



RAPORT

pod redakcją
prof. Henryka Skarżyńskiego



KONGRES
ZDROWIE
POLAKÓW
2022

RAPORT

pod redakcją
prof. Henryka Skarżyńskiego

Pod redakcją prof. Henryka Skarżyńskiego

Współautorzy: Michał Adamczyk, Jakub Adamski, Stefan Antosiewicz, Anna Apel, Paweł Balsam, Piotr Bandoz, Anna Barczak, Anna Barej, Joanna Basiaga-Pasternak, Edyta Bielak-Jomaa, Grzegorz Błazewicz, Paweł Bogdański, Renata Bogusz, Janusz Bohosiewicz, Waldemar Bojarun, Leszek Borkowski, Agnieszka Borowiec, Krzysztof Borowik, Artur Bossowski, Piotr Bromber, Martyna Bryłka, Monika Bugdol, Lucyna Buś, Leonora Bużańska, Bartłomiej Chmielowiec, Jerzy Chudek, Roman Cieślak, Hanna Cygan, Katarzyna B. Cywka, Krzysztof Czajkowski, Marcin Czech, Roman Czejarek, Jolanta Czernicka-Siwecka, Anna Członkowska, Mirosław Czuczwar, Stanisław J. Czuczwar, Leszek Czupryniak, Andrzej Czyżewski, Natalia Demeshkant, Andrzej Deptała, Małgorzata Dębińska, Zuzanna Donath-Kasiura, Iwona Doroniewicz, Piotr Drobek, Mariola Drozd, Andrzej Duda, Władysław Duda, Magdalena Durlik, Justyna Dymek, Mirosław Dziekiewicz, Stanisław Dziekoński, Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat, Janusz Dzieciot, Barbara Dziuk, Andrzej Fal, Jarosław J. Fedorowski, Krzysztof J. Filipiak, Urszula Fiszer, Robert Flisiak, Anna Fraś, Mariusz Furmanek, Zbigniew Gaciong, Paweł Gać, Ryszard Gellert, Jakub Gierczyński, Hanna Gill-Piątek, Adam Giza, Mariola Głowacka, Marek Gniadkowski, Wojciech Golusiński, Anna Gotda, Marek Gołębiowski, Ewa Gorzelak, Elżbieta Gos, Jarosław Górski, Tomasz Grodzicki, Tomasz Grodzki, Marcin Gruchala, Józef Haczyński, Wojciech Hanke, Janusz Heitzman, Ewa Helwich, Tomasz Imiela, Stanisław Iwańczak, Kacper Jagiełło, Marta Jakubiak, Łukasz Jankowski, Katarzyna Januszewska, Anna Jasińska, Michał Jaworski, Krzysztof Jeziorski, W. Wiktor Jędrzejczak, Michał Jędrzejek, Adam Kantanista, Agnieszka Kapala-Sokalska, Bartosz Karaszewski, Dorota Karkowska, Katarzyna Kasica, Renata Kaznowska, Bartłomiej Kędziński, Małgorzata Kępa-Mitura, Edyta Kiedrzyńska, Michał Kleiber, Joanna Kobosko, Krzysztof Kochanek, Bartosz Kocharński, Sylwia Kottan, Klaudiusz Komor, Iwona Konarska, Małgorzata Konaszczuk, Dorota Konopacka, Dorota Korycińska, Katarzyna Kosik-Gajewska, Margit Kossobudzka, Tomasz Koszutski, Aneta Kotowska, Paweł Kowal, Dominika Kozłowska-Wojnar, Jacek Krajewski, Dominika Krakowczyk, Paulina Krasnodebska, Bartłomiej Król, Paweł Kruś, Magdalena Krygier, Paweł Krzesiński, Marcin Krzyżanowski, Ernest Kuchar, Jolanta Kujawa, Zbigniew Kutaga, Alina Kuryłowicz, Piotr Kusznierek, Justyna Kutyba, Anna Kwaśniewska, Bartosz Kwiatek, Brygida Kwiatkowska, Elżbieta Lanc, Tomasz Latos, Daniel Ledwoń, Anna Lemska, Jarosław Leśniewski, Aleksandra Lewandowska, Maria Libura, Dariusz Lisiak, Bartłomiej Lubiowski, Paweł Łaguna, Katarzyna Łakomic, Rafał Łunio, Aleksandra Łuszczynska, Bogusław Machaliński, Edyta Maj, Wojciech Maksymowicz, Maciej Malenda, Zofia Matas, Beata Matecka-Libera, Mikołaj Matecki, Agnieszka Małkowska-Szkućnik, Piotr Małkowski, Artur Mamcarz, Barbara Marcinkowska, Iwona Maroszyńska, Marek Maruszyński, Agnieszka Mastalerz-Migas, Monika Matusiak, Małgorzata Matyja, Artur Mazur, Grzegorz Mazurek, Maria Mazurkiewicz-Betdzińska, Andrzej Mądrala, Radosław Mądry, Janusz Meder, Beata Miaśkiewicz, Grażyna Mierzejewska, Marek Migdał, Dagmara Mirowska-Guzel, Przemysław Mitkowski, Tomasz Młynarski, Ewa Mojs, Bartosz Molik, Robert Mołdach, Małgorzata Mossakowska, Marta Musidowska, Andrzej Myśliwiec, Małgorzata Myśliwiec, Michał Myśliwiec, Sergiusz Nawrocki, Michał Niepytalski, Marek Niezgódka, Katarzyna Nikiel, Aneta Nietsch-Osuch, Anna Nowacka, Alojzy Z. Nowak, Filip Nowak, Anita Obrycka, Tomasz Okruszko, Agnieszka Olechowska, Dominik Olejniczak, Jurek Olszewski, Paweł Olszewski, Robert Olszewski, Monika Ołdak, Grzegorz Opolski, Wiesław Osiński, Lucyna Ostrowska, Dominika Oziębło, Jan Pachocki, Tadeusz Pałko, Aleksandra Panasiewicz-Wosik, Agnieszka Pankowska, Agnieszka Paradowska-Gorycka, Iwona Paradowska-Stankiewicz, Małgorzata Pastucha, Zbigniew Pastuszek, Mikołaj Pawlak, Piotr Pawliszak, Jakub Pazdrowski, Elżbieta Pączkowska, Zygmunt Pejsak, Barbara Piekarska, Piotr Pieńkowski, Radosław Pietrzak, Ewa Pilarska, Edyta Piłka, Jarosław Pinkas, Katarzyna Pinkosz, Ewa Piotrowicz, Ryszard Piotrowicz, Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, Joanna Piszcz, Agnieszka Pluta, Krzysztof Płaczyszewski, Piotr Ponikowski, Krzysztof Przybylski, Krzysztof Przybył, Krzysztof Puchalski, Robert Pudło, Paweł Rabiej, Barbara Radecka, Maciej Radek, Konstanty Radziwiłł, Leszek Rafalski, Danuta Raj-Koziak, Maciej Ratajczak, Anna Ratuszniak, Barbara Remberk, Maria Respondek-Liberska, Anna Rogala, Jacek Rogala, Maciej Rogalski, Dorota Romanowska, Beata Rorant, Olga Rostkowska, Grzegorz Rychwański, Grażyna Rydzewska-Wyszowska, Alina Ryniec, Łukasz Salwarowski, Anna Sarnowska, Magdalena B. Skarżyńska, Piotr H. Skarżyński, Krzysztof Składowski, Agnieszka Skowron, Maciej Słodki, Agnieszka Słupczyńska, Piotr Sobocki, Anna Staniszeńska, Rafał Stemplewski, Jan Styczyński, Edyta Sutkowska, Michał Sutkowski, Małgorzata Synowiec-Piłat, Jerzy Szaflik, Mateusz Szewczyk, Agata Szkiełkowska, Małgorzata Sznitowska, Henryk Szrubarz, Agnieszka Szuster-Ciesielska, Joanna Szyman, Filip M. Szymański, Anna Śliwińska, Daniel Śliż, Przemysław Ślusarczyk, Grażyna Tacikowska, Tomasz Targowski, Beata Tarnacka, Marek Tombariewicz, Zbigniew Tomczak, Tomasz Trojanowski, Olga Tronina, Bronisław Tumiłowicz, Gertruda Uścińska, Piotr Wachowiak, Mieczysław Walczak, Irena Walecka-Herniczek, Jolanta Walusiak-Skorupa, Paweł Wdówik, Krystyna Wechmann, Bożena Werner, Marcin Wiącek, Magdalena Wiczorkowska, Alicja Wiercińska-Drapało, Łukasz Wierucki, Andrzej Wiącek, Barbara Wizner, Magdalena Władysław, Agata Włoch, Elżbieta Włodarczyk, Jakub Wojciechowski, Tomasz Wolak, Joanna Wójcik, Arkadiusz Wójs, Michał Wróblewski, Romuald Zabielski, Krzysztof Zaremba, Witold Zatoński, Tomasz Zdrojewski, Hanna Zielińska-Bliźniewska, Grzegorz Ziemniak, Jan J. Zymuntowski

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

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

Zdjęcia: Monika Miąskiewicz, 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 2023

ISBN 978-83-89087-64-5

Spis treści

7	Słowo wstępne
10	Rada Programowa
17	Uroczyste otwarcie
29	Debaty plenarne
31	Zdrowe Życie
37	Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób
63	Instrytuty badawcze na rzecz zdrowej żywności
66	Jak optymalnie kształcić w zawodach medycznych
81	Zastosowanie innowacyjnych rozwiązań w medycynie i ochronie zdrowia
86	Profilaktyka w danym obszarze chorobowym, znaczenie wczesnej diagnozy oraz co stanowiło największy przełom w diagnostyce i leczeniu w ostatnich 30 latach z perspektywy pacjentów
92	Rola mediów w edukacji i profilaktyce zdrowotnej
101	Panele eksperckie
103	Edukacja prozdrowotna
106	Polska bez papierosów – fantazja czy realna wizja?
109	Uwarunkowania uczestnictwa w programach profilaktycznych. Socjologiczna analiza wybranych badań empirycznych
117	Profilaktyka zdrowotna w ujęciu populacyjnym – komu? kiedy? jaka? Jak przygotować się na jesień 2022?
119	Zdrowie kobiety – zagrożenia w okresie kryzysu ekonomicznego i politycznego
122	Otyłość jako choroba zawodowa – czy to czas na zmianę?
124	Znaczenie profilaktyki zaburzeń psychicznych
125	Zdrowie pracowników – niedoceniany punkt wyjścia do działań profilaktycznych
127	Jedno zdrowie (One Health)
128	Choroby wirusowe i nowotworowe – dlaczego warto inwestować w badania przesiewowe?
129	Spółeczno-kulturowe mechanizmy wyjaśniające zachowania zdrowotne. Aplikacja wiedzy socjologicznej
134	Udział nauk medycznych i nauk o zdrowiu w realizacji działań profilaktycznych
136	Wzrost zaufania do szczepień ochronnych
137	Program szczepień ochronnych oraz znaczenie planowej realizacji kalendarza szczepień dla populacji polskich dzieci
138	Problematyka zaburzeń psychofizycznych u dzieci i młodzieży w aspekcie kompleksowej rehabilitacji oraz działalności sportowo-rekreacyjnej
140	Endokrynologia i diabetologia wieku rozwojowego – profilaktyka i nowoczesne formy terapii
143	Zespół metaboliczny – (nie)nowa, globalna, niezakaźna epidemia – konsekwencje, terapia, profilaktyka
144	Wczesne rozpoznanie kluczem do sukcesu terapeutycznego w neurologii dziecięcej
146	Profilaktyka i innowacja w neurologii

149	Innowacyjne podejście do chorób neurodegeneracyjnych i neuronaczyniowych
152	Interdyscyplinarne spojrzenie na proces zapalny w chorobach immunizacyjnych
153	Onkologia i hematologia dziecięca
158	Kardiologia prenatalna – organizacja opieki nad ciężarną z wadą serca u płodu
160	Choroby nerek w wieku podeszłym w Polsce
163	Chirurgia robotowa we współczesnym leczeniu nowotworów głowy i szyi
164	Perspektywy diagnostyki i terapii genetycznie uwarunkowanego niedosłuchu
165	Jak dziś protezujemy słuch?
166	Współczesne trendy w obiektywnych badaniach audiologicznych
166	Rozwojowe zaburzenie językowe u dzieci
168	Leczenie następstw urazów naczyń w warunkach wojennych
169	Telemedycyna – czy tylko nowe narzędzie, czy zmiana paradygmatów?
171	Telemedycyna w profilaktyce kardiologicznej
173	Nowe technologie w medycynie szansą dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia
175	Transformacja cyfrowa ochrony zdrowia a interes społeczny
177	Jakość kształcenia kadry medycznej w sytuacji powoływania szkół zawodowych medycyny w świetle nowej ustawy
179	Kształcenie kadr medycznych w świecie innowacyjnych technologii
180	Interdyscyplinarność i kompleksowość opieki medycznej koniecznością wobec wyzwań zdrowotnych wynikających ze zmian demograficznych
183	Realizacja prawa pacjenta do godności, intymności i prywatności w kontekście zmian technologicznych i prawnych w sektorze medycznym
183	System no-fault – wyzwanie społeczne
184	Świat po pandemii COVID-19 – pandemia lekooporności
185	Rola leków generycznych w zapewnieniu społeczeństwu bezpieczeństwa lekowego
187	Miejsce farmaceuty w opiece koordynowanej

195 Wykłady ekspertów

197	Pandemia otyłości zagrożeniem dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce
197	Otyłość u dzieci i młodzieży – rola chirurgii jako składowej leczenia. Doświadczenia śląskiego ośrodka
201	Stan odżywienia i żywienie dzieci i młodzieży według danych Narodowego Programu Zdrowia 2017–2020
202	Profilaktyka i edukacja zdrowotna w badaniach przesiewowych słuchu dzieci w wieku szkolnym
203	Krótkowzroczność u dzieci i młodzieży. Trudny problem współczesnej okulistyki
203	Profilaktyka w okresie prenatalnym
204	Środowiskowe czynniki ryzyka zdrowotnego – znaczenie w optymalizacji działań profilaktycznych chorób cywilizacyjnych
207	Jabłko z wieczora... medycyna stylu życia w praktyce
208	Dobrostan psychiczny warunkiem rozwoju
210	Czy zawsze sport to zdrowie? Zaburzenia emocjonalne u sportowców
213	Nowe możliwości diagnostyki i terapii zakażeń HCV w polskich realiach
214	Retrospektywna ocena czynników ryzyka nowotworów jamy ustnej i gardła u pacjentów badanych w ramach Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi

215	Program Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w Europie – Make Sense Campaign
217	Założenia powszechnego programu profilaktyki i postaw prozdrowotnych dla osób pracujących głosem
218	Zaufanie do lekarzy a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych
221	Dostęp do profilaktyki zdrowotnej grup szczególnie wrażliwych
223	Telediagnostyka i teleporady – potrzeba i możliwości techniczne w zakresie uwierzytelniania personelu medycznego i pacjentów
224	Profilaktyka i leczenie alergicznego nieżytu nosa w obliczu zagrożeń współczesnego świata
225	Radiologia wzmocniona sztuczną inteligencją. Integracja rozwiązań AI w systemach raportowania strukturalnego
226	Dynamiczne badanie perfuzyjne miokardium metodą tomografii komputerowej jako innowacja w postępowaniu diagnostycznym chorych kardiologicznych
226	Możliwości i ograniczenia w diagnostyce refluku krtaniowo-gardłowego u dzieci i dorosłych
228	Aplikacje mobilne w medycynie
229	Współczesne wyzwania pomiaru emisji otoakustycznych w diagnostyce słuchu
229	Rosnące znaczenie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym chorób układu krążenia
230	Badania funkcjonalne mózgu wspomagające planowanie operacji neurochirurgicznych
231	Częściowa głuchota – podłoże genetyczne
231	Kierunki badań nad terapią niedosłuchu genetycznie uwarunkowanego
232	Sztuczna inteligencja i nowoczesne badania genetyczne jako sposób na zwiększenie skuteczności diagnostycznej we wrodzonych błędach odporności
232	Molekularny biomarker neuroplastyczności w leczeniu głuchoty wrodzonej za pomocą implantacji ślimakowej – MMP-9?
233	Laryngoplastyka iniekcyjna jako skuteczna metoda leczenia niewydolności głosu w wieku senioralnym
234	Choroba postcovidowa i jej wpływ na proces komunikatywny
234	Dlaczego protezy i implanty słuchowe powinny być stosowane obustronnie w przypadku obustronnego niedosłuchu?
235	Jakość życia osób z częściową głuchotą korzystających z implantu ślimakowego
236	Metody neurostymulacji w terapii szumów usznych
236	Zastosowanie implantu kostnego u dorosłych pacjentów z niedosłuchem przewodzeniowym i mieszanym – wyniki audiologiczne oraz ocena satysfakcji
237	Metody pomiaru podstawowych parametrów gazometrii krwi i gazów oddechowych oraz zastosowania kliniczne
239	Alternatywna substytucja produktów leczniczych
241	Aktualna sytuacja polskiego szpitala i systemu ochrony zdrowia

243 Rekomendacje

253 Afiliacje uczestników debat i paneli oraz wykładowców

273 Fotogaleria

305 Media o Kongresie



Szanowni Państwo

Otwierając 1. 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.

Podczas 2. Kongresu „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 do 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. Podczas Kongresu 2020 oraz w raporcie końcowym z tego wydarzenia, opublikowanym w 2021 r., podkreślałem, jak wiele zależy od organizacji, finansowania oraz fizycznej i psychicznej kondycji specjalistycznych kadr. W swoistym dekalogu wraz z licznym gronem członków Rady Programowej Kongresu przedstawiliśmy w specjalnym raporcie 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.

W trakcie spotkań i dyskusji podczas 3. Kongresu „Zdrowie Polaków” 2021, musieliśmy – jako jego uczestnicy, organizatorzy, beneficjenci czy obserwatorzy, odpowiedzieć na kilka podstawowych pytań. Podkreślaliśmy między innymi, że Kongres nie zastąpi dialogu społecznego na szczeblu centralnym, regionalnym, w szpitalu lub w rodzinie.

Czy w dalszym ciągu możemy tylko apelować do wszystkich, którzy mają wpływ na ochronę zdrowia, o współdziałanie 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? Podczas Kongresu 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, ale często je bagatelizujemy. Jeżeli w większym niż dotychczas stopniu przyjdzie nam zmierzyć się z zagrożeniem życia – na pewne refleksje może być już za późno. Dlatego motto Kongresu 2021 brzmiało: „Zdrowie Polaków, zdrowie każdego z nas to największy kapitał i największa inwestycja na przyszłość”. 3. Kongres „Zdrowie Polaków” stał się największym interdyscyplinarnym przedsięwzięciem 2021 r., merytorycznie odnoszącym się do najważniejszych problemów ochrony zdrowia i osiągnięć polskiej medycyny. Mamy prawo liczyć, że podczas tamtego Kongresu zostało pokazane to, jak aktywnie odnosimy się do ważnych problemów społecznych, oraz to, w jaki sposób rozwiązujemy problemy dla dobra wspólnego. I że nie są to tylko deklaracje.

Organizując 4. Kongres „Zdrowie Polaków” 2022, kierowaliśmy się hasłem „Profilaktyka zdrowotna i innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia”. Celem ubiegłorocznego Kongresu było pokazanie współczesnych możliwości medycyny oraz budowanie postaw prozdrowotnych poprzez wdrażanie różnorodnych programów profilaktycznych. Dlatego wiele miejsca przeznaczaliśmy na zaprezentowanie różnych strategii działania instytucji państwowych, samorządowych, naukowych, klinicznych oraz grup ekspertów, organizacji pacjentów, które miały, mają, a w szczególności będą miały wpływ na kondycję zdrowotną naszego społeczeństwa.

Jeszcze raz chciałbym podziękować wszystkim, którzy włączyli się w organizację ostatniego Kongresu – inicjatorom i organizatorom, licznym zespołom ekspertów oraz koleżankom i kolegom ze Światowego Centrum Słuchu, że zechcieli nadal realizować swoją misję, że w drugim ćwierćwieczu istnienia Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu obok działalności naukowej i medycznej ważne są dla nas również inne społeczne wartości. Cieszę się, że takich zespołów w naszym kraju jest więcej.

Mam nadzieję, że obserwatorzy 4. Kongresu „Zdrowie Polaków” 2022 czują się usatysfakcjonowani wysokim poziomem dyskusji, w których wzięli udział najwybitniejsi polscy eksperci. Kongres, w głównej mierze poświęcony profilaktyce, dawał również szansę zaprezentowania na arenie krajowej osiągnięć naukowych i medycznych, nowych rozwiązań organizacyjnych, edukacyjnych, a także przedstawienia dotychczasowych i nowych liderów systemu ochrony zdrowia, którzy zwłaszcza w obecnych trudnych czasach są nam wszystkim niezwykle potrzebni. Przed nami bowiem kolejne wyzwania wynikające nie tylko z sytuacji wewnętrznej – ciągłego zagrożenia pandemią, kolejnymi mutacjami wirusa, stanu naszej gospodarki, lecz także coraz trudniejszej sytuacji zewnętrznej. Świadomość tych zagrożeń rzutuje na nasz sposób myślenia oraz działania.

Wierzę, że także w tym roku głos naszego środowiska nie przepadnie w natłoku problemów i licznych spraw wymagających niezwłocznego załatwienia, że zostanie życzliwie przyjęty i wysłuchany, przyczyniając się do zainicjowania zmian mających na celu poprawę systemu ochrony zdrowia, przede wszystkim jednak poprawę kondycji zdrowotnej całych pokoleń Polek i Polaków. Temu mają służyć sformułowane wnioski i przedstawione rekomendacje.

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

Kongres w liczbach

7

debat
plenarnych

56

paneli
eksperskich

44

wykłady
ekspertów

400

wystąpień

388

moderatorów,
panelistów,
wykładowców

7h 30'

debat
plenarnych

73h 15'

paneli
i wykładów
ekspertów

Ponad

5700

wyświetleń
na YouTube

Ponad

11 000

wyświetleń
na Facebooku

Ponad

6900

unikalnych odbiorców
strony Kongresu

Rada Programowa



Prof. dr hab. n. med.
Piotr Andziak



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



Prof. dr hab. n. med.
Maria Barcikowska



Ewa Błaszczyk-
Janczarska
prezes fundacji Akogo?



Dr hab. n. pr.
Adam Bodnar,
prof. 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.
Jarostaw Dziadek



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



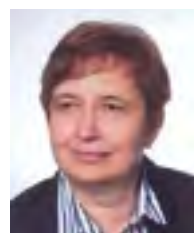
Prof. dr hab. n. med.
Katarzyna
Dzierżanowska-Fangrat



Dr hab. n. med.
Jarostaw 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
Gałazka-Sobotka



Prof. dr hab. n. med.
Piotr Gatecki



Prof. dr hab. n. med.
Ryszard Gellert



Gen. broni
prof. dr hab. n. med.
Grzegorz Gielerek



Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Golusiński



Prof. dr hab. n. med.
Renata Górską



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 Gruchala



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
prezes Naczelnej Rady
Lekarskiej



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 Kottan,
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. pedag.
Jan Łaszczczyk



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



Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Maksymowicz



Dr n. ekon.
Andrzej Malinowski



Prof. dr hab. n. med.
Piotr Matkowski



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



Iłona Massalska
wiceprezes fundacji
Szlakiem Tęczy



Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Matyja



Dr n. przyr.
Andrzej Mądryła



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 Misiotek



Dr inż.
Robert Motdach



Dr Wojciech Moskal



Prof. dr hab. n. med.
Michał Myśliwicz



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.
Grzegorz Opala,
prof. hon. SUM



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 Patko



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 Piłarska



Prof. dr hab. n. med.
Jarostaw Pinkas



Red. Katarzyna Pinkosz



Prof. dr hab. n. med.
Ryszard Piotrowicz



Prof. dr hab. n. med.
Piotr Ponikowski



Prof. dr hab. n. med.
Tadeusz Popieta



Prof. dr hab. n. med.
Piotr Pruszczyk



Krzysztof Przybył
prezes Fundacji
Teraz Polska



Dr hab. n. med.
Robert Pudło, prof. SUM



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



Prof. dr hab. inż.
Leszek Rafalski



Prof. dr hab. n. med.
Jarostaw 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 Rużytko



Prof. dr hab. n. med.
Bolestaw Samoliński



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



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



Prof. dr hab. n. med.
Maciej Stodki



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 hab. 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



Red.
Henryk Szrubarz



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



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



Dr n. med.
Marek Tombariewicz



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 Wesotowski,
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 Wincianas
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 Ziemiak
prezes Instytutu
Zdrowia i Demokracji



Marek Zuber
ekonomista



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



UROCZYSTE
OTWARCIE



W uroczystym otwarciu 4. Kongresu „Zdrowie Polaków”, które odbyło się w Atrium Świątowego Centrum Słuchu w Kajetanach, uczestniczyli:

prof. Henryk Skarżyński, Przewodniczący Rady Programowej Kongresu „Zdrowie Polaków”

prof. Jarosław Pinkas, Przedstawiciel Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP

prof. Tomasz Grodzki, Marszałek Senatu RP

dr hab. Marcin Wiącek, **prof. UW**, Rzecznik Praw Obywatelskich

Mikołaj Pawlak, Rzecznik Praw Dziecka

dr Tomasz Latos, Przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia

dr Beata Małecka-Libera, Przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia

Piotr Bromber, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Filip Nowak, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

prof. Gertruda Uścińska, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

prof. Romuald Zabielski, Wiceprezes Polskiej Akademii Nauk

prof. Michał Kleiber, Przewodniczący Polskiego Komitetu ds. UNESCO

dr Łukasz Jankowski, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

dr Andrzej Mądrala, Członek Rady Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej

Krzysztof Przybył, Prezes Zarządu Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”

Podczas otwarcia odczytano list Wojewody Mazowieckiego dr. Konstantego Radziwiłła.



▲ Prof. Henryk Skarżyński otwiera 4. Kongres „Zdrowie Polaków”

Prof. Henryk Skarżyński skierował do uczestników 4. Kongresu „Zdrowie Polaków” następujące przesłanie:

– To największe interdyscyplinarne spotkanie tego roku odnoszące się do najważniejszych problemów ochrony zdrowia i osiągnięć medycyny posłuży opracowaniu kolejnych naszych rekomendacji. Analizując rozmaite ustawy i wypowiedzi władz centralnych, mogę z satysfakcją powiedzieć, że wiele wcześniejszych uwag i wniosków, które zostały opracowane przez środowisko specjalistów, wspierane przez organizacje pacjentów i towarzystw naukowych, znalazło się w różnych rozporządzeniach, zarządzeniach oraz obowiązujących wytycznych. Zatem praca tak wielu ekspertów nie poszła w zapomnienie, lecz została zauważona. W otwarciu 4. Kongresu „Zdrowie Polaków” bierze udział liczne grono znamienitych osobistości, dlatego wierzę mocno, że tak będzie i tym razem.

Otwarcie 4. Kongresu „Zdrowie Polaków”, odbywającego się pod hasłem „Profilaktyka zdrowotna i innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia”, rozpoczęło się od odczytania listu **prezydenta RP Andrzeja Dudy przez prof. Jarostawa Pinkasa, członka Rady ds. Ochrony Zdrowia**. W liście tym Prezydent podkreślał m.in.: *Zdrowie i bezpieczeństwo zdrowotne znacząco umocniły swoje pierwszeństwo w hierarchii wartości cenionych przez Polaków najwyżej. Stwarza to unikalną szansę uzgodnienia i wdrożenia daleko idących zmian dotyczących organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia, usprawnienia współpracy podmiotów publicznych i niepublicznych oraz skutecznej promocji postaw prozdrowotnych.*

Dziękując organizatorom, prezydent Andrzej Duda napisał: *Szczególnie aktualne wydaje się jego*

tegoroczne hasło: „Profilaktyka zdrowotna i innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia”. Cieszę się, że w nawiązaniu do niego mogę wspomnieć o niektórych inicjatywach urzędu prezydenckiego. Przedkładając Sejmowi RP inicjatywę ustawodawczą dotyczącą Funduszu Medycznego, wyszedłem z założenia, że istnieją takie cele, których finansowanie powinno być możliwie niezagrażone zmiennymi koniunkturami politycznymi i gospodarczymi. Dzięki Funduszowi Minister Zdrowia zyskał dodatkowe miliardy złotych na wydatki związane m.in. z profilaktyką zdrowotną, leczeniem chorób nowotworowych i rzadkich oraz cyfryzacją, innowacyjnymi technologiami i nowoczesną infrastrukturą medyczną. Z zadowoleniem obserwuję również rozwój projektu „Zdrowe Życie”, podjętego przez Kancelarię



▲ List od Prezydenta RP odczytał prof. Jarosław Pinkas, członek Rady ds. Ochrony Zdrowia

Prezydenta RP we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Aktywów Państwowych, Narodowym Funduszem Zdrowia i PZU SA. Inicjatywa ta ma zachęcić Polaków do badań przesiewowych i okresowych oraz szczepień. W odwiedzającej polskie miasta Mobilnej Strefie Zdrowia można poddać się podstawowym badaniom, uzyskać porady lekarskie, a także informacje dotyczące zdrowego stylu życia. Jestem przekonany, że przedsięwzięcie to pomoże zmienić nawyki zdrowotne naszych rodaków oraz ocalić zdrowie i życie wielu osób.

Szanowni Państwo, ufam, że zarówno na tym forum, jak i w gronie uznanych autorytetów zasiadających w prezydenckiej Radzie do spraw Ochrony Zdrowia będą powstawać precyzyjne diagnozy problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej oraz plany szczegółowych działań służących ich rozwiązaniu. Ze swojej strony niezmiennie deklaruję wolę wsparcia wszelkich rozwiązań, które realnie, trwale i pozytywnie wpłyną na poprawę zdrowia i jakości życia Polaków.

Jak w ubiegłym roku w otwarciu Kongresu „Zdrowie Polaków” uczestniczył **prof. Tomasz Grodzki, marszałek Senatu RP**, który połączył się ze studium multimedialnym w Kajetanach w przerwie obrad Polskiego Towarzystwa Prawa Konstytucyjnego odbywających się w Senacie RP z okazji 25. rocznicy uchwalenia Konstytucji RP. – Pamiętajmy, że Konstytucja w swoich artykułach dobrze opisuje to, co jest mottem Kongresu. Zdrowie Polaków to nasz największy kapitał i nasza przyszłość. To motto jest

tak niezwykle, jak niezwykle jest ta konferencja. Nie ma w Polsce drugiego takiego multidyscyplinarnego wydarzenia, podczas którego omawiane jest całe spektrum problemów dręczących polską ochronę zdrowia – od organizacji po finansowanie, czy wreszcie po tak palące problemy jak psychiatria dziecięca, niska dzietność, która miała wzrosnąć po wprowadzeniu programu 500+, a jak się okazuje – co ze smutkiem należy stwierdzić – jest odwrotnie.

Gratuluję Panu Profesorowi Skarżyńskiemu i dziękuję, że podejmuje trud zgromadzenia tak wielu znamienitych wykładowców. Organizacja tak znakomitego Kongresu w dobie pandemii i okresie popandemicznym jest gigantycznym wyzwaniem, któremu mogą sprostać tylko wybitni organizatorzy. Nie mam wątpliwości, że honorowy patronat Marszałka Senatu RP dla tego wydarzenia jest ze wszech miar właściwym wyborem i cieszę się, że chociaż w ten skromny sposób Senat RP może przyczynić się do niewątpliwego sukcesu tego kongresu.

Wierzę, że ta konferencja stworzy nowy impuls do czynienia polskiej ochrony zdrowia lepszą, zgodniejszą z oczekiwaniami, choć to zadanie jest trudne, jak sprzątanie stajni Augiasza. Wierzę, że dzięki kreatywności, wiedzy i pomysłowości ludzi zajmujących się ochroną zdrowia będziemy w końcu zadowoleni z naszego systemu ochrony zdrowia, a ten kongres jest na pewno ważnym krokiem w tym kierunku.

W otwarciu po raz kolejny wystąpił **rzecznik praw obywatelskich**. Podczas połączenia ze studium multimedialnym Kongresu **dr hab. Marcin Wiącek, prof. UW**, wymieniał swoje działania na rzecz poprawy ochrony zdrowia Polaków, podkreślając jednocześnie, że Kongres na stałe wpisuje się w kalendarz jako jedno z najważniejszych miejsc debaty o funkcjonowaniu ochrony zdrowia. – Wierzę, że wnioski płynące z tej dyskusji przyczynią się do szybszego rozwiązywania problemów oraz poprawy zdrowia mieszkańców naszego kraju – mówił prof. Marcin Wiącek.

Mikołaj Pawlak, rzecznik praw dziecka, wspominając pierwszy Kongres „Zdrowie Polaków”, odbywający się w Centrum Nauki Kopernik w 2019 r., złożył podziękowania za pracę przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych, którzy leczyli i wspierali chorych w trudnym czasie pandemii. Podczas otwarcia tegorocznego Kongresu zwrócił uwagę na niekorzystne tendencje wpływające na rozwój psychofizyczny dzieci. Jedną z nich jest malejąca aktywność fizyczna. – Wcześniej odciągaliśmy dzieci i młodzież



▲ Wystąpienie prof. Tomasza Grodzkiego, marszałka Senatu RP

od komputerów, tymczasem przez ostatnie dwa lata mówiliśmy „nie wychodźcie, zostańcie przy komputerach”. Teraz musimy znowu zmienić podejście – podkreślił rzecznik praw dziecka, dodając, że niekorzystne trendy znalazły odbicie w wynikach zleconych przez niego w ubiegłym roku badań na temat jakości życia polskich dzieci.

– Dwie dekady czy nawet dekadę temu dzieci żyły w innym świecie – kontynuował swoją wypowiedź Mikołaj Pawlak, zadając retoryczne pytanie, czy naszym dzieciom potrzebne jest przyspieszenie w życiu codziennym, w tym nieograniczony dostęp do napojów stymulujących. – Z podobnymi problemami i pytaniami będą mierzyli się także eksperci podczas tego Kongresu – mówił. – Za to, że jego tematem jest profilaktyka i edukacja zdrowotna, bardzo serdecznie dziękuję prof. Henrykowi Skarżyńskiemu – zakończył minister Mikołaj Pawlak, wyrażając nadzieję, że cenne wnioski z obrad przyczynią się do tego, że przyszłość najmłodszego pokolenia będzie nie tylko spokojna, lecz także zdrowa.

Łączący się ze studium multimedialnym Kongresu **dr Tomasz Latos, przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia**, podkreślał, jak ważne jest wskazanie właściwych kierunków działania w zakresie profilaktyki, przekonanie do tego działania społeczeństwa i ich sfinansowanie. – Jeśli postawimy na profilaktykę i promocję zdrowia, będziemy mogli uzyskać lepsze efekty także w innych dziedzinach, również tych związanych z gospodarką – mówił, akcentując, że dbanie o zdrowie wiąże się m.in. z możliwością dłuższego utrzymania aktywności zawodowej

i zmniejszeniem absencji chorobowej oraz że profilaktyka i promocja zdrowia nie są tak drogie jak leczenie. Jednocześnie dr Tomasz Latos zwracał uwagę, że w ochronie zdrowia postęp jest szybszy, bardziej widoczny niż w innych dziedzinach, prognozując, że sztuczna inteligencja, innowacyjność będą coraz bardziej obecne w medycynie.

Dr Beata Matecka-Libera, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia, gratulując prof. Henrykowi Skarżyńskiemu konsekwencji w działaniu na rzecz ochrony zdrowia i organizacji Kongresu, mówiła: – Na temat profilaktyki i edukacji prozdrowotnej rozmawiamy od wielu lat. Co innego jednak mówić, a co innego realizować. W ciągu ostatnich trzech lat świat zmienił się, inne są priorytety w ochronie zdrowia. Wyzwań jest bardzo dużo, jednak pandemia, a teraz także wojna za naszą wschodnią granicą przewartościowały zdrowie publiczne. Pandemia to lekcja, z której powinniśmy wyciągnąć wnioski i zwrócić uwagę na jej konsekwencje. Jedną z nich jest dług zdrowotny w przypadku osób, które na COVID-19 nie chorowały, ale zmagają się z różnymi problemami zdrowotnymi. Ten dług zdrowotny – co przewidują lekarze – będzie towarzyszył nam w przyszłości. Niestety, profilaktyka i wczesna diagnostyka przez ostatnie lata nie spełniły swoich zadań. Osoby, które korzystały z porad lekarskich, zostały zdiagnozowane późno, dlatego śmiertelność w Polsce ostatnio tak wzrosła. Zmiana tej sytuacji to olbrzymie wyzwanie. Uda się nam mu sprostać tylko wtedy, jeśli zaopiekujemy się przebiegiem przewlekłych schorzeń w sposób



▲ Wystąpienie dr. hab. Marcina Wiącka, prof. UW, rzecznika praw obywatelskich

kompleksowy, zaczniemy od profilaktyki, wczesnej diagnostyki i kompleksowego leczenia pacjentów (...). To wymaga zmiany w podejściu do zapobiegania i edukacji zdrowotnej – mówiła senator Beata Małecka-Libera, podkreślając, że ochrona zdrowia nie powinna koncentrować się tylko na medycynie naprawczej, lecz na tym, co można zrobić, zanim pojawi się choroba.

– Napawa mnie optymizmem fakt, że mamy wiele programów profilaktycznych. Jeśli jednak patrzę na ich realizację, jestem zaniepokojona. Mamy program „Profilaktyka 40 PLUS”, który, niestety, wykonywany jest w kilku procentach, mamy program Funduszu Medycznego, w którym profilaktyka nie jest realizowana, mamy wreszcie Narodowy Program Zdrowia, który – choćby ze względu na swoją nazwę – powinien być wiodący, a niestety, ze względu m.in. na poziom finansowania, jest programem drugorzędny. Proszę zwrócić na to uwagę, bo od profilaktyki wszystko się zaczyna.

Liczę na to, że wybrzmiały rekomendacje i wnioski z Kongresu zostaną przełożone na ustawy i rozporządzenia – mówiła senator Beata Małecka-Libera, dodając, że dyskutując o zdrowiu publicznym, należy pamiętać nie tylko o zdrowiu fizycznym, lecz także psychicznym.

Piotr Bromber, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, przypominał w swoim zdalnym wystąpieniu o perspektywie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia do 7 proc. PKB w 2027 r. (już

w 2023 roku – 6 proc. PKB) oraz inwestowaniu w pracowników ochrony zdrowia poprzez wzrost wynagrodzeń, a także wzmacnianie zawodów medycznych poprzez wprowadzenie nowych regulacji formalno-prawnych. – Zwiększamy liczbę miejsc na kierunkach lekarskich, rośnie też liczba uczelni, które kształcą przyszłych lekarzy. W tym roku po raz pierwszy liczba studentów mogących rozpocząć kształcenie na kierunkach lekarskich przekroczyła 10 tys. – mówił wiceminister Piotr Bromber, podkreślając, że w dłuższej perspektywie będzie to wszystko dawało Polakom poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, oraz przypominając, że już teraz w ochronie zdrowia wielką wagę przykłada się do wzmocnienia praw pacjenta i jakości świadczeń. Pacjent ma prawo do swobodnego wyboru placówki medycznej, a placówki medyczne – obowiązek badania opinii pacjentów.

Filip Nowak, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, podczas otwarcia mówił m.in.: – Udzieliliśmy patronatu honorowego temu wspaniałemu wydarzeniu, a powód jest szczególny, bo profilaktyka i innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia, które stały się mottem tegorocznego Kongresu, są wpisane w strategię Narodowego Funduszu Zdrowia. Pandemia i wojna w Ukrainie, które pochłaniają naszą uwagę, nie zwalniają nas z działań prozdrowotnych.

Narodowy Fundusz Zdrowia – zaznaczał jego prezes – nie jest tylko płatnikiem, ale prowadzi



▲ Mikołaj Pawlak, rzecznik praw dziecka

szeroko zakrojone działania profilaktyczne. – Wszyscy zdajemy sobie sprawę, że przy mnogości programów borykamy się z problemem braku chęci korzystania z oferty profilaktyki, również oferty narodowego płatnika – dodał prezes Filip Nowak, zachęcając uczestników Kongresu, aby wspólnie zastanowili się, co zrobić, aby mieszkańcy naszego kraju także w tych trudnych czasach nie zapominali o profilaktyce i nie zgłaszali się do lekarza wtedy, gdy jest już za późno.

– Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest instytucją współpracującą z systemem opieki profilaktycznej nad pracownikami – mówiła z kolei **prof. Gertruda Uścińska, prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**. – Jako prezes ZUS, zajmującego się wypłatą świadczeń kompensujących utratę dochodu w wyniku niezdolności do pracy, dostrzegam w profilaktyce zdrowia ogromny potencjał ograniczenia wydatków na te świadczenia. Upowszechnienie profilaktyki ogranicza takie zjawiska jak absencja chorobowa w pracy, liczba wypadków przy pracy i częstotliwość zachorowań na choroby zawodowe (...). Myślę, że profilaktyka jest inwestycją – podsumowała swoje wystąpienie prof. Gertruda Uścińska.

W uroczystym otwarciu wzięli udział przedstawiciele świata nauki. **Prof. Romuald Zabielski, wiceprezes Polskiej Akademii Nauk**, podkreślał, że motto tegorocznego Kongresu jest mu szczególnie bliskie. – Jako nauczyciel akademicki zajmuję się przygotowaniem przyszłych lekarzy weterynarii do



▲ Dr Tomasz Latos, przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia



▲ Dr Beata Małecka-Libera, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia

nowoczesnego rozumienia ochrony zdrowia publicznego poprzez wprowadzenie szeregu działań w produkcji zwierzęcej mających na celu ochronę człowieka przed chorobami odzwierzęcymi, ograniczenie negatywnego wpływu produkcji zwierzęcej na środowisko przyrodnicze, w tym zmniejszenie środków nieobojętnych dla środowiska, np. antybiotyków – mówił, przypominając, że podobne działania są zgodne z koncepcją One Health, według której środowisko przyrodnicze człowieka, razem ze światem roślinnym i zwierzęcym, oraz zdrowie populacji ludzkiej pozostają w ścisłym sprzężeniu zwrotnym.

Prof. Michał Kleiber, przewodniczący Polskiego Komitetu ds. UNESCO, podczas swojego wystąpienia przytaczał argumenty przemawiające za tym, że sektor zdrowia publicznego jest bardzo ważny w czasach, w których stoimy wobec tak wielu



▲ Wystąpienie Piotra Brombera, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia



▲ Filip Nowak, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia



▲ Prof. Gertruda Uścińska, prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

wyzwań zarówno w Polsce, jak i na świecie. – Bezpieczeństwo, migracje ludności, ochrona środowiska naturalnego i klimatu to problemy bardzo ważne, ośmielę się jednak powiedzieć, że tematyka ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych wyzwań – mówił prof. Michał Kleiber. – To właśnie dzięki zdrowiu publicznemu mamy szansę stawiać czoła innym wyzwaniom. Często mówimy, że to sytuacja ekonomiczna w kraju przesądza o tym, jak może być skonstruowany system ochrony zdrowia, ale rzadko mówimy o tym, że sytuacja ekonomiczna zależy właśnie od systemu ochrony zdrowia. Gdyby w krajach Unii Europejskiej nastąpiła zasadnicza poprawa ochrony zdrowia, to mielibyśmy korzyści na poziomie jednej czwartej budżetu tych krajów – mówił prof. Michał Kleiber.

Podczas uroczystego otwarcia Kongresu głos zabrali także przedstawiciele zawodów medycznych.

– Widzę ogromną determinację Pana Profesora, doceniam jego zaangażowanie, konsekwencję i skuteczność. W ciągu ostatnich czterech lat powstała bowiem platforma będąca krokiem do tego, abyśmy mogli wprowadzać w systemie ochrony zdrowia dobre zmiany – mówił podczas swojego wystąpienia **dr Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej**. – Zgromadzeni goście, szeroka tematyka, interdyscyplinarność i już tradycja tego Kongresu sprawiają, że wnioski z niego będą



▲ Prof. Romuald Zabielski, wiceprezes PAN, z prof. Henrykiem Skarżyńskim



▲ Prof. Michał Kleiber, przewodniczący Polskiego Komitetu ds. UNESCO

szeroko rozkolportowane. Dyskusje to pierwszy krok do tego, aby zmieniać system ochrony zdrowia – konkludował.

Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, podczas swojego wystąpienia zwracała uwagę, że kadry medyczne, w tym środowisko pielęgniarskie, muszą nadążać za innowacyjnością i podnosić swoje kwalifikacje. – Ważne jest, aby wraz ze zdobywaniem coraz wyższych kwalifikacji wykorzystywać dla dobra pacjenta kompetencje nabyte zarówno podczas kształcenia przeddyplomowego, jak i podyplomowego – mówiła Zofia Małas, proponując, aby do rozmów o profilaktyce i innowacjach dodać jeszcze koordynację, którą uważa za słabe ogniwo w systemie ochrony zdrowia.

Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, przypomniała z kolei w swoim wystąpieniu, że jednym z ważnych kroków w zakresie profilaktyki było wdrożenie w aptekach programu szczepień przeciwko COVID-19 i przeciwko grypie, co – jak podkreślała – zostało bardzo dobrze przyjęte przez pacjentów. W aptekach zostały zaszczepione ponad 2 miliony osób przeciwko COVID-19. Elżbieta Piotrowska-Rutkowska apelowała o włączenie w realizację programów profilaktycznych licznej grupy farmaceutów, którzy – na co zwracała szczególną uwagę – są darzeni przez pacjentów wielkim zaufaniem. Wykorzystajmy nasz potencjał – zachęcała.



▲ Dr Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Dr Andrzej Mądrala, członek Rady Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej, gratulując prof. Henrykowi Skarżyńskiemu i Radzie Programowej udanej organizacji Kongresu, podkreślał, że inwestowanie w profilaktykę, a tym samym w społeczeństwo zapewni pracowników aktywnych w swoich zawodach. – Ważne jest, aby decydenci zrozumieli, że nie można patrzeć oddzielnie na bezpieczeństwo zdrowotne oraz gospodarkę. Z dyskusji o państwie i jego rozwoju nie da się usunąć człowieka, który występuje często w różnych rolach: studenta, eksperta, rzemieślnika, ale czasem też pacjenta – przypominał dr Andrzej Mądrala, podkreślając, że im dłużej każdy z pracowników będzie pozostawał zdrowy, tym lepsze to będzie dla finansów publicznych i gospodarki. Dzięki inwestycji w profilaktykę



▲ Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych



▲ Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej



▲ Dr Andrzej Mądrala, członek Rady Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej



▲ Krzysztof Przybył, prezes zarządu Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”

i innowacje zachowamy bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, a to przełoży się na sprawne funkcjonowanie i rozwój naszego państwa – podsumował swoje wystąpienie.

– Udział w Kongresie jest okazją do realizacji celu statutowego Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”, jakim jest promowanie polskich osiągnięć na polu przedsiębiorczości i nauki – mówił **Krzysztof Przybył, prezes zarządu fundacji**. Odnosząc się do programu obrad, przypomniał, że obecnie Polacy słabo oceniają swój stan zdrowia (średnio na 55 punktów w skali 100). Przed pandemią ten wskaźnik wynosił 62 punkty. – W świetle tych danych ważne jest, aby pacjent znał nie tylko możliwości leczenia, lecz także wagę profilaktyki i brał w niej aktywny udział. Wszyscy zasługujemy na życie dobrej jakości – konkludował prezes Krzysztof Przybył, wyrażając jednocześnie przekonanie, że dzięki dostępowi do nowoczesnych technologii sytuacja w ochronie zdrowia może ulec poprawie.

Na zakończenie uroczystego otwarcia został odczytany list od **dr. Konstantego Radziwiłła, wojewody mazowieckiego**, w którym napisał m.in.: *Skuteczna troska o zdrowie publiczne wymaga koordynacji działań we wszystkich dziedzinach życia społecznego i gospodarczego w wymiarze zarówno*

państwowym, jak i globalnym. Kongres, w którym uczestniczą specjaliści z tak wielu różnych dziedzin, to wyjątkowa okazja do dialogu. Synergia ich wysokich kompetencji oraz różnych punktów widzenia na zagadnienia opieki zdrowotnej w Polsce daje szansę na uzgodnienie koncepcji, które staną się ważnym głosem w procesie podejmowania decyzji co do strategii i działań służących udoskonaleniu obowiązujących obecnie rozwiązań. (...) Kongres jest też sposobnością do prezentacji wyników najnowszych odkryć naukowych, a także innowacji technologicznych i osiągnięć organizacyjnych.

Liczne wątki dotyczące profilaktyki i ochrony zdrowia Polaków, które poruszano podczas uroczystego otwarcia, stanowiły wstęp do tego, o czym dyskutowano przez dwa dni podczas debat plenarnych i paneli dyskusyjnych oraz omawiano podczas wykładów. Ich podsumowanie w niniejszym raporcie z założenia ma stanowić dokument pomocny w wytyczaniu kierunków zmian w polskim systemie opieki zdrowotnej i zdrowiu publicznym. Istotne jest, że podczas obrad Kongresu wiele miejsca poświęcono nie tylko problemom związanym z organizacją systemu ochrony zdrowia, lecz także tematom, jakie powinny zainteresować każdego, kto troszczy się o swoje zdrowie.



PREZYDENT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
Andrzej Duda

Warszawa, 17 października 2022 roku

Szanowni Przedstawiciele Władz Państwowych i Samorządowych!
Szanowni Członkowie Rady Programowej Kongresu,
na czele z Panem Profesorem Henrykiem Skarżyńskim!
Wszyscy Szanowni Uczestnicy, Słuchacze i Organizatorzy rozpoczynających się dziś obrad!

Pragnę wyrazić Państwu szczególne uznanie i wdzięczność jako współtwórcom tego wydarzenia. Nieczęsto tak elitarnie i liczne grono ekspertów uczestniczy w tak wielowątkowej, pogłębionej debacie o najistotniejszych wyzwaniach stojących przed ochroną zdrowia w naszym kraju. Trzeba podkreślić, iż są to zagadnienia dotyczące samych podstaw egzystencji Polaków – dzisiaj i w przyszłości.

Pandemia Covid-19 pociągnęła za sobą liczne ofiary oraz olbrzymie koszty w niemal każdym aspekcie życia. Kryzys ten był wielkim testem systemów opieki zdrowotnej, także w Polsce. Byliśmy świadkami niezwykle ofiarności i zaangażowania wielu polskich lekarzy, przedstawicieli innych zawodów medycznych, badaczy, ekspertów, funkcjonariuszy i wolontariuszy. Ale też nie jest tajemnicą, że wszelkie problemy, z jakimi zmaga się polski system ochrony zdrowia, ujawniły się w tym czasie ze zdwojoną siłą. Wywarło to ogromny wpływ na stan świadomości społecznej. Ilustrują go niedawne badania opinii publicznej – wykazujące, że zdrowie i bezpieczeństwo zdrowotne znacząco umocniły swoje pierwszeństwo w hierarchii wartości cenionych przez Polaków najwyżej. Stwarza to unikalną szansę uzgodnienia i wdrożenia daleko idących zmian dotyczących organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia, usprawnienia współpracy podmiotów publicznych i niepublicznych oraz skutecznej promocji postaw prozdrowotnych.

Dlatego jeszcze raz gorąco dziękuję za bogaty, wielowątkowy program obrad Kongresu. Szczególnie aktualne wydaje się jego tegoroczne hasło: „Profilaktyka zdrowotna i innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia”. Cieszę się, że w nawiązaniu do niego mogę wspomnieć o niektórych inicjatywach urzędu prezydenckiego. Przedkładając Sejmowi RP inicjatywę ustawodawczą dotyczącą Funduszu Medycznego, wyszedłem z założenia, że istnieją takie cele, których finansowanie powinno być możliwie niezagrożone zmiennymi koniunkturami politycznymi i gospodarczymi. Dzięki Funduszowi Minister Zdrowia zyskał dodatkowe miliardy złotych na wydatki związane z m.in. z profilaktyką zdrowotną, leczeniem chorób nowotworowych i rzadkich oraz cyfryzacją, innowacyjnymi technologiami i nowoczesną infrastrukturą medyczną. Z zadowoleniem obserwuję również rozwój projektu „Zdrowe Życie”, podjętego przez Kancelarię Prezydenta RP we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Aktywów Państwowych, Narodowym Funduszem Zdrowia i PZU S.A. Inicjatywa ta ma zachęcić Polaków do badań przesiewowych i okresowych oraz szczepień. W odwiedzającej polskie miasta Mobilnej Strefie Zdrowia można poddać się podstawowym badaniom, uzyskać porady lekarskie, a także informacje dotyczące zdrowego stylu życia. Jestem przekonany, że przedsięwzięcie to pomoże zmienić nawyki zdrowotne naszych rodaków oraz ocalić zdrowie i życie wielu osób.

Szanowni Państwo, ufam, że zarówno na tym forum, jak i w gronie uznanych autorytetów zasiadających w prezydenckiej Radzie do spraw Ochrony Zdrowia będą powstawać precyzyjne diagnozy problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej oraz plany szczegółowych działań służących ich rozwiązaniu. Ze swojej strony niezmiennie deklaruję wolę wsparcia wszelkich rozwiązań, które realnie, trwale i pozytywnie wpłyną na poprawę zdrowia i jakości życia Polaków. Życzę owocnej i inspirującej wymiany myśli, najserdeczniej Państwa pozdrawiam.

Z wyrazami szacunku



Warszawa, 17 października 2022 r.

WOJEWODA MAZOWIECKI

Konstanty Radziwiłł

Pan

Prof. Henryk Skarżyński

Przewodniczący Rady Programowej

Kongresu „Zdrowie Polaków”

Szanowny Panie Profesorze,

bardzo dziękuję za zaproszenie do otwarcia 4. Kongresu „Zdrowie Polaków”. Z przykrością muszę poinformować, że z powodu innych, wcześniej zaplanowanych obowiązków nie będę mógł z niego skorzystać. Jednocześnie na ręce Pana Profesora przesyłam serdeczne pozdrowienia dla zgromadzonych.

Szanowni Państwo!

Popularność poprzednich edycji Kongresu i liczne grono uczestników jego obecnej edycji to powód do satysfakcji dla organizatorów. Wysoka frekwencja zasługuje na odnotowanie także jako dowód na to, jak bardzo środowisko ochrony zdrowia czuje się odpowiedzialne za stan zdrowia Polaków. Odzwierciedleniem dużego zainteresowania jest skład Rady Programowej, skupiającej wybitnych przedstawicieli różnych specjalności zawodowych. Stanowi on potwierdzenie prawdy oczywistej, lecz wciąż zbyt mało upowszechnionej – skuteczna troska o zdrowie publiczne wymaga koordynacji działań we wszystkich dziedzinach życia społecznego i gospodarczego w wymiarze zarówno państwowym, jak i globalnym. Obecność w tym gremium reprezentantów wielu środowisk odpowiedzialnych za stan zdrowia Polaków ma także ogromnie ważny symboliczny sens jako deklaracja harmonijnej współpracy.

Kongres, w którym uczestniczą eksperci z tak wielu różnych dziedzin, to wyjątkowa okazja do dialogu. Synergia ich wysokich kompetencji oraz różnych punktów widzenia na zagadnienia opieki zdrowotnej w Polsce daje szansę na uzgodnienie koncepcji, które – w co głęboko wierzę – staną się ważnym głosem w procesie podejmowania decyzji co do strategii i działań służących udoskonaleniu obowiązujących obecnie rozwiązań. Jako spotkanie wybitnych przedstawicieli ochrony zdrowia i innych, wspierających ją obszarów wiedzy Kongres jest też sposobnością do prezentacji wyników najnowszych odkryć naukowych, a także innowacji technologicznych i osiągnięć organizacyjnych.

Panu Profesorowi i pozostałym organizatorom i uczestnikom Kongresu przesyłam życzenia owocnej debaty.

Z poważaniem

Konstanty Radziwiłł

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 57:59





DEBATY
PLENARNE



Podczas 4. Kongresu „Zdrowie Polaków” odbyło się siedem debat plenarnych, podczas których zaproszeni eksperci poruszyli najbardziej istotne problemy polskiej ochrony zdrowia. Cykl debat – w nawiązaniu do motto Kongresu – rozpoczął się od dyskusji poświęconej profilaktyce prozdrowotnej, a dokładniej nowemu projektowi Prezydenta RP „Zdrowe Życie”, oraz od spotkania przedstawicieli samorządów, podczas którego omówiono lokalne inicjatywy mające na celu edukację i promocję zachowań prozdrowotnych oraz realizowane w poszczególnych regionach programy badań kontrolnych. Debata pokazała, jak wiele takich inicjatyw jest podejmowanych, co jednak nie oznacza, że w Polsce istnieje dobrze rozwinięty system profilaktyki. W tym obszarze jest wciąż bardzo dużo do zrobienia. Podobnie w leczeniu. W medycynie wprowadzane są coraz to nowocześniejsze metody terapii rozmaitych schorzeń, brakuje jednak kadr medycznych. Na pytanie, jak i gdzie kształcić przyszłych lekarzy, próbowali odpowiedzieć podczas debaty rektorzy wyższych szkół medycznych. Z kolei rektorzy uczelni niemedycznych, dyskutując nad zastosowaniem innowacyjnych rozwiązań w praktyce medycznej, podkreślili, że rozwój w nauce i medycynie zależy od współpracy w ramach interdyscyplinarnych zespołów. Utrzymanie ludzkiego zdrowia to jedno z najważniejszych zadań, jakie stawiają sobie za cel niektóre instytuty badawcze, podkreślano podczas debaty z udziałem przedstawicieli tego środowiska. Na dorobek instytutów w tym zakresie składają się zwłaszcza badania i wdrożenia dotyczące zdrowej żywności. Z kolei, jak atrakcyjnie i efektywnie przekazywać wiedzę medyczną, walczyć z fałszywymi informacjami, jakich wiele pojawia się zwłaszcza w internecie, oraz jak zachęcać społeczeństwo do dbania o zdrowie i korzystania z badań profilaktycznych, rozmawiano podczas debaty z udziałem przedstawicieli mediów. W debacie organizacji pozarządowych szczególną uwagę zwrócono na profilaktykę i wczesną diagnozę, a jej uczestnicy przedstawili też największe – z perspektywy pacjentów – osiągnięcia ostatnich 30 lat.



I debata plenarna poświęcona projektowi Prezydenta RP

Zdrowe Życie

Moderator: **prof. Jarosław Pinkas**, członek Rady ds. Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego

Uczestnicy: **dr n. med. Aleksandra Lewandowska**, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży
dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej
dr n. med. Marek Migdał, dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
dr n. med. Michał Sutkowski, członek Narodowej Rady Rozwoju ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, prezes Warszawskiego Oddziału Terenowego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

– To wielki zaszczyt prowadzić niezwykle ciekawą dyskusję poświęconą nowemu projektowi Prezydenta Rzeczypospolitej „Zdrowe Życie” – zaznaczył **prof. Jarosław Pinkas**, rozpoczynając debatę. Na wstępie odczytał fragment listu, który wystosował prezydent Andrzej Duda do uczestników Kongresu „Zdrowie Polaków” 2022: *Szczególnie aktualne wydaje się jego tegoroczne hasło „Profilaktyka zdrowotna i innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia”. Cieszę się, że w nawiązaniu do niego mogę wspomnieć o niektórych inicjatywach rządu. Przedkładając Sejmowi RP inicjatywę ustawodawczą dotyczącą Funduszu Medycznego, wyszedłem z założenia, że istnieją takie cele, których finansowanie powinno być możliwe i niezagrożone*

zmianami koniunkturalnymi, politycznymi i gospodarczymi. Dzięki funduszowi Minister Zdrowia uzyskał dodatkowe miliardy złotych na wydatki związane m.in. z profilaktyką zdrowotną, leczeniem chorób nowotworowych i rzadkich oraz cyfryzacją, a także innowacyjnymi technologiami i nowoczesną infrastrukturą medyczną. Z zadowoleniem obserwuję również rozwój projektu „Zdrowe Życie”, podjętego przez Kancelarię Prezydenta RP we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Aktywów Państwowych, Narodowym Funduszem Zdrowia i PZU SA. Inicjatywa ma zachęcić Polaków do badań przesiewowych i okresowych oraz szczepień. Odwiedzając polskie miasta w Mobilnej Strefie Zdrowia, można poddać się podstawowym badaniom, uzyskać porady lekarskie, a także informacje dotyczące zdrowego stylu życia. Jestem przekonany, że przedsięwzięcie to pomoże zmienić nawyki zdrowotne naszych rodaków oraz ocalić zdrowie i życie wielu osób.

– Dwie duże inicjatywy – Fundusz Medyczny i projekt „Zdrowe Życie”, który rozpoczęliśmy w czerwcu 2022 r. – to już 12 mobilnych miasteczek, ogromne zainteresowanie, porady zdrowotne, to medycyna stylu życia, to także dostęp do różnych badań profilaktycznych, takich jak np. pomiary stężenia cukru, cholesterolu, czyli cała gama działań profilaktycznych – oznajmił prof. Jarosław Pinkas i zaznaczył, że w jego ocenie „Zdrowe Życie” będzie jednym z największych programów profilaktyki i edukacji zdrowotnej w Polsce. – Będziemy dbać o zdrowie Polaków, będziemy busołą, która wyznaczy azymut dojścia do zdrowego życia. Bo zdrowe życie, co jest truizmem, jest absolutnie najważniejsze – podkreślał. – My, Polacy – mówił prof. Jarosław Pinkas – często uważamy, że za nasze zdrowie powinni odpowiadać lekarze rodzinni, szpitale, politycy odpowiedzialni za organizację ochrony zdrowia, minister zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia. Zapominamy o tym, że zdrowie w dużej części jest zależne wyłącznie od nas – od naszych dobrych wyborów zdrowotnych. Te dobre wybory zdrowotne to jest nowy paradygmat zdrowia publicznego – *health literacy*.

W dalszej części swojej wypowiedzi prof. Jarosław Pinkas podkreślił też, że w gąszczu informacji musimy nauczyć się docierać do tych działań, które są naprawdę efektywne i za którymi stoją eksperci. – Dziś brakuje nam słowa „ekspert”, brakuje też słowa „autorytet” – mówił. – Na TikToku, który jest istotnym kanałem informacyjnym, medium społecznościowym głównie ludzi młodych, zaobserwowaliśmy niepokojące sytuacje. Przykładowo 50 proc. zamieszczanych tam informacji dotyczących szczepień ochronnych to informacje fałszywe. Prawdziwym wyzwaniem dla nas – lekarzy, specjalistów, ekspertów – jest więc to, abyśmy potrafili przeciwstawić się wszystkim tym, którzy rozpowszechniają nieprawdziwe informacje na temat zdrowia, abyśmy

byli odporni na hejt, działali w sposób niezwykle pryncypialny. Dlaczego to podkreślam? Ponieważ coraz częściej się zdarza, że osoby, które wypowiadają się w mediach społecznościowych, nie są odpowiedzialne za własne słowa. Jedna z influenserok zaproponowała na przykład suszenie muchomorów i używanie ich jak parmezanu. Jeśli ktoś te słowa przyjmie za pewnik, będziemy świadkami dramatu, który może dotknąć całe rodziny. Wiem, że były przypadki zatrucia. Co trzeba zrobić, żeby opanować to szaleństwo? Czasami influencerka ma większy zasięg „rażenia” niż profesor medycyny, który opowiada, jak dramatyczne jest przeszczepienie wątroby u człowieka, który zjadł muchomor – mówił zaniepokojony, rekomendując jednocześnie jako przewodnik po zdrowiu Internetowe Konto Pacjenta (IKP). – Jest ono coraz bardziej interaktywne. To konto należy także do Narodowego Funduszu Zdrowia, a tam mamy chociażby portal Diety NFZ. Tam Polacy znajdą prawdziwe informacje, które są opracowane przez ekspertów, naukowców, wszystkie dane są oparte na wiarygodnych, rzetelnych dowodach naukowych.

Podczas swojego wystąpienia gratulował dr. Markowi Migdałowi, dyrektorowi Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, efektów w walce z nałogiem nikotynowym rodziców małych pacjentów. – Gdy kilka lat temu, kiedy wchodziłem do CZD, a byłem tam częstym gościem zapraszany na różne konferencje, przed wejściem tatusiowie i mamy palili papierosy – zawsze był tam taki ogromny kłęb dymu. Uważam, że wiele zrobiliście – zwrócił się do dyrektora Instytutu – aby ograniczyć to zjawisko, bo obecnie mam i ojców, którzy palą, jest tam istotnie mniej, wielkie gratulacje! Prof. Jarosław Pinkas zaznaczył, że Polacy ogólnie palą mniej niż kiedyś – jest to także wynik zmasowanej akcji wszystkich mediów, dziennikarzy i specjalistów medycznych. Kilkanaście lat temu paliło ponad 50 proc.

obywateli, którzy przez to stawali się pacjentami, natomiast w tej chwili pali już tylko 24 proc. – Długo musiałbym w tej chwili zastanawiać się, czy znam lekarza, który pali papierosa. Żaden lekarz też nie jest obecnie nośnikiem informacji, którą pamiętamy z reklamy papierosów amerykańskiej firmy tytoniowej, że *American doctors smoke Lucky Strikes* – już teraz nikt by nie poszedł w tym kierunku, wiemy, jak to się skończyło dla całej populacji – dodał.

Prof. Jarosław Pinkas odniósł się także do zdrowego stylu życia, zdrowego odżywiania, profilaktyki zdrowia psychicznego. – Zastanawiałem się też kiedyś, jaki mebel w domu jest najważniejszy. Według mnie najważniejszy jest stół, przy którym siadamy całą rodziną, jemy wspólne posiłki, być może przygotowane wcześniej z dziećmi, z produktów, które zakupiliśmy w odpowiednich ilościach – co roku w Polsce marnujemy ponad 4 mln ton żywności! Ten stół daje nam przestrzeń do rozmowy, daje szansę na rozwiązywanie problemów, które gdzieś w nas tkwią, stół łagodzi obyczaje – mówił.

Projekt „Zdrowe Życie” dotyczy działań skoncentrowanych zarówno na ciele, jak i na umyśle, zwracała uwagę podczas swojego wystąpienia **dr Aleksandra Lewandowska**. Żeby zachować zdrowy umysł i moc zapobiegać zaburzeniom emocjonalnym czy schorzeniom psychicznym, ważne jest dbanie o ciało i propagowanie zdrowego stylu życia – taka odpowiedzialność za siebie i własne zdrowie, a także zdrowie najmłodszych, bo oni są przyszłością i siłą naszego społeczeństwa. Zwłaszcza w sytuacji, kiedy obserwujemy wzrost zaburzeń emocjonalnych oraz psychicznych wśród dzieci i młodzieży, zwracała uwagę.

– Dlaczego zależy mi, żeby brać udział w projekcie „Zdrowe Życie” w gronie wielu wybitnych ekspertów? Ponieważ jako psychiatra dziecięco-młodzieżowy obserwuję kryzys relacji pomiędzy różnymi grupami – kryzys relacji w rodzinie, pomiędzy najbliższymi, i w grupie rówieśniczej – mówiła dr Aleksandra Lewandowska. Podkreślała, że działania profilaktyczne w tym przypadku mają na celu wykształcenie takich umiejętności jak m.in. rozpoznawanie swoich emocji, przyglądanie się sobie, odpowiednie reagowanie na to, co się z nami dzieje w danym momencie, np. podczas kontaktu z drugim człowiekiem. Ważne są również działania skierowane do opiekunów dzieci i młodzieży – rodziców, nauczycieli, wujków, cioć, babć i sąsiadów – aby byli uważni na to, co się dzieje z dzieckiem,

z nastolatkiem. Dzięki takiej uważności otoczenia można szybko zareagować, a im szybciej zareagujemy, tym większe prawdopodobieństwo, że unikniemy wielu trudnych sytuacji.

– Cieszy mnie fakt, że do działań prowadzonych w ramach profilaktyki, o której mówimy, dołączyli przedstawiciele Ministerstwa Edukacji, bo my ze sobą współpracujemy. Ochrona zdrowia i obszar psychiatrii dzieci i młodzieży ściśle współdziała z przedszkolami i szkołami. Bo tak jak osoba dorosła sporo czasu spędza w pracy zawodowej, tak dziecko w przedszkolu, a nastolatek w szkole. Szkoła odgrywa niezwykle ważną rolę w edukowaniu, jak prowadzić zdrowy styl życia. Ale jeżeli mamy już sytuację, że dziecko lub nastolatek potrzebuje pomocy, bez współdziałania i opieki kompleksowej nie uda się efektywnie wdrożyć pomocy i odpowiednich działań. Często powtarzam, że w naszej pracy jest tak jak w rodzinie, to znaczy nie możemy dziecka traktować jako odrębnej, samodzielnie funkcjonującej wyspy, bo dziecko znajduje się w systemie – albo rodzinnym, albo instytucjonalnym, w szkole, przedszkolu, dlatego tak ważne jest oddziaływanie międzysektorowe, współpraca wielu specjalistów, którzy zajmują się opieką nad tym dzieckiem, jego wychowaniem, edukacją – mówiła.

Mówiąc o podejściu kompleksowym w zakresie profilaktyki i leczenia, dr Aleksandra Lewandowska odwołała się do słów Prezydenta, że w zakresie zaburzeń psychicznych i różnego rodzaju schorzeń wieku rozwojowego, dotyczących właśnie zdrowia psychicznego, działania i zmiany, m.in. reforma psychiatrii dzieci i młodzieży, są skoncentrowane na tym, żeby przełożyć ciężar związany z leczeniem szpitalnym, stacjonarnym na oddziaływania w środowisku dziecka. Oddziaływania te powinny być prowadzone jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta i we współpracy z osobami, które biorą udział w opiece i wychowaniu tego dziecka, a więc z rodziną, a także przedszkolem czy szkołą, opieką społeczną i kuratorem, jeśli jest w tej rodzinie.

Zaznaczyła, że więcej uwagi należy poświęcić profilaktyce. – Nie mówię, że jej nie ma, bo jest wiele inicjatyw oddolnych, ale działania systemowe, koordynowane mają – w mojej opinii – nadrzędne znaczenie. Tym bardziej że pacjenci, którzy zgłaszają się do poradni czy którzy są przyjmowani na oddziały stacjonarne w większości mają problemy wynikające z czynników środowiskowych. Gdyby istniały systemowe, centralne oddziaływania

profilaktyczne, które byłyby wdrażane od razu, kiedy występują pierwsze symptomy zaburzeń, to większość dzieci i nastolatków, które są hospitalizowane na oddziałach szpitalnych, najprawdopodobniej nie wymagałyby leczenia stacjonarnego – konkludowała.

Dr Aleksandra Lewandowska zwróciła także uwagę, że w rozważaniach o profilaktyce zaburzeń emocjonalnych i psychicznych dzieci i młodzieży nie sposób pominąć kwestii związanych z samą rodziną – tego, co rodzice i dzieci mogą robić dla swojego zdrowia. – Ostatnio brałam udział w wielkim wydarzeniu – pikniku „Odważ się być zdrowym” zorganizowanym przez Fundację Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Do pikniku dołączył projekt „Zdrowe Życie” z Mobilną Strefą Zdrowia, gdzie dostępne były bezpłatne badania i konsultacje, a także gry i zabawy dla dzieci. Byłam podbudowana, widząc biorące w nim udział całe rodziny – dzieci w wózkach, tatusiów z niemowlakami w nosidełkach, babcie, dziadków. Pamiętajmy, że dzieci się uczą, obserwując i naśladując dorosłych. Podczas takich wydarzeń mają szansę zobaczyć, jak ich najbliżsi starają się zadbać o zdrowie. Pewne nawyki muszą być kształtowane od jak najwcześniejszych lat życia dziecka – mówiła dr Aleksandra Lewandowska. – Moim marzeniem jest, aby w podstawie programowej znalazł się przedmiot dedykowany zdrowemu życiu i aby był on realizowany od etapu przedszkolnego – podkreślała.

– Bardzo się cieszę z akcji, które do tej pory zostały zrealizowane w ramach projektu „Zdrowe Życie”, zwłaszcza dlatego, że obejmują one małe miejscowości. Ludzie, z którymi wtedy rozmawiamy, mogą zrobić sobie różne badania, na które pewnie by się nie zgłosili albo je odkładali – zaznaczała na wstępie swojego wystąpienia **prof. Agnieszka Mastalerz-Migas**, wyrażając nadzieję, że ten projekt rozwinię się na szeroką skalę i że zacieśni się współpraca z Ministerstwem Edukacji i Nauki. – Bardzo się cieszę, że taka współpraca jest podejmowana, ponieważ jestem orędownikiem edukacji zdrowotnej w szkole, a właściwie już w przedszkolu. Powinniśmy kłaść nacisk na to, aby już najmłodsze dzieci były uczone, co to znaczy zdrowy styl życia, i aby były im wpajane odpowiednie nawyki zdrowotne. Dzieci, które zbudują w sobie zasady zdrowego stylu życia, przeniosą te zasady do domu, będą uczyć swoich rodziców, dziadków – mówiła. – Pamiętajmy, że 50 proc. naszego zdrowia to jest

nasz styl życia – apelowała, przypominając jednocześnie o konieczności promowania programów profilaktycznych i badań przesiewowych, podając jako przykład program „Profilaktyka 40 PLUS” oraz „Profilaktyka chorób układu krążenia (CHUK)” dla osób między 35. a 65. rokiem życia, które są dostępne dla pacjentów placówek podstawowej opieki zdrowotnej. – Są też programy badań przesiewowych w onkologii, m.in. w kierunku wykrywania raka szyjki macicy czy raka piersi, a także „Ogólnopolski program wczesnego wykrywania raka płuca (WWRP) za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK)”. Powinniśmy też informować społeczeństwo, kto z tych programów może korzystać – przypominała, podkreślając, że projekt „Zdrowe Życie” powinien być także okazją do szerokiego promowania udziału Polaków w programach profilaktycznych.

Zdaniem prof. Agnieszki Mastalerz-Migas od 1 października 2022 r. dużo zmienia się w podstawowej opiece zdrowotnej, ponieważ pojawiły się zmiany prawne umożliwiające wdrożenie opieki koordynowanej. W placówkach, które tę opiekę wdrożą, oprócz diagnostyki i leczenia pojawi się wiele korzystnych ofert dla pacjentów, ponieważ opieka koordynowana kładzie dużo większy nacisk na profilaktykę, jak również na opiekę nad pacjentem w najczęstszych chorobach przewlekłych. Będą dostępne m.in. porady dietetyczne i porady edukacyjne.

– Programy profilaktyczne, które realizujemy w podstawowej opiece zdrowotnej, to przyszłość, o której musimy rozmawiać. Ważne, by miały charakter kompleksowy, żeby nie skupiały się na jednej grupie chorób, ale obejmowały przegląd zdrowotny pod kątem zarówno najczęstszych chorób cywilizacyjnych, a więc cukrzyca i chorób układu krążenia, jak i chorób onkologicznych oraz, co niezwykle istotne, chorób psychicznych. W tej chwili mamy epidemie tego rodzaju schorzeń i problemów, depresje, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu dotyczą zarówno populacji dziecięcej, jak i populacji dorosłych, zwłaszcza po pandemii. Dlatego tak ważne jest, żebyśmy w tym obszarze również kładli nacisk na profilaktykę – zaznaczała.

Podobnie jak inni uczestnicy podkreśliła też znaczenie edukacji zdrowotnej odnośnie zdrowego stylu życia, prawidłowych wyborów żywieniowych i aktywności fizycznej. Odnosząc się do programów profilaktycznych i badań przesiewowych, zwracała uwagę, że system realizacji tych badań powinien

być przyjazny dla pacjentów. – W tym miejscu pojawia się już nasza odpowiedzialność, czyli ludzie, którzy uczestniczą doradczo w kreowaniu systemu i mogą wskazywać na pewne rozwiązania – mówiła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas. – Istotną sprawą jest, abyśmy dążyli do stworzenia jednolitego, centralnego systemu wspierającego decyzje o udziale w badaniach profilaktycznych. Tutaj bardzo pomocnym rozwiązaniem jest Internetowe Konto Pacjenta (IKP), z którego na szczęście korzysta coraz więcej osób. Jest to doskonałe źródło informacji na temat stanu zdrowia, ale także narzędzie do umawiania się na badania profilaktyczne. Ale to z kolei jest związane z kwestią utworzenia centralnej rejestracji na badania profilaktyczne, również na szczepienia, np. na wzór szczepień przeciwko COVID-19. W tym przypadku państwo bardzo dużo może zrobić dla obywatela, żeby wzmocnić jego chęć udziału w badaniach profilaktycznych. Dobrze byłoby, żeby kwestie edukacji zdrowotnej, skierowanej bezpośrednio do obywateli, doczekały się rozwiązań systemowych.

Dr Marek Migdał w swojej wypowiedzi podkreślił, że wdrożenie długoterminowego programu profilaktyki i promocji zdrowego stylu życia to bardzo dobry pomysł. – My, pediatrzy, zawsze podkreślaliśmy, jak ważny jest zdrowy tryb życia. Wiemy, że rodzice dbają o rozwój dziecka, oferując mu możliwość nauki języka, lekcje, np. tenisa, jazdy konnej, ale czasami zapominają, jak ważne jest, żeby od wczesnego okresu rozwoju dziecka dbać o to, aby było ono we właściwy sposób odżywiane, żeby miało dostęp do programów szczepień, dzięki którym zniknęły niektóre choroby zakaźne – mówił dr Marek Migdał. – Należy pamiętać, że szczepienia zmieniły rokowania w wielu chorobach, jak również wydłużyły istotnie średni czas życia wszystkich osób – a to wszystko ma początek w okresie wczesnodziecięcym.

Dr Marek Migdał odniósł się do słów prof. Agnieszki Mastalerz-Migas, która mówiła o tym, żeby dzieci uczyły rodziców. Zdaniem dr. Marka Migdała, te relacje muszą być obustronne – rodzice też muszą dawać przykład. Podkreślił, że bardzo ważna jest promocja zdrowego trybu życia, ale w pediatrii przykłada się również wagę do tego, o czym mówi się w przypadku osób dorosłych – do wczesnego rozpoznawania nieprawidłowości. – Chcę zachęcić wszystkich uczestników Kongresu „Zdrowie Polaków”, lekarzy rodzinnych, lekarzy pediatrów, do korzystania z książeczki zdrowia dziecka. Są

w niej standardowe siatki centylowe pomagające sprawdzić, czy dziecko rozwija się proporcjonalnie w stosunku do grupy rówieśników, są też informacje, z których zawsze korzystaliśmy, tzn. wzrost, masa ciała. To zostało wzbogacone o BMI oraz o coś, co do tej pory nie było w Polsce znane, czyli o siatki centylowe do oceny ciśnienia tętniczego dla dzieci i młodzieży w wieku 3–18 lat (normy, wartości należne) – mówił i dodał, że nadciśnienie tętnicze to dobry przykład choroby, która rozwija się w sposób bardzo zamaskowany. Objawy wystąpienia istotnych zmian ciśnienia tętniczego ujawniają się po wielu latach. Jeżeli problem zostanie wcześniej rozpoznany, to różnymi metodami można przeciwdziałać.

– Ważnym elementem zdrowego stylu życia jest dbanie o dobry sen. Warto podkreślić, że dzisiaj wszyscy, w każdym wieku mają problemy z zaburzeniami snu, spowodowane m.in. niebieskim światłem smartfonów, tabletów, które często zabierają do łóżka. To ogromny problem w populacji młodzieży – młodych ludzi bardzo trudno jest oderwać od tych ekranów. Niebieskie światło pogarsza jakość snu, nawet jeśli ten sen ma potem odpowiednią długość, a często jej nie ma – mówił dr Marek Migdał.

W czasie kampanii „Zdrowe Życie” – jak przypominał – mówiono nie tylko o wdrażaniu zdrowych nawyków żywieniowych dzieciom, ale także o dbałości o ich otoczenie i bezpieczeństwo. – Proszę pamiętać, że urazy, wypadki są wciąż jedną z głównych przyczyn umieralności dzieci w Polsce – podkreślał. Odniósł się też do kampanii lekarskiej dotyczącej niepodawania małym dzieciom do jedzenia grzybów. – Moje dzieci, a teraz moje wnuki wiedzą, że dzieci nie jedzą grzybów. To jest wynik kampanii, która trwała w latach 90., kiedy to każdego roku, w sierpniu, podczas jednego dyżuru na oddział intensywnej terapii przyjmowaliśmy dwoje, troje dzieci zatrutych grzybami. Części z tych dzieci niestety nie udawało się uratować. Trzeba było zaangażowania środowiska pediatrycznego, lekarzy gastroenterologów, transplantologów, żeby uświadomić społeczeństwu zagrożenie, jakie stanowi podawanie do jedzenia małym dzieciom grzybów. Takie kampanie powinny być konsekwentnie prowadzone także dziś, a zaangażowane w nie powinny być nie tylko towarzystwa naukowe i eksperci medyczni, lecz także media. To właśnie dzięki mediom kampania dotycząca grzybów w latach 90. przyniosła efekty. W mediach powtarzaliśmy, że

grzyby nie mają żadnej wartości odżywczej dla małego dziecka. Doszliśmy do takiego etapu, że dzieci w Polsce od kilku lat nie trafiają do szpitali, do oddziałów intensywnej terapii z powodu zatruc m. chomorem sromotnikowym. To przykład, jak dzięki współpracy ekspertów i mediów udało się nam wyeliminować jedno z zagrożeń dla dzieci.

– Zaproszenie ze strony Kancelarii Prezydenta i prof. Jarosława Pinkasa do udziału w programie „Zdrowe Życie” było dla mnie imperatywem do działania – zaczął **dr Michał Sutkowski**. – Niech nie zabrmi to jako deklaracja polityczna, ale jeżeli najważniejsza osoba w państwie – Pan Prezydent – a także Pani Prezydentowa patronują tak ważnemu, tak interesującemu, tak istotnemu dla zdrowia publicznego projektowi, to trudno w tym projekcie nie uczestniczyć. Dr Michał Sutkowski dodał, że widzi na co dzień ogromną potrzebę prewencji i profilaktyki: – Będąc w jednej z Mobilnych Stref Zdrowia w Toruniu, widziałem radość, uśmiech na twarzach ludzi, którzy w sobotę rano przyszli, aby uczestniczyć nie tylko w czymś ważnym, lecz także skutkującym poprawą zdrowia – mówił.

Podczas swojego wystąpienia dr Michał Sutkowski przedstawił się jako człowiek, dla którego sposobem na życie jest sport. Inspiracja przyszła wiele lat temu, kiedy wraz z rodzicami przebywał w Londynie, gdzie nad historycznym już Kanałem Regenta codziennie obserwował rzeszę biegających młodych ludzi. – Ci zmęczeni młodzi ludzie wracający z biegów zrobili na mnie tak ogromne wrażenie, że też zapragnąłem spróbować biegania, więc poszedłem za ich przykładem – mówił dr Michał Sutkowski. – Przykłady są bardzo ważne, zarówno jeśli chodzi o higieniczny styl życia, szczepienia, o których mówiliśmy, jak i zachowania prozdrowotne – skonkludował.

Odnosząc się do problemu palenia, które w jego pokoleniu było bardzo popularne, zwracał uwagę, że teraz stało się niemodne. Dziś oczywiście jest, że lekarz nie pali, a szpital, przychodnia to strefy wolne

od dymu tytoniowego. Aby cała Polska stała się taką strefą, potrzebne jest nie tylko wsparcie polityczne, wsparcie finansowe, lecz także ogromne zaangażowanie nas wszystkich, całego środowiska, w tym mediów. Tworzenie kampanii, które prostym językiem komunikują te najważniejsze dla pacjentów prozdrowotne przekazy, ma kluczowe znaczenie.

Podsumowanie

Projekt „Zdrowe Życie”, zainicjowany przez Kancelarię Prezydenta RP, to jedno z najszerzej zakrojonych przedsięwzięć o charakterze ogólnopolskim poświęcone profilaktyce zdrowotnej, którego celem jest zachęcenie Polaków, szczególnie tych z mniejszych miejscowości, do wykonywania badań, kontrolowania stanu zdrowia, bo w dużej mierze my sami jesteśmy za nie odpowiedzialni. To, jaki prowadzimy styl życia, ma wpływ nie tylko na naszą kondycję fizyczną, lecz także psychiczną, podkreślali uczestnicy debaty. Dlatego edukowanie i promowanie zdrowego stylu życia już od najmłodszych lat, od przedszkola, to – według ekspertów – jedna z najważniejszych kwestii, która powinna być nagłaśniana, również przez odpowiednie kampanie i media, a także realizowana przez odpowiednie instytucje państwowe, m.in. Ministerstwo Edukacji i Nauki, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Badania przesiewowe, zdrowe odżywianie, aktywność fizyczna – to wszystko składa się na profilaktykę, dzięki której w znacznym stopniu można zahamować epidemię, za jaką uważa się choroby cywilizacyjne. Uczestnicy debaty podkreślali jednak, że równie ważne jak zdrowie fizyczne jest zdrowie psychiczne, tymczasem dane dotyczące zaburzeń psychicznych, szczególnie te u dzieci i młodzieży, są mocno niepokojące. Należy ten fakt uwzględnić w przyszłych działaniach profilaktycznych. Reasumując, tylko zintegrowane działania specjalistów z różnych dziedzin oraz instytucji państwowych może przynieść sukces.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 3:25:02





II debata plenarna – samorządowa

Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób

Moderatorzy: **prof. Henryk Skarżyński**, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
Krzysztof Przybył, prezes Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”
Paweł Rabiej, doradca prezesa Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”, członek kapituły Godła „Teraz Polska” i ekspert fundacji z zakresu konsultacji społecznych

Uczestnicy: **Waldemar Bojarun**, wiceprezydent miasta Katowice
Zuzanna Donath-Kasiura, wicemarszałek województwa opolskiego
Agnieszka Kapała-Sokalska, członek Zarządu Województwa Pomorskiego
Renata Kaznowska, wiceprezydent m.st. Warszawy
Małgorzata Kępa-Mitura, kierownik Referatu ds. Promocji i Ochrony Zdrowia w Wydziale Zdrowia i Profilaktyki miasta Lublina
Katarzyna Kosik-Gajewska, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia, Rodziny, Równego Traktowania i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego
Marcin Krzyżanowski, wicemarszałek województwa dolnośląskiego
Elżbieta Lanc, członek Zarządu Województwa Mazowieckiego

– Cieszę się, że Państwo są z nami, bo bez samorządów nie byłoby realnej profilaktyki – powiedział na rozpoczęcie debaty **prof. Henryk Skarżyński**, dziękując przy okazji samorządowi Mazowsza za owocną współpracę z Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu w zakresie badań przesiewowych słuchu u uczniów szkół podstawowych. – Gdyby nie tak dobra współpraca, Mazowsze nie byłoby pierwszym na świecie

regionem, w którym badaniami słucho objęto całą populację dzieci rozpoczynających edukację szkolną w 2019 r. – podkreślił prof. Henryk Skarżyński.

Witając uczestników debaty współmoderujący ją **Krzysztof Przybył** zaznaczał, że samorzady są najbliżej mieszkańców, a oczekiwanie długiego życia dobrej jakości jest dziś powszechne. Kluczem do spełnienia tego oczekiwania są profilaktyka i edukacja prozdrowotna obejmujące wszystkich – od najmłodszych do najstarszych – na które składa się tworzenie właściwych nawyków i postaw, tak aby do starości cieszyć się dobrym zdrowiem. Co samorzady mogą zrobić w tym zakresie? Na jakich grupach mieszkańców należy się skupić? W jakim kierunku powinny rozwijać się samorządowe programy zdrowotne, żeby jak najlepiej odpowiadały na potrzeby mieszkańców? Czego samorzady oczekują od władz centralnych?

Profilaktyka zdrowotna ma olbrzymi potencjał w podnoszeniu jakości zdrowia oraz dobrostanu obywateli. Działania w tym zakresie powinny być traktowane jako kluczowa inwestycja społeczna, która poprawia jakość życia oraz zmniejsza koszty leczenia. Potencjał władz lokalnych jest w tym obszarze duży, jednakże samorzady mają dość przerwania na nie zadań przez władzę centralną.

Samorzady są najbliżej mieszkańców, a oczekiwanie długiego życia w dobrej jakości jest dzisiaj powszechne wśród obywateli. Kluczem do tego, co podkreśla się we wnioskach z każdego Kongresu „Zdrowie Polaków”, są profilaktyka zdrowotna i edukacja o zdrowiu – kształtowanie prozdrowotnych nawyków i postaw od najmłodszych do najstarszych lat, dbanie o zdrowie i kondycję, programy badań przesiewowych, wczesne wykrywanie chorób.

Co mogą zrobić samorzady w zakresie edukacji zdrowotnej i profilaktyki zdrowia i jakie powinny być priorytety ich działań w obszarze profilaktyki zdrowotnej? Uczestnicy panelu – doświadczeni samorządowcy nadzorujący obszar polityki zdrowotnej na poziomie miast oraz regionów zwracali uwagę, że potencjał samorządu w obszarze profilaktyki jest bardzo duży. Duże też są oczekiwania mieszkańców dotyczące dostępu do usług zdrowotnych, zwłaszcza po pandemii COVID-19.

Potencjał ten nie jest jednak w pełni wykorzystywany, zarówno na poziomie samorządu, jak i na poziomie współpracy władzy centralnej z władzami lokalnymi. Uczestnicy dyskusji podkreślali, że samorząd powinien mieć większy wpływ na kształtowanie lokalnej polityki zdrowotnej, w tym finansowy. Szpitale są niedofinansowane, koszty ich utrzymania są przerzucane na władze lokalne, a poziom wydatków na ochronę zdrowia powinien wzrosnąć – takie są postulaty nie tylko samorządowców, lecz także ekspertów i kadry medycznej.

Z drugiej strony przeprowadzone w ostatnich latach analizy wskazują, że zaangażowanie samorządu

w kształtowanie postaw prozdrowotnych mogłoby być większe. Samorzady realizują różnego rodzaju programy prozdrowotne, ale ich uwaga jest skoncentrowana przede wszystkim na podtrzymaniu funkcjonowania podstaw systemu – szpitali i POZ. Profilaktyka zdrowotna nie wydaje się obecnie priorytetowa, samorzady zajmują się nią niejako przy okazji, i w sposób fragmentaryczny, akcyjny. Jest dodatkiem, a nie traktowanym strategicznie priorytetem.

Tymczasem samorzady dysponują znacznym potencjałem instytucjonalnym – prowadzą szpitale, są organami tworzącymi podmioty lecznicze, mają możliwość silnego oddziaływania na obywateli poprzez: system edukacji, za który odpowiadają, komunikację społeczną, politykę senioralną i opiekuńczą, politykę kulturalną oraz szereg innych, szczegółowych polityk. W tym kontekście można mówić o potężnej „miękkiej sile” (*soft power*) samorządu, która mogłaby być znacznie efektywniej wykorzystana w kreowaniu postaw prozdrowotnych.

Uczestnicy debaty wskazywali na szanse i wyzwania w tym obszarze. Wyzwania wiążą się głównie z wydłużaniem życia, starzeniem się populacji oraz czynnikami niesprzyjającymi pozostawaniu w zdrowiu i dobrej kondycji. Szanse są związane z tworzeniem aktywnych projektów profilaktyki zdrowotnej, rozpowszechnianiem dobrych praktyk oraz tworzeniem lokalnych sojuszy do rozwiązywania konkretnych problemów zdrowotnych.

- **Zwiększenie aktywności samorządów przy realizacji programów zdrowotnych o charakterze profilaktycznym.** Obecnie samorządowe programy zdrowotne obejmują głównie projekty takie jak: szczepienia ochronne przeciwko grypie, szczepienia przeciwko pneumokokom, meningokokom czy HPV, profilaktyka chorób narządów ruchu (wady postawy, osteoporoza) oraz problematyka nowotworów (rak piersi, prostaty, jelita grubego). Wiele samorządów prowadzi programy wsparcia in vitro – obecnie Polska niechlubnie pozostaje

jedynym państwem Unii Europejskiej, które nie wspiera finansowo pacjentów wymagających terapii IVF. Programy in vitro są wspierane przez kilkadziesiąt samorządów. Ogólnie liczba samorządowych programów zdrowotnych w ostatnich latach zmalała. W 2017 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zaopiniowała ponad 350 samorządowych programów polityki zdrowotnej, w 2019 r. – około 200, natomiast w 2020 r. już tylko 97. Jednym z wyzwań jest mierzenie efektywności programów: o ile w przypadku programu in vitro miernikiem jest liczba urodzonych dzieci, o tyle w przypadku innych programów trudno niekiedy określić ich bezpośrednią efektywność. Kategoria „efektywności” działań profilaktycznych w ogóle wymaga szerszej dyskusji.

- **W profilaktyce zdrowotnej potrzebne są strategia i priorytety – skupienie się na działaniach, które są obecnie najpilniejsze.** Jak podkreślali uczestnicy, potężnym wyzwaniem są np. choroby psychiczne dzieci i młodzieży, ale również depresje osób starszych. Badania wskazują na niedostatecznie wczesne wykrywanie różnych chorób (cukrzyca, choroby kardiologiczne czy rak piersi, prostaty, jelita grubego). Z punktu widzenia planowania działań i pragmatyki działania samorządu, strategia profilaktyki zdrowotnej w mieście czy regionie powinna mieć swoje źródło w lokalnych bilansach zdrowia – ocenie wyzwań zdrowotnych w regionie. Zarazem, jak podkreślali samorządowcy, władze lokalne mają dość wyręczenia instytucji centralnych w ich podstawowych zadaniach, zwłaszcza jeśli nie otrzymują dodatkowych środków na te cele, a pozbawia się ich źródeł dochodów.
- **Zwiększenie zaangażowania samorządów w kształtowanie edukacji zdrowotnej (health literacy).** Szkoły są przeciążone zadaniami, zmagają się z brakiem nauczycieli, programy nauczania są przetadowane. Tymczasem w programie edukacji szkolnej od pierwszych lat powinny znaleźć się również elementy kształtowania wiedzy o własnym organizmie i zdrowiu oraz zajęcia sprzyjające postawom prozdrowotnym. Powinna być to edukacja od najmłodszych lat w formie zajęć obowiązkowych. Edukację szkolną trzeba postrzegać również jako szansę kształtowania różnego rodzaju nawyków, w tym zdrowego i wartościowego odżywiania się. To kluczowy w życiu każdego człowieka okres, w którym takie nawyki mogą być ukształtowane i ugruntowane.

W tym kontekście cenny byłby np. projekt zapewnienia w szkole każdemu dziecku zdrowego, zbilansowanego, ciepłego posiłku – w połączeniu z edukacją zdrowego odżywiania się.

- O ile najmłodszy są często obejmowani różnymi działaniami, o tyle gorzej jest z programami profilaktyki dla młodzieży oraz osób aktywnych zawodowo. Młodość jest okresem, w którym ekspozycja na niezdrowy styl życia jest dość wysoka, podobnie jak podatność na niego. **Za mało jest ciekawych, atrakcyjnych społecznie, poruszających odbiorców programów profilaktycznych, które dotyczą takich zagrożeń jak nadużywanie alkoholu i tytoniu, korzystanie ze środków psychotropowych.**
- **Kolejnym wyzwaniem jest profilaktyka zdrowotna osób aktywnych zawodowo.** Jak wynika z badań, wielu z nich zaniedbuje regularne monitorowanie stanu zdrowia. Wymaga to wzmocnienia roli medycyny pracy: zwiększenie znaczenia obowiązkowych badań okresowych pracowników oraz poszerzenie ich zakresu o dodatkowe testy, wykrywające groźne schorzenia. To również pole współpracy samorządu z organizacjami pracodawców i lokalnymi pracodawcami, ponieważ zdrowie i dobre samopoczucie pracowników leży także w ich interesie.
- **Wyzwaniem jest także zdrowie seniorów, gdyż w tym wieku kumulują się efekty profilaktyki zdrowego stylu życia przez całe życie lub jej braku.** Jak wynika z badania PolSenior2, sami seniorzy niezbyt dbają o swoje zdrowie. Narosły mity, że osoby starsze są najczęstszymi pacjentami, a ich częste wizyty u lekarza to strategia radzenia sobie z samotnością. Wcale jednak nie są „codziennymi pacjentami” lekarza pierwszego kontaktu, a wskazywana w badaniu częstość wizyt (kilka razy w roku) stawia pod znakiem zapytania systematyczne monitorowanie ich stanu zdrowia. Gorzej dbają o swoje zdrowie mężczyźni – lekceważą symptomy chorób i zagrożenia oraz rzadziej chodzą do lekarza. Profilaktyka zdrowotna, utrzymanie aktywności, samodzielności oraz regularne badania stanu zdrowia to bardzo ważne wyzwania w tej grupie społecznej, które mocno wpływają na koszty systemu zdrowia.
- **Dla samorządów wyzwaniem jest również starzenie się społeczeństwa.** Obecnie 10 proc. ludności Polski w wieku 55–74 lata zmagają się z problemem długotrwałego poważnego ograniczenia sprawności z powodów zdrowotnych.

Na choroby przewlekłe cierpi ponad 80 proc. osób w wieku 75+. Problemem są choroby o tępienne i zaburzenia funkcji poznawczych. Koszty opieki społecznej nad tymi osobami (usługi opiekuńcze, opieka rodzin i najbliższych, leczenie) będą rosły – w tym kontekście promowanie zdrowego trybu życia przez całe życie jest długofalową inwestycją o bardzo dużej stopie zwrotu.

- **W sukurs działaniom profilaktycznym mogą przyjść technologie oraz rozwój mediów społecznościowych.** Z jednej strony media społecznościowe można postrzegać jako zagrożenie dla jakości i skuteczności profilaktyki zdrowotnej (sptykanie treści, niska wiarygodność), z drugiej strony jednak gwarantują szerokie dotarcie do odbiorców, zwłaszcza ludzi młodych z pokolenia Z, praktycznie „zrosniętych” z telefonami. Rosnąca popularność aplikacji prozdrowotnych, zdrowego odżywiania się itp. może być również wykorzystana do promowania zdrowego stylu życia.
- Jak podkreślali uczestnicy debaty, **strategia profilaktyki zdrowotnej powinna być wielosektorowa.** Samorządy nie wyręczą rządu i obywateli. Trzeba budować szersze sojusze i programy celowane. Sprawdza się współpraca na poziomie regionalnym (wspólne inicjatywy miast i re-

gionów dotyczące np. zdrowia psychicznego), wymiana dobrych praktyk pomiędzy jednostkami samorządu, współpraca z organizacjami pozarządowymi. Profilaktykę zdrowotną należy traktować w powiązaniu z edukacją czy wyzwaniem klimatycznymi, wykorzystując również wrażliwość młodego pokolenia na zagrożenia klimatyczne.

Podsumowanie

Samorządy mają dobry ogląd potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz możliwości w zakresie skłaniania ich do zmiany postaw. Wyzwaniem są zawsze finanse, ale jeszcze większym wyzwaniem są nawyki. Wiele osób poważniej traktuje przegląd techniczny samochodu niż przegląd raz na jakiś czas stanu swojego zdrowia. Tymczasem same kadry i nakłady na naukę czy medycynę nie zapewnią optymalnych efektów. Trudno osiągnąć bezpieczeństwo zdrowotne bez odwołania się do odpowiedzialnych postaw prozdrowotnych i kształtowania ich. Dbanie o własne zdrowie to przede wszystkim odpowiedzialność każdego obywatela. Ale samorządy mogą o tym przypominać, bo profilaktyka zdrowotna to inwestycja, która przynosi duży zwrot.

Opracowanie: Paweł Rabiej

Na potrzeby raportu uczestnicy debaty nadali szczegółowe informacje dotyczące programów profilaktyki i promocji zdrowia, jakie są realizowane przez reprezentowane przez nich władze samorządowe.

Elżbieta Lanc

o działaniach Samorządu Województwa Mazowieckiego na rzecz profilaktyki zdrowotnej:

Wydatki na ochronę zdrowia stanowią najważniejszą pozycję w budżecie Województwa Mazowieckiego. Zapewnienie mieszkańcom bezpiecznych i komfortowych warunków leczenia, a także dostępu do nowoczesnej diagnostyki jest naszym priorytetem. Zdajemy sobie jednak sprawę z tego, jak istotna w profilaktyce schorzeń jest edukacja zdrowotna.

1. Samorząd Województwa Mazowieckiego podejmuje liczne działania z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Wśród działań Województwa Mazowieckiego wyróżnić możemy m.in. takie zadania jak:
 - Szkoły Promocji Zdrowia – II edycja, na zadanie przeznaczono prawie 2 mln zł;

- działania edukacyjne z zakresu m.in.: promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki depresji i zapobiegania samobójstwom, zadanie „Pan Niezwykły”, w ramach którego przygotowano musical na temat profilaktyki uzależnień dzieci i młodzieży. Przygotowanie musicalu stanowi swego rodzaju arteterapię dla młodzieży-aktorów, formę integracji z rówieśnikami, oderwania się od codziennych problemów, co ma pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne młodzieży. **Łączna wartość środków finansowych przeznaczonych na ww. zadania to ponad 3,5 mln zł.**
- Inne działania związane z edukacją zdrowotną, w tym:

- w zakresie zapobiegania zaburzeniom depresyjnym;
 - w zakresie ograniczania następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji;
 - dostosowaną do potrzeb osób z chorobą nowotworową i ich bliskich, profilaktyki istotnych problemów zdrowotnych, w tym promocji zdrowia psychicznego; promocji idei dawstwa i transplantologii, promocji ratownictwa medycznego, zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii.
- Na zadania przeznaczono ponad 300 tys. zł.**
- Edukacja w zakresie istotnych problemów zdrowotnych, w tym dotycząca promocji zdrowia psychicznego, idei dawstwa i transplantologii, podniesienie poziomu akceptacji osób żyjących z HIV/AIDS, na temat zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, wsparcie i promocja ratownictwa medycznego oraz profilaktyka nowotworów złośliwych.
- Wysokość środków finansowych na realizację zadań: 600 tys. zł.**
- Kampania edukacyjna w zakresie promocji idei dawstwa i transplantacji pt. „Daj życie” – program zwiększenia liczby pobrań wielonarządowych w województwie mazowieckim;
 - Kampania w zakresie psychoedukacji i wsparcia osób z chorobą nowotworową i ich bliskich na lata 2022–2023;
 - Szkolenia z zakresu medycyny taktycznej dla personelu medycznego oraz ludności cywilnej ze szczególnym uwzględnieniem ludności pochodzenia ukraińskiego.
2. Ponadto należy zaznaczyć, że każdy program polityki zdrowotnej opracowany i finansowany przez Samorząd Województwa Mazowieckiego posiada komponent edukacji zdrowotnej jako element obligatoryjny. Na ich realizację ze środków własnych naszego samorządu przeznaczyliśmy ponad 50 mln zł. Obecnie Województwo Mazowieckie finansuje:
- Program polityki zdrowotnej szczepień przeciwko meningokokom serogrupy B dla dzieci do lat 3. Wartość podpisanych umów na 3 lata: **2 138 491,38 zł.**
 - Program polityki zdrowotnej z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dla uczniów klas VII–VIII. Wartość podpisanych umów na 3 lata: **497 317,66 zł.**
 - Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń depresyjnych dla dzieci i młodzieży z województwa mazowieckiego. Wartość podpisanych umów na 3 lata: **7 999 773,48 zł.**
 - Program polityki zdrowotnej w zakresie poprawy sprawności fizycznej osób po 60. roku życia. Wartość podpisanych umów na 4 lata: **1 804 082,90 zł.**
 - Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień przeciwko pneumokokom dla osób powyżej 50. roku życia. Wartość podpisanych umów na 3 lata: **9 416 352,22 zł.**
 - Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebyciu zachorowaniu na COVID-19. Wartość podpisanych umów na 3 lata: **4 094 008,40 zł.**
 - Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy. Wartość podpisanych umów na 3 lata: **1 762 514,50 zł.**
 - Program polityki zdrowotnej badań przesiewowych w kierunku wykrycia zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C. Wartość podpisanych umów na 2 lata: **799 260 zł.**
 - Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych. Wartość podpisanych umów na 4 lata: **432 254,03 zł.**
 - Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2. Wartość podpisanych umów na 3 lata: **420 210 zł.**
 - Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi. Wartość zawartej umowy na 4 lata: **495 892 zł.**
 - Program polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego. Wartość zawartych umów na 4 lata: **9 539 161 zł.**
- Podpisaliśmy właśnie umowy na realizację programu w latach 2022–2025. Na kolejne lata zaplanowano środki finansowe w wysokości **11 912 873,48 zł.**

Należy zaznaczyć, że pomimo takiej liczby działań nadal pracujemy nad nowymi programami, w tym m.in. profilaktyki raka skóry czy opieki poporodowej.

3. Inne działania z zakresu edukacji zdrowotnej realizowane przez Samorząd Województwa Mazowieckiego:

- Program w zakresie wsparcia oraz wzmocnienia efektów rehabilitacji dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi i uzależnionej od substancji psychoaktywnych. Wartość podpisanej umowy: **672 tys. zł.**

- Mazowiecki Przegląd Zdrowia Publicznego – cykliczne konferencje i spotkania, których ideą jest zwrócenie uwagi różnych środowisk na istotne problemy zdrowotne mieszkańców regionu.

Programy profilaktyki zdrowotnej będą z całą pewnością kontynuowane przez Samorząd Województwa Mazowieckiego w kolejnych latach. Jest to istotne zagadnienie w zakresie zdrowia publicznego i zasługuje na naszą najwyższą uwagę.

Agnieszka Kapała-Sokalska

o działaniach Samorządu Województwa Pomorskiego na rzecz profilaktyki zdrowotnej:

Samorząd Województwa Pomorskiego dostrzega kluczowe znaczenie podnoszenia świadomości zdrowotnej mieszkańców oraz zapewniania odpowiednich narzędzi do podtrzymania zdrowia, dlatego „Kształtowanie współodpowiedzialności mieszkańców za ich stan zdrowia” oraz „Intensyfikacja działań profilaktycznych w zakresie chorób cywilizacyjnych i innych chorób zmiennych epidemiologicznie” są jednymi z kierunków tematycznych Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego 2030.

Jednym z narzędzi realizacji Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego jest Regionalny Program Strategiczny w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej, w którym bezpieczeństwo zdrowotne powinno być rozumiane m.in. jako potencjał mieszkańców do dbania o własne zdrowie w wyniku wzrostu świadomości i kompetencji zdrowotnych, zarówno w ramach profilaktyki, jak i w procesie leczenia. Szeroko prowadzone działania przez Samorząd Województwa w obszarze edukacji zdrowotnej mają na celu zwiększenie świadomości zdrowotnej Pomorzan z różnych grup wiekowych i społecznych.

W zakresie upowszechniania społecznych kompetencji i wzmacniania zasobów dotyczących zdrowia Samorząd Województwa zrealizował w latach 2021 i 2022 następujące zadania:

1. Informacyjno-edukacyjne, m.in.:

- organizacja ósmej konferencji z cyklu „Zdrowy Pomorzanie” pt. „Profilaktyczne działania prozdrowotne szansą na rozwój pomorskiej edukacji”;

- współorganizacja konferencji „Kierunki profilaktyki onkologicznej”;
- organizacja wykładu otwartego pt. „O tym się nie mówi” wraz z debatą dotyczącą problemów zagrożonych ciąż i wad embriopatologicznych;
- organizacja konferencji z opieki nad chorymi w oparciu o portal www.bliskochorego.pl, skierowanej do opiekunów osób przewlekle chorych, nakierowanej na podnoszenie umiejętności opieki nad chorym i/lub niesamodzielnym;
- aktualizacja i dystrybucja poradnika laktacyjnego pn. „Początki karmienia piersią. Jak dobrze zacząć?” w zakresie dostosowania dla osób ze szczególnymi potrzebami oraz druk poradników i plakatów promocyjnych;
- opracowanie i dystrybucja przewodnika dla pacjenta w szpitalu;
- dystrybucja broszury informacyjnej nt. szpitalnego oddziału ratunkowego;
- dystrybucja informatora o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w województwie pomorskim;
- obecnie w realizacji jest projekt „Pysznie, zdrowo, kolorowo – warsztaty edukacyjne zdrowego odżywiania dla dzieci” – edukacja żywieniowa 5–6-latków oraz ich rodziców.

2. Edukacyjno-profilaktyczne, m.in.:

- realizacja „Warsztatów świadomości onkologicznej”, w tym indywidualne wsparcie psychoonkologiczne, dietetyczne, w zakresie

aktywności fizycznej i aktywizacji zawodowej skierowane do chorych onkologicznie i ich rodzin;

- realizacja projektu „Zdrowo i z głową – porady dietetyczne, psychologiczne i pożyźnicze dla kobiet”.

Obecnie w ramach Akademii Porodu i Zdrowia Kobiety realizowane są działania o charakterze edukacyjnym z komponentem badań profilaktycznych (badania USG piersi i węzłów chłonnych, tarczycy, ciążowe/ prenatalne, projekt „Prosta sprawa! Nie prostata!” – program profilaktyki raka prostaty o charakterze edukacyjnym z komponentem badań przesiewowych PSA, projekt „NIE daj się złamać – bezpłatne badania i edukacja w kierunku osteoporozy dla mieszkańców województwa pomorskiego” – program o charakterze edukacyjnym z komponentem badań w kierunku osteoporozy.

Szczególny nacisk w zlecaniu zadań z obszaru zdrowia publicznego położony jest na wykorzystanie potencjału organizacji pozarządowych, a także na współpracę z samorządami lokalnymi oraz korzystanie z wiedzy i doświadczeń praktyków ochrony zdrowia. Z roku na rok obserwujemy coraz większe zaangażowanie organizacji pozarządowych w działania edukacyjne i profilaktyczne w obszarze zdrowia. Z uwagi na powyższe Samorząd Województwa sukcesywnie zwiększa wsparcie finansowe dla organizacji pozarządowych. Obecnie przy wsparciu finansowym Województwa Pomorskiego organizacje pozarządowe realizują szereg zróżnicowanych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki chorób – od wykładów edukacyjnych dotyczących różnych problemów zdrowotnych połączonych z badaniami profilaktycznymi, warsztatami żywieniowymi oraz treningami uważności dla dzieci w przedszkolach po indywidualne wsparcie dla osób w trakcie leczenia onkologicznego lub po nim czy potrzebujących wsparcia psychologicznego.

Mając na uwadze ruch turystyczny w województwie, ale i migrację uchodźców, której doświadczamy w ostatnich miesiącach, Samorząd Województwa:

- zaktualizował oraz dystrybuował informator o dostępnych na terenie Trójmiasta i okolic formach świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych w języku polskim, angielskim, niemieckim, ukraińskim i rosyjskim;

- przygotował i dystrybuował materiały w języku polskim i ukraińskim: „Jak korzystać z opieki zdrowotnej w Polsce?”, „Gdzie zgłosić się po pomoc medyczną?”, „Jakie są zasady szczepień przeciwko COVID-19?”, „Leczenie i profilaktyka zakażeń HIV, HCV i kiły”, „Informator o dostępnych formach świadczeń zdrowotnych dla obywateli Ukrainy, którzy przybyli do Polski w związku z agresją militarną Rosji na teren Ukrainy”;
- w przygotowaniu jest przyspieszony kurs szkoły rodzenia w języku ukraińskim oraz szereg materiałów edukacyjnych dotyczących ciąży, porodu i połogu.

Dzięki wsparciu funduszy unijnych istnieje możliwość realizacji zorganizowanych, długofalowych działań, takich jak programy polityki zdrowotnej (profilaktyka cukrzycy typu 2 i rehabilitacja kardiologiczna) czy projekty „Lepsza przyszłość” i „Pomorskie wspiera”, dotyczących przeciwdziałania negatywnym skutkom zdrowotnym COVID-19 zarówno w obszarze zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Wszystkie wymienione działania zawierają element edukacji zdrowotnej.

Pomorskie aktywnie angażuje się również w edukację oraz wykrywanie zakażeń wirusami HIV i HCV oraz kiłą, dofinansowując punkty konsultacyjno-diagnostyczne, w których mieszkańcy mogą skorzystać z bezpłatnych i anonimowych badań, a także organizując pracę Wojewódzkiego Zespołu składającego się z przedstawicieli najważniejszych interesariuszy w województwie zajmujących się tematyką HIV/AIDS. Zespół podejmuje różne inicjatywy podnoszące świadomość społeczną w tym zakresie, w tym prelekcje, konkursy, spotkania edukacyjne czy akcje uliczne.

Edukacja zdrowotna jest również stałym elementem promocji regionu – organizowana jest cykliczna wakacyjna akcja „Pomorskie dla Zdrowia”, w ramach której na pomorskich plażach i podczas lokalnych eventów szpitale „marszałkowskie” upowszechniają wiedzę na temat profilaktyki i zdrowego stylu życia, oferując możliwość skorzystania z różnego rodzaju badań profilaktycznych.

Samorząd Województwa Pomorskiego stale współpracuje z samorządami powiatowymi i gminnymi, organizując cykliczne spotkania Pomorskiego Forum Samorządowego ds. Profilaktyki i Promocji Zdrowia (PoFoS), gdzie dzielimy się

doświadczeniami i dobrymi praktykami z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia oraz promujemy projekty partnerskie. Dla przykładu w latach 2021 i 2022 zorganizowaliśmy spotkania, których tematyka dotyczyła: projektu Regionalnego Programu Strategicznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej (na lata 2021–2030), roli samorządów terytorialnych w kreowaniu polityki w obszarze ochrony zdrowia psychicznego oraz projektu Funduszy Europejskich dla Pomorza (FEP) 2021–2027 i projektu pn. „Pomorskie wspiera”, roli samorządów we wdrażaniu reformy ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Samorząd Województwa Pomorskiego stawia przede wszystkim na partnerstwo – między jed-

nostkami samorządu terytorialnego, organizacjami pozarządowymi, uczelniami, podmiotami leczniczymi i mieszkańcami. Uważamy, że programy zdrowotne oraz zorganizowane długofalowe inicjatywy w zakresie edukacji zdrowotnej, realizowane dzięki współpracy i wymianie doświadczeń, pozwalają jeszcze efektywniej odpowiadać na potrzeby mieszkańców województwa.

Dziękuję organizatorom za podjęcie tak ważnego tematu, tak szczególnie aktualnego hasła „Profilaktyka zdrowotna i innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia” i możliwości podzielenia się z uczestnikami konferencji naszym pomorskim doświadczeniem w zakresie edukacji zdrowotnej i działań profilaktycznych.

Katarzyna Kosik-Gajewska o działaniach Samorządu Województwa Małopolskiego na rzecz profilaktyki zdrowotnej:

Zadania z zakresu ochrony i promocji zdrowia są wpisane w obowiązki samorządu szczebla wojewódzkiego zgodnie z Ustawą z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa. Pod tym pojęciem mieści się realizacja zadań różnej wagi, począwszy od dużych zadań inwestycyjnych poprzez sprawowanie funkcji nadzorczych nad podmiotami leczniczymi aż po realizację programów polityki zdrowotnej.

Realizacja programów polityki zdrowotnej w Małopolsce odbywa się zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co obliguje do ścisłego przestrzegania określonych wzorów postępowania. Integralną częścią działań podejmowanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz w ramach zadań z zakresu zdrowia publicznego realizowanych w oparciu o Ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym jest edukacja zdrowotna.

Można z przekonaniem stwierdzić, że Samorząd Województwa Małopolskiego już od wielu lat wypełnia bardzo ważną rolę w zakresie kształtowania postaw prozdrowotnych i edukacji zdrowotnej z wykorzystaniem posiadanego potencjału oraz inicjuje nowe rozwiązania.

Województwo Małopolskie aktualnie realizuje osiem różnego rodzaju programów i projektów służących między innymi budowaniu wiedzy o zdrowiu w celu zachowania i poprawy kondycji zdrowotnej organizmu w wymiarze zarówno fizycznym, jak

i psychicznym. Realizacja żadnego projektu nie byłaby w pełni wartościowa, jeżeli nie podejmowalibyśmy działań edukacyjnych celem nauczenia człowieka, jakie są czynniki ryzyka, występowanie jakich objawów powinno nas niepokoić, jak żyć zdrowo czy radzić sobie w trudnej sytuacji.

Samorząd Województwa Małopolskiego, zdając sobie sprawę z istniejących obiektywnych ograniczeń, już od początku swego istnienia inicjował działania, które obecnie stały się dobrą praktyką. W 2014 r. zapoczątkowaliśmy i kontynuujemy do dziś model wspólnego wdrażania programów szczepień ochronnych wraz z powiatami współpracującymi z gminami poprzez udzielenie wsparcia merytorycznego – licencji nieodpłatnej umożliwiającej korzystanie z programu i wsparcia finansowego – dofinansowanie do dawek szczepionki przez Województwo Małopolskie, umożliwiając tym samym rozwijanie potencjału mniejszych jednostek, a dzieciom uzyskanie korzyści zdrowotnych. Obecnie realizujemy trzy programy zdrowotne skierowane do dzieci i młodzieży w obszarach, w których zaobserwowaliśmy w ostatnim czasie szczególne nasilenie negatywnych zjawisk, tj.: epidemia nadwagi i otyłości, problemy natury zdrowia psychicznego oraz uzależnienie cyfrowe, we współpracy z lokalnymi partnerami, którymi są Małopolska Policja, Małopolskie Centrum Doskonalenia Nauczycieli, placówki oświatowe celem wykorzystania potencjału lokalnego.

Wiele naszych programów jest realizowanych we współpracy z podmiotami leczniczymi cenionymi przez mieszkańców, aby połączyć potencjał leczniczy tych podmiotów z działaniami edukacyjnymi.

Promowanie zdrowia jest zagadnieniem wielosektorowym i, odnosząc się do tego faktu, to wprowadzenie pewnych rozwiązań systemowych byłoby bardzo pomocne dla wszystkich udziałowców systemu, a nie tylko samorządów, np. producenci żywności mają obowiązek zamieszczania składu produktów spożywczych oraz wartości odżywczych, ale czy każdy konsument jest w stanie odnaleźć te ważne dla zdrowia i życia informacje na opakowaniu, czy data ważności jest w miejscu widocznym dla przeciętnego człowieka. Kampanie leków, suplementów, stodyczy lub używek są tak intensywne w mediach publicznych, że czynią niemal niewidocznymi kampanie społeczne realizowane z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia.

Edukacja zdrowotna zwyczajowo jest powiązana z obszarem ochrony zdrowia, ale należy zauważyć, że jest ona ciągłym procesem dydaktyczno-wychowawczym realizowanym na każdym etapie życia człowieka. Jej elementy znajdują się w podstawie programowej różnych przedmiotów w celu kształtowania podstaw prozdrowotnych od najmłodszych lat, dlatego bardzo istotnym jest wspieranie systemowe szkół różnego typu w ich zadaniach na rzecz edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, w tym aktywności fizycznej

i sportu oraz prawidłowego żywienia i wykorzystania wszystkich dostępnych szans na zaszczepienie dzieciom przebywającym wiele lat w środowisku nauczania zainteresowania własnym zdrowiem. Przeciętnie polski uczeń spędza w szkole 41 godzin tygodniowo, czyli nawet więcej niż wynosi standardowy czas pracy osoby dorosłej. Dzieci i młodzież kształtują swoje postawy prozdrowotne w trakcie zajęć edukacyjnych, także w rozmowach z nauczycielami i poprzez obserwację ich postaw. Nauczyciel zatem edukuje zdrowotnie, a także kształtuje wrażliwość i świadomość uczniów w wielu wymiarach.

Widzimy potrzebę na szczeblu centralnym opracowania rekomendacji dla wdrażania programów z zakresu zdrowia psychicznego przez jednostki samorządu terytorialnego. Narastającym problemem w naszym społeczeństwie jest częstotliwość występowania depresji, która przybrała już rozmiary epidemii – tutaj widzielibyśmy inicjatywę władz centralnych i opracowanie przez specjalistów w tej dziedzinie skutecznych działań do wdrożenia w wymiarze krajowym.

W centrum uwagi ustawodawcy zawsze pozostają (i tak niewątpliwie powinno być): matka i dziecko, człowiek stary, człowiek z niepełnosprawnościami, człowiek aktywny zawodowo. Do tej listy dołączmy jeszcze mężczyznę. Chcielibyśmy bowiem, ażeby nie umierał on przedwcześnie, tylko dożywał takiego wieku, jaki osiągają mężczyźni w Europie.

Marcin Krzyżanowski

o działaniach Samorządu Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej:

Samorząd Województwa Dolnośląskiego postrzega profilaktykę jako szansę na dłuższe życie Dolnoślązaków w pełni zdrowia. Dlatego stawiamy na wszelkie działania edukujące i promujące zdrowy tryb życia oraz na badania profilaktyczne.

Nowotwory są jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie (z raportu Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że na liście tych przyczyn rak zajmuje drugie miejsce). W Polsce z powodu nowotworów złośliwych umiera statystycznie 237 osób na 100 tys. populacji. Choroby te są drugą przyczyną zgonów w naszym kraju zaraz po chorobach układu krążenia. Dane statystyczne mówią, że rozpoznanie raka często następuje zbyt późno – jest on wykrywany dopiero w zaawansowanym stadium. Wynika to z faktu, że nowotwory są chorobami podstępными i często atakują,

nie dając żadnych objawów. Tymczasem szansa na wyleczenie jest największa we wczesnym stadium choroby. Dlatego wspólnie z marszałkowskim szpitalem – Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, podejmujemy szereg działań, które mają zachęcić Dolnoślązaków do badań profilaktycznych, dając im również możliwość łatwego i szybkiego dostępu do badań, takich jak testy na krew utajoną w kale oraz badanie cytologiczne w specjalnie przygotowanym mobilnym gabinecie – cytobusie.

W profilaktyce raka jelita grubego wykorzystujemy szybkie testy, dzięki którym możliwe jest oznaczenie krwi utajonej w kale, niewidocznej gołym okiem. Testy są pierwszym etapem w diagnostyce raka jelita grubego i uzupełniają w tym zakresie badania przesiewowe – kolonoskopię. Wraz

z pozytywnym wynikiem testu pacjent otrzymuje informację, gdzie może wykonać badanie kolonoskopowe, ze szczególnym uwzględnieniem ośrodków najbliższych miejscu jego zamieszkania. W ten sposób, jeśli wykryte zostaną zmiany nowotworowe, pacjent trafia na ścieżkę kompleksowej opieki onkologicznej. To już drugi rok, kiedy realizujemy działania w oparciu o testy. W zeszłym roku angażowaliśmy do współpracy głównie samorządy lokalne. Udało się nam zaprosić do współpracy 68 podmiotów, a przebadaliśmy niemal 6000 osób, z czego ok. 13 proc. wyników było dodatnich. W tym roku wychodzimy z propozycją współpracy również do państwowych instytucji oraz firm prywatnych.

Do pań – mieszanek naszego województwa, kierujemy badania cytologiczne w cytobusie, czyli specjalistycznym pojeździe, w którym mieści się gabinet położnej z fotelem ginekologicznym i niezbędnym wyposażeniem oraz kabina higieny intymnej z bidetem i bieżącą wodą, w której pacjentka może przygotować się do badania. Głównym zadaniem cytobusa jest dotarcie do mieszanek powiatów i gmin, w których dostęp do gabinetów ginekologicznych jest utrudniony ze względu na odległość, a nierzadko również z powodu ograniczeń transportowych. Naszym głównym celem jest umożliwienie jak największej liczbie kwalifikujących się do badań kobiet w wieku 25–59 lat skorzystania z profilaktycznych badań cytologicznych w ramach programu przesiewowego. Według danych z Narodowego Funduszu Zdrowia objęcie populacji przesiewem raka szyjki macicy wynosiło w 2021 r. jedynie 12,81 proc., co oznacza, że spośród 777 259 kobiet kwalifikujących się do badania, tylko 99 566 kobiet skorzystało z możliwości ich wykonania.

Badania cytologiczne i ich ocena to pierwszy etap diagnostyki. Jeśli kobieta otrzyma nieprawidłowy wynik cytologii, będzie o tym informowana telefonicznie i skierowana na dalsze badania diagnostyczne. Kolejnym etapem jest wystandaryzowana kolposkopia (diagnostyka pogłębiona weryfikująca wynik cytologii). Pogłębioną diagnostykę można wykonać w czterech współpracujących w projekcie ośrodkach na Dolnym Śląsku:

- Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu;
- Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze;
- Powiatowym Zespole Szpitali w Oleśnicy;
- Specjalistycznym Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym im. E. Biernackiego w Wałbrzychu.

Zależy nam, aby każda z pań z nieprawidłowym wynikiem była szybko zdiagnozowana i leczona w pobliżu swojego miejsca zamieszkania. Z tego względu DCOPiH w ramach programu zakupiło i przekazało do powyżej wymienionych szpitali nowoczesne kolposkopy z oprzyrządowaniem.

Informacje na temat kampanii znajdują się na stronie: www.rakchadzawspak.pl

Kolejnym naszym programem profilaktyki jest kampania „Serce kobiety”. Wspólnie z Dolnośląskim Szpitalem Specjalistycznym im. T. Marciniaka we Wrocławiu zachęcamy wszystkie panie do badań w celu wczesnego uchwycenia czynników ryzyka miażdżycy oraz wykrycia pierwszych symptomów chorób układu krążenia. W tym celu należy kontrolować ciśnienie krwi, glukozę oraz cholesterol. Te badania można wykonać na przykład w ramach programu „Profilaktyka 40 PLUS” lub mając skierowanie od lekarza rodzinnego.

Kampania adresowana jest do kobiet w wieku ok. 55 lat i starszych, które szczególnie są narażone na choroby układu krążenia. W Polsce obserwuje się stosunkowo niską świadomość kobiet, że wraz z wejściem w okres okołomenopauzalny znacząco wzrasta ryzyko zapadnięcia na choroby sercowo-naczyniowe. Kampania ma na celu edukację kobiet oraz zachęcenie do zgłaszania się do lekarzy rodzinnych celem wykonania podstawowej diagnostyki, która umożliwi identyfikację indywidualnych czynników ryzyka oraz wdrożenie konkretnych działań profilaktycznych i leczniczych. Zamierzonym efektem naszych działań jest zatem wykonanie badań w ramach programu „Profilaktyka 40 PLUS” lub wykonanie badań zleconych przez lekarza rodzinnego.

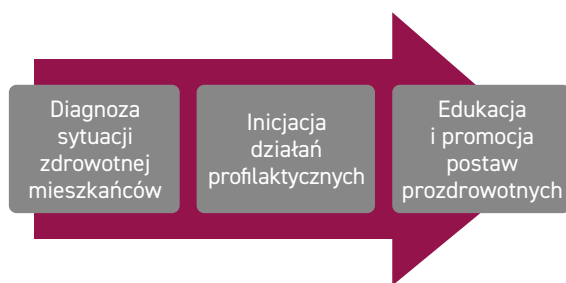
Informacje na temat kampanii znajdują się na stronie: www.szpital-marciniak.wroclaw.pl/serceko biety/

Samorząd Województwa Dolnośląskiego realizuje również kampanię informacyjno-edukacyjną w ramach profilaktyki uzależnień behawioralnych adresowaną do rodziców i nauczycieli dzieci i młodzieży z terenu województwa dolnośląskiego. W naszej kampanii nie chcemy moralizować, ale informować i pomagać. Chcemy dotrzeć z informacją o uzależnieniach związanych z nowymi technologiami do rodziców i nauczycieli. Internet daje ogromne możliwości, ale może być też niebezpieczny. Chcemy dać dorosłym wiedzę na temat symptomów e-uzależnienia, potrzebną także do tego, aby mogli oni ocenić, czy zabawa dziecka przy komputerze

nie zaczyna przeradzać się w takie uzależnienie. Odpowiadamy na pytania: jak zapobiegać e-uzależnieniom oraz gdzie szukać pomocy. Zachęcamy do udziału w kampanii – wypełnienia ankiety dotyczącej używania przez dzieci urządzeń cyfrowych, która wskaże na potencjalne problemy, oraz zapoznania się z nagraniami i artykułami specjalistów.

Zuzanna Donath-Kasiura o działaniach Samorządu Województwa Opolskiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej

W centrum uwagi Samorządu Województwa Opolskiego szeroko rozumiana profilaktyka zdrowotna od lat zajmuje szczególne miejsce, a wszelkim realizowanym działaniom i podejmowanym inicjatywom przyświeca maksyma Hipokratesa: „Lepiej zapobiegać niż leczyć”. Organizując i inicjując projekty ukierunkowane na profilaktykę, Samorząd Województwa Opolskiego działa według poniższego modelu, w którym punkt wyjścia stanowi **rzetelna diagnoza sytuacji zdrowotnej mieszkańców regionu**.



Rycina 1. Model działania Samorządu Województwa Opolskiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej

Przeprowadzona diagnoza kondycji zdrowotnej mieszkańców województwa opolskiego wykazała, że istotnymi przesłankami uargumentującymi potrzebę podejmowania przez Samorząd działań w obszarze profilaktyki zdrowotnej są m.in.:

- nadal niski, niegwarantujący prostej zastępowalności pokoleń współczynnik dzietności;
- wysoki na tle kraju współczynnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych;
- jedno z najwyższych w kraju poziomy liczb zgonów z powodu nowotworów;
- wysoki wpływ „ryzyka żywieniowego”, „wysokiego indeksu BMI” oraz „wysokiego stężenia glukozy w osoczu na czczo” na liczbę zgonów;
- niski poziom uczestnictwa w badaniach profilaktycznych.

Materiały te wskazują symptomy e-uzależnienia, mówią o zasadach bezpiecznego wprowadzania dziecka w świat urządzeń cyfrowych oraz informują, gdzie szukać wsparcia w sytuacji, gdy istnieje już problem.

Informacje na temat kampanii znajdują się na stronie: www.plus.gazetawroclawska.pl

Etap kolejny to uruchomienie działań profilaktycznych. Odpowiedź na zidentyfikowane problemy zdrowotne mieszkańców regionu stanowią konkretne programy profilaktyczne inicjowane oraz wdrażane przez Samorząd Województwa Opolskiego. Należy podkreślić, że ich organizacja i implementacja ma charakter ciągły, tzn. są kontynuowane w kolejnych perspektywach finansowych. Nie bez znaczenia jest również fakt, że programy zdrowotne realizowane przez Samorząd cieszą się dużym zainteresowaniem społecznym, co stanowi niezaprzeczalny dowód na to, że przyjęte przez Samorząd Województwa kierunki działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej są akceptowane oraz wysoce pożądane i jednoznacznie uzasadniają konieczność ich kontynuacji w przyszłości.

Spośród działań podejmowanych przez Samorząd Województwa Opolskiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej w perspektywie **RPO WO 2014–2020** w ramach **wydułużania aktywności zawodowej** warto wymienić realizację m.in. takich przedsięwzięć jak:

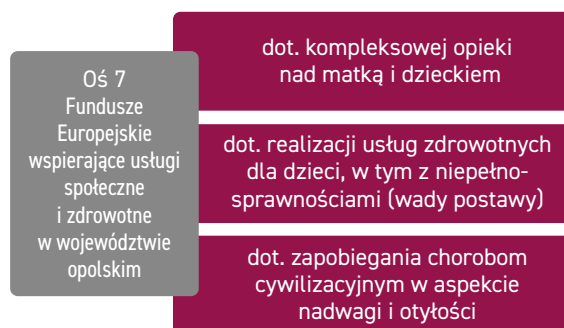
- Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy;
- Program polityki zdrowotnej w kierunku wczesnego wykrywania wirusa *human papilloma-virus* (HPV) w województwie opolskim, natomiast w ramach **dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych**:
- Program poprawy opieki nad matką i dzieckiem, w ramach Programu SSD;
- w województwie opolskim do 2020 r. „Opolskie dla Rodziny”;
- Program zapobiegający chorobom w aspekcie nadwagi, otyłości i cukrzycy wśród mieszkańców województwa;
- Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim.

W ramach ww. programów blisko 110 tys. mieszkańców województwa zostało objętych usługami zdrowotnymi.

Wybrane kierunki działań podejmowanych przez Samorząd Województwa Opolskiego w zakresie wspierających usług społecznych i zdrowotnych, w ramach nowej perspektywy finansowej „Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021–2027”, przedstawia rycina 2.

Ostatnim etapem zgodnie z przyjętym modelem działania w zakresie podejmowanych działań profilaktycznych jest edukacja i promocja postaw prozdrowotnych wśród mieszkańców regionu.

Na tym polu Samorząd Województwa także może się pochwalić ogromnym dorobkiem, o czym świadczy m.in. wysoki stopień zaangażowania zarówno w organizację, jak i uczestnictwo



Rycina 2. Programy profilaktyczne zaplanowane do realizacji przez Samorząd Województwa Opolskiego

w wydarzeniach propagujących badania profilaktyczne oraz zdrowy styl życia wśród społeczności województwa opolskiego, co jest realnym urzeczywistnieniem przyjętego przez Samorząd motto: „Inwestycja w zdrowie to inwestycja w przyszłość”.

Waldemar Bojarun

o działaniach na rzecz profilaktyki zdrowotnej w Katowicach

Miasto Katowice od wielu lat realizuje programy polityki zdrowotnej w ramach przyjętego uchwałą Rady Miasta Katowice „Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia na lata 2021–2027”. Przy okazji udzielania różnorodnych świadczeń zdrowotnych, np. szczepień p/HPV czy też badań pediatri i ortopedy dla uczniów, realizowane są również działania z zakresu edukacji zdrowotnej, takie jak: spotkania z rodzicami dzieci, zajęcia dla dzieci czy też rozpowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych. W 2021 r. realizacja programu przebiegała następująco:

- **w ramach Programu szczepień profilaktycznych przeciwko wirusom brodawczaka ludzkiego HPV** organizowane są bezpłatne szczepienia przeciwko HPV dla uczniów klas VII katowickich szkół podstawowych. Dodatkowo przeprowadzana jest akcja informacyjno-edukacyjna skierowana zarówno do uczniów, jak i ich rodziców. Łącznie podano 638 dawek szczepionki. Wydatkowano na ten cel 381 561,12 zł;
- **w ramach programu Profilaktyczna opieka nad uczniami** organizowane są badania przesiewowe dla uczniów klas III szkół podstawowych. Badania przeprowadzają lekarz pediatra, ortopeda oraz pielęgniarka. Rodzice otrzymują pisemną informację o stanie zdrowia swoich dzieci wraz z ew. uwagami. Badaniami objęto 1041 uczniów. Przeznaczono na ten cel środki finansowe w wysokości 114 510,00 zł;

- **w ramach Programu profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku** seniorzy w wieku 60–64 lata, 75–79 lat oraz powyżej 85 lat mogli skorzystać z szeregu bezpłatnych badań przesiewowych, testów sprawności pamięci i sprawności fizycznej. Mieszkańcy, u których zdiagnozowano niesprawność ruchową, otrzymali możliwość wzięcia udziału w bezpłatnych zajęciach rehabilitacyjnych. W badaniach udział wzięło 158 osób, natomiast rehabilitacją objęto 70 osób. Łącznie wydatkowano na ten cel środki finansowe w wysokości 45 900,00 zł;
- **w ramach Programu profilaktyki zachorowań na grypę „Słoneczna Jesień”** mieszkańcy w wieku 65 lat i starsi mogą skorzystać z bezpłatnych szczepień przeciwko grypie. W 2021 r. z bezpłatnych szczepień skorzystało 1340 mieszkańców. Przeznaczono na ten cel środki finansowe w wysokości 86 244,05 zł.

Łącznie na ww. zadania wydatkowano w 2021 r. 628 215,17 zł.

Widzimy więc, że rola samorządów w zakresie edukacji zdrowotnej jest bardzo duża, jednak nasze działania są tylko częściową odpowiedzią na potrzeby. Do rozważenia pozostają rozwiązania systemowe, takie jak np. wprowadzenie w szkołach podstawowych obowiązkowego przedmiotu „Wiedza o zdrowiu”, tak aby od najmłodszych lat dzieci

zdobywały praktyczne informacje na temat postaw prozdrowotnych, unikania szkodliwych nawyków itp.

Programy miasta Katowice skupiają się przede wszystkim na dzieciach oraz seniorach, ponieważ są to grupy najbardziej potrzebujące wsparcia w zakresie opieki zdrowotnej. Adresaci poszczególnych programów realizowanych przez miasto zostali wskazani przy udziale zespołu konsultacyjnego, który został powołany przez Prezydenta Miasta Katowice, a wśród jego członków są specjaliści z wybranych dziedzin medycyny oraz dyrektor Sanepidu w Katowicach.

Okres pandemii COVID-19 od wiosny 2020 r. znacząco utrudnił realizację wielu programów, które były skierowane do seniorów oraz dzieci szkolnych, a dodatkowo samorządy zmagają się ze zmniejszeniem dochodów budżetowych. Mimo to miasto Katowice co roku zwiększa środki finansowe przeznaczone na profilaktykę, jednak wynika to również z ciągłego wzrostu cen za wykonanie świadczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Renata Kaznowska

o działaniach na rzecz profilaktyki zdrowotnej w Warszawie

Z budżetu m.st. Warszawy finansowanych jest pięć programów polityki zdrowotnej oraz sześć programów promocji zdrowia, które mają na celu identyfikację i zaspokojenie określonych potrzeb zdrowotnych oraz zwiększenie świadomości prozdrowotnej wśród mieszkańców naszego miasta. Jednocześnie m.st. Warszawa ogłasza otwarte konkursy ofert na realizację zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej, dotyczące: prowadzenia edukacji i promocji zdrowia, rehabilitacji medyczno-społecznej, opieki nad pacjentami przewlekle chorymi.

Program promocji zdrowia „Zdrowy Uczeń” – 2022 r. Rok rozpoczęcia: 2005

Program kierowany jest do dzieci i młodzieży uczęszczających do szkół publicznych, dla których m.st. Warszawa jest organem prowadzącym, tj. szkół podstawowych i ponadpodstawowych, oraz przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Osobami realizującymi program są głównie pielęgniarki szkolne. Ponadto do współpracy zapraszani są na przykład lekarze, dietetycy, położne itp. Celem głównym programu jest

Naszym zdaniem, samorządowe programy polityki zdrowotnej powinny stanowić uzupełnienie działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, a więc powinny w szczególności skupiać się na świadczeniach, które są niedostępne w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych lub dostęp do nich jest znacząco utrudniony.

Miasto Katowice dokłada wszelkich starań, aby – na miarę swoich możliwości – docierać z ofertą profilaktyki i promocji zdrowia do mieszkańców. Środki finansowe przeznaczone na zdrowie są zawsze dobrą inwestycją, a utrzymanie zdrowia bezpośrednio wpływa na jakość życia.

Warto zwrócić uwagę, że działania podejmowane przez miasto Katowice są doceniane na zewnątrz, np. przez Światową Organizację Zdrowia, która włączyła Katowice do Sieci Miast i Gmin Przyjaznych Starzeniu, a z dobrych praktyk realizowanych przez Katowice korzystają inne miasta województwa śląskiego.

zapewnienie warunków do zdobywania przez uczniów wiedzy dotyczącej zachowań prozdrowotnych i poszanowania własnego zdrowia. Metodami realizacji programu „Zdrowy Uczeń” są: wykłady, pogadanki, pokazy filmów, indywidualne rozmowy, konkursy, festyny, ćwiczenia i pokazy, gry, zabawy, testy i inne.

Program, skierowany do ok. 196 tys. uczniów rocznie, 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, odpoczynek oraz aktywność fizyczna jako ważny element prawidłowego rozwoju i zdrowia,
- 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;

Tabela 1. Podsumowanie działań w ramach programu „Zdrowy Uczeń”

TEMAT	TREŚCI	METODY I ŚRODKI REALIZACJI	EFEKTY Uczeń:
<p>1. Higiena i jej wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne (uczniowie szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz wychowankowie placówek opiekuńczo-wychowawczych)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - higiena jamy ustnej jako ważny czynnik zapobiegający próchnicy - czysta skóra – zdrowie i uroda, - higiena intymna - higiena wzroku i słuchu jako ważne elementy percepcji - odpoczynek jako ważny element higieny 	<ul style="list-style-type: none"> - wykłady - pogadanki - rozmowy indywidualne - konkursy - plakaty i ulotki 	<ul style="list-style-type: none"> - umie przestrzegać zasad higieny osobistej - zna zasady związane z myciem rąk - zna zasady profilaktyki i higieny jamy ustnej - zna zasady higieny intymnej - wie, jak dbać o wzrok - zna wpływ hałasu na słuch i układ nerwowy - rozumie potrzebę uczestniczenia w spacerach i zabawach na świeżym powietrzu o każdej porze roku
<p>2. Zdrowe i racjonalne odżywianie (uczniowie szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz wychowankowie placówek opiekuńczo-wychowawczych)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - jak zdrowo i właściwie się odżywiać - racjonalne odżywianie - pierwsze i drugie śniadanie - czynniki wpływające na niewłaściwe odżywianie - skutki złego żywienia - higiena przygotowywania i spożywania posiłków i picia wody 	<ul style="list-style-type: none"> - wykłady z użyciem materiałów informacyjnych i pomocy dydaktycznych, m.in. w ramach kampanii społecznej „Wiem, co jem” - pogadanki z uczniami - zajęcia tematyczne i prezentacje - konkursy plastyczne - plakaty „Piramida zdrowego żywienia” 	<ul style="list-style-type: none"> - zna piramidę zdrowego żywienia - rozumie znaczenie spożywania posiłku przed wyjściem do szkoły oraz drugiego śniadania w szkole - rozumie wpływ właściwego odżywiania się i picia wody na zdrowie - umie krytycznie odbierać reklamy żywności niekorzystnie wpływającej na zdrowie (chipsy, słodkie batony, napoje gazowane) - potrafi wymienić produkty zdrowe i niekorzystnie wpływające na zdrowie - rozumie wpływ właściwego odżywiania na zdrowie
<p>3. Profilaktyka chorób zakaźnych (uczniowie szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz wychowankowie placówek opiekuńczo-wychowawczych)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - jak zapobiegać chorobom „brudnych rąk” - szczepienia ochronne i ich wpływ na zapobieganie chorobom - zapobieganie HBV, HCV, HIV/AIDS, SARS-CoV-2 	<ul style="list-style-type: none"> - wykłady - pogadanki - rozmowy indywidualne - konkursy - plakaty i ulotki 	<ul style="list-style-type: none"> - rozumie zależność pomiędzy brudnymi rękami a występowaniem chorób - zna wpływ szczepień ochronnych na zapobieganie chorobom - zna zasady zapobiegania chorobom zakaźnym
<p>4. Pierwsza pomoc i unikanie zagrożeń (uczniowie szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz wychowankowie placówek opiekuńczo-wychowawczych)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - udzielanie pierwszej pomocy - bezpieczne korzystanie z kąpielisk - niebezpieczeństwo zabaw z petardami 	<ul style="list-style-type: none"> - wykłady z użyciem pomocy dydaktycznych - pokazy - ćwiczenia i instruktaże 	<ul style="list-style-type: none"> - zna zasady udzielania pierwszej pomocy - zna zasady bezpiecznego zachowania się na kąpieliskach - zna niebezpieczeństwa, jakie grożą podczas zabaw petardami

<p>5. Wczesne wykrywanie chorób nowotworowych</p> <p>„Piersi – uroda i zdrowie” (dziewczęta 7 i 8 klas szkół podstawowych oraz szkół ponadpodstawowych)</p> <p>„Zdrowe jądra” (chłopcy 7 i 8 klas szkół podstawowych oraz szkół ponadpodstawowych)</p>	<p>– nauka samobadania piersi</p> <p>– nauka samobadania jąder</p>	<p>– nauka samobadania piersi</p> <p>– nauka samobadania jąder</p>	<p>– potrafi prawidłowo badać piersi</p> <p>– zna znaczenie wczesnego wykrywania chorób</p> <p>– potrafi prawidłowo badać jądra</p> <p>– zna znaczenie wczesnego wykrywania chorób</p>
<p>6. Profilaktyka chorób układu krążenia (uczniowie szkół ponadpodstawowych)</p>	<p>– prawidłowe ciśnienie tętnicze</p> <p>– jak zapobiegać chorobom układu krążenia</p>	<p>– wykłady</p> <p>– pogadanki</p> <p>– rozmowy indywidualne</p>	<p>– zna zależność między aktywnym spędzaniem czasu a stanem zdrowia</p> <p>– wie o znaczeniu prawidłowego ciśnienia tętniczego dla zdrowia</p> <p>– rozumie zależność między zdrowym stylem życia a zapobieganiem chorobom układu krążenia</p> <p>– zna wpływ palenia papierosów na układ krążenia</p>
<p>7. Choroby metaboliczne – cukrzyca (uczniowie szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz wychowankowie placówek opiekuńczo-wychowawczych)</p>	<p>– charakterystyka cukrzycy typu 1 oraz typu 2</p> <p>– niepokojące objawy mogące świadczyć o cukrzycy</p> <p>– czynniki ryzyka wystąpienia cukrzycy u dzieci i młodzieży</p> <p>– wpływ aktywności fizycznej na regulację stężenia glukozy we krwi</p> <p>– wpływ prawidłowej diety na regulację stężenia glukozy we krwi</p>	<p>– wykłady</p> <p>– pogadanki</p> <p>– rozmowy indywidualne</p> <p>– konkursy</p> <p>– plakaty i ulotki</p>	<p>– posiada wiedzę na temat cukrzycy</p> <p>– potrafi wymienić niepokojące objawy mogące świadczyć o cukrzycy</p> <p>– rozumie zależność między zdrowym stylem życia a zapobieganiem lub opóźnieniem początku cukrzycy</p> <p>– zna zależność między aktywnym spędzaniem czasu a stanem zdrowia,</p> <p>– rozumie wpływ właściwego odżywiania się na stężenie glukozy we krwi</p> <p>– potrafi wymienić produkty, które pozwalają osiągnąć i utrzymać prawidłowe stężenie glukozy we krwi</p>

- pierwsza pomoc i unikanie zagrożeń – bezpieczne korzystanie z kąpielisk, niebezpieczeństwo zabaw petardami;
- wczesne wykrywanie chorób nowotworowych. „Piersi – uroda i zdrowie” – nauka samobadania piersi, „Zdrowe jądra” – nauka samobadania jąder;
- profilaktyka chorób układu krążenia;
- choroby metaboliczne – charakterystyka cukrzycy typu 1 oraz typu 2, niepokojące objawy mogące świadczyć o cukrzycy, czynniki ryzyka wystąpienia cukrzycy u dzieci i młodzieży, wpływ aktywności fizycznej i prawidłowej diety na regulację stężenia glukozy we krwi.

Program promocji zdrowia pn. „Edukacja zdrowotna młodzieży szkolnej w wieku pomiędzy 18. a 19. rokiem życia w zakresie nadciśnienia tętniczego” – 2022 r. Rok rozpoczęcia: 2008

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. Metodami realizacji programu są: wykłady, pokazy, ćwiczenia, instruktaże itp.

Program jest skierowany do ok. 18 000 uczniów rocznie.

Program skupia się na następujących zakresach tematycznych:

1. Edukacja w zakresie prawidłowych zachowań zdrowotnych oraz czynników ryzyka chorób układu krążenia.
2. Nauka zasad i ćwiczenie prawidłowej techniki pomiaru ciśnienia krwi (dwa spotkania po cztery pomiary, tj. dwa instruktażowe plus dwa samodzielne):
 - zapoznanie z zasadami i prawidłową techniką pomiaru ciśnienia krwi;
 - wykonanie instruktażowego pomiaru ciśnienia krwi każdemu uczestnikowi: dwa razy po dwa pomiary ciśnienia, mierzone na obu rękach w odstępie co najmniej dwóch tygodni;
 - samodzielne wykonanie pomiarów przez uczestników: dwa razy po dwa pomiary ciśnienia, mierzone na obu rękach w odstępie co najmniej dwóch tygodni;
 - ocena średnich wartości ciśnienia;
 - poinformowanie osób ze średnią wartością powyżej 140/90 mmHg o konieczności zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia.
3. Nauka prawidłowego wyliczenia BMI:
 - zapoznanie z prawidłową techniką wyliczenia BMI;
 - wykonanie instruktażowego wyliczenia BMI;
 - pomiar masy ciała, wzrostu i obwodu brzucha uczestników;

- u osób z nadwagą i otyłością przeprowadzenie specjalistycznej edukacji w zakresie oddziaływania aktywności ruchowej i prawidłowej diety na poprawę stanu zdrowia.

Program promocji zdrowia pn. „Aktywny Senior” – 2022 r. Rok rozpoczęcia: 2018

Program jest skierowany do osób powyżej 60. roku życia zamieszkałych na terenie m.st. Warszawy, które zgłoszą się do programu, podpiszą zgodę na uczestnictwo oraz oświadczenie o braku przeciwwskazań do wykonywania ćwiczeń. „Aktywny Senior” ma na celu zachowanie i poprawę ogólnej sprawności oraz jakości życia seniorów.

Program jest skierowany do ok. 3000 osób rocznie.

W ramach programu seniorzy uczestniczą w cyklu kilkunastu grupowych spotkań prowadzonych dwa 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. Kolejne spotkania są przeznaczone na ćwiczenia ogólnousprawniające z wykorzystaniem drobnego sprzętu o sprawdzonych parametrach, np. materacy, mat gimnastycznych, piłek, krzesel wykorzystywanych do ćwiczeń, lasek gimnastycznych, taśm gumowych itp. W ramach programu odbywają się również zajęcia nordic walking oraz zajęcia na basenie.

Tematyka zajęć edukacyjnych w stosunku do osób starszych i ich opiekunów dotyczyć powinna w szczególności:

- diety (ryzyko otyłości bądź niedożywienia, predyspozycje do rozwoju chorób – nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienności serca, udar mózgu), zasad prawidłowego odżywiania, metod zmiany niekorzystnych nawyków żywieniowych;
- aktywności fizycznej – zasad i form zalecanej aktywności zależnej od wydolności funkcjonalnej i stanu zdrowia, korzyści płynących ze zwiększenia aktywności fizycznej;
- stresu – uświadomienia problemu wysokiego poziomu stresu u osób starszych, metod radzenia sobie z sytuacją trudną, relaksacji – w stosunku do osób starszych i opiekunów;
- nałogów – uświadomienia na konsekwencje zachowań antyzdrowotnych (stosowanie używek), zachęcania do ograniczenia lub rezygnacji

- z palenia papierosów, zerwania z nałogiem alkoholowym, wspierania psychicznego osób podejmujących próby, motywowania;
- wypadków i urazów – profilaktyki upadków, organizacji bezpiecznego środowiska zamieszkania;
- w przypadku chorób – edukacji dotyczącej schorzeń, zachowań zdrowotnych sprzyjających podwyższeniu efektywności terapii, wtórnej prewencji niesprawności;
- w przypadku osób niesprawnych – w zakresie schorzeń i działań opiekuńczych, wdrażania programów rehabilitacji, terapii zajęciowej.

Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu wśród uczniów klas I oraz VIII szkół podstawowych na terenie m.st. Warszawy – edycja 2020–2022 r. Rok rozpoczęcia: 2007

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. Program jest skierowany do ok. 25 tys. uczniów rocznie.

Każdy rodzic/ opiekun prawny otrzymuje materiały edukacyjno-informacyjne zawierające informacje dotyczące podstawowych objawów zaburzeń słuchu, orientacyjnych metod sprawdzenia słuchu dziecka w warunkach domowych, a także skutków nieleczonych zaburzeń słuchu. Materiały dla rodziców powinny zawierać podstawowe informacje dotyczące budowy ucha i jego fizjologii, objawów zaburzeń słuchu u dzieci oraz zaleceń profilaktycznych w odniesieniu do zaburzeń słuchu. Przed rozpoczęciem i po zakończeniu działań edukacyjno-informacyjnych każdy rodzic/ opiekun prawny zostanie poproszony o wypełnienie testu wiedzy na temat zaburzeń słuchu.

W ramach działań edukacyjno-informacyjnych dla uczniów klas I i VIII szkoły podstawowej planuje się jedno spotkanie trwające ok. 45 min. Adekwatnie do wieku badanej populacji zajęcia będą mieć formę zabawy edukacyjnej dla uczniów klasy I oraz prelekcji dla uczniów klasy VIII. W trakcie zajęć edukacyjnych należy zapoznać dzieci

z następującymi tematami: higiena słuchu i zasady profilaktyki audiologicznej (m.in. zwrócenie uwagi na unikanie ekspozycji na głośne dźwięki przy korzystaniu ze słuchawek, multimediiów, w trakcie uczestniczenia w koncertach i głośnych imprezach publicznych), higiena narządu słuchu (np. unikanie patyczków do czyszczenia uszu), wrażliwość ucha na hałas (łatwość utraty słuchu np. poprzez krzyczenie, długie, głośne słuchanie muzyki przez słuchawki). Ponadto uczniowie klas I i VIII zakwalifikowani do udziału w programie otrzymają materiały edukacyjno-informacyjne adekwatne do ich wieku. Materiały powinny ułatwić dzieciom utrwalenie tematyki zaprezentowanej na zajęciach. Przed rozpoczęciem i po zakończeniu działań edukacyjno-informacyjnych dla uczniów klas I i VIII zostanie przeprowadzony test wiedzy adekwatny do wieku dotyczący prawidłowej dbałości o słuch.

Dodatkowo przygotowane zostaną materiały edukacyjno-informacyjne dla nauczycieli. Powinny one zawierać: podstawowe informacje dotyczące budowy ucha oraz jego fizjologii, objawów zaburzeń słuchu u dzieci, zaleceń profilaktycznych w odniesieniu do zaburzeń słuchu oraz higieny pracy w szkole. Przed rozpoczęciem i po zakończeniu działań edukacyjno-informacyjnych nauczyciele zostaną poproszeni o wypełnienie testu wiedzy na temat zaburzeń słuchu.

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 – 2022 r. Rok rozpoczęcia: 2005

Program jest skierowany do ok. 640 osób rocznie. W ramach działań edukacyjno-informacyjnych dla osób bezdomnych prowadzona będzie bezpośrednia oraz pośrednia edukacja. Edukacja bezpośrednia realizowana będzie poprzez pogadankę oraz rozmowy indywidualne z personelem medycznym. Edukacja pośrednia będzie oparta na ulotkach informacyjnych oraz plakatach umieszczonych w placówkach. Ponadto przed rozpoczęciem oraz po zakończeniu działań edukacyjno-informacyjnych personel medyczny zada uczestnikom kilka pytań dotyczących wiedzy na temat grypy, szczepień oraz

powikłań poszczepiennych w celu sprawdzenia poziomu wiedzy.

W ramach działań edukacyjno-informacyjnych osoby biorące udział w programie zostaną zapoznane z następującą tematyką:

- definicja grypy, jak rozpoznawać grypę, jak można zapobiegać wystąpieniu grypy, w tym działania codziennej profilaktyki;
- co to są odczyny poszczepienne, gdzie i do kogo powinny być zgłaszane;
- jakie są korzyści z zaszczepienia przeciwko grypie;
- informacje na temat niebezpieczeństw, jakie niosą ze sobą infekcje wywołane wirusem grypy i ich powikłaniami;
- popularyzacja prawidłowych postaw i zachowań przyczyniających się do ograniczenia częstości zachorowań, tj. zasad higieny (częste mycie/dezynfekcja rąk), unikanie miejsc publicznych oraz kontaktu z osobami chorymi.

Program polityki zdrowotnej z zakresu szczepień przeciwko grypie sezonowej jako profilaktyka zachorowań w populacji osób w wieku 65 lat i więcej pn. „Grypa 65+” – 2020–2023 r. Rok rozpoczęcia: 2004

Program jest skierowany do ok. 51 333 osób rocznie. M.st. Warszawa na stronie internetowej urzędu oraz w mediach społecznościowych zamieści materiały edukacyjne do wykorzystania w programie. Jednocześnie przygotowuje również komunikat dla personelu medycznego edukujący w zakresie zasad i korzyści szczepienia się przeciwko grypie osób powyżej 65. roku życia. Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej będzie prowadzona bezpośrednia i pośrednia edukacja pacjenta. Edukacja bezpośrednia realizowana może być poprzez rozmowę z lekarzem i pielęgniarką, a także z odpowiednio przeszkolonym pozostałym personelem, np. rejestratorkami medycznymi. Edukacja pośrednia będzie oparta na ulotkach i plakatach informacyjnych.

W ramach edukacji poruszane powinny być tematy:

- definicja grypy, jak rozpoznawać grypę, jak można zapobiegać wystąpieniu grypy, w tym działania codziennej profilaktyki;
- co to są odczyny poszczepienne, gdzie i do kogo powinny być zgłaszane;
- jakie są korzyści z zaszczepienia przeciwko grypie;
- informacje na temat niebezpieczeństw, jakie niosą ze sobą infekcje wywołane wirusem grypy i ich powikłaniami;

- popularyzacja prawidłowych postaw i zachowań przyczyniających się do ograniczenia częstości zachorowań, tj. zasad higieny (częste mycie/dezynfekcja rąk), unikanie miejsc publicznych oraz kontaktu z osobami chorymi.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zachorowań na grypę dla dzieci w wieku od 6. do 60. miesiąca życia – 2022–2025 r. Rok rozpoczęcia: 2019

Program na temat szczepień przeciwko grypie dla dzieci. W przypadku dzieci szczepionych przeciwko grypie po raz pierwszy w życiu należy podać dwie dawki szczepionki. W ramach programu finansowane są obie. Program jest skierowany do ok. 3421 dzieci rocznie.

Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej będzie prowadzona bezpośrednia i pośrednia edukacja rodziców/ opiekunów dzieci. Edukacja bezpośrednia realizowana będzie przez rozmowę z lekarzem i pielęgniarką, a także z odpowiednio przeszkolonym pozostałym personelem, np. rejestratorkami medycznymi. Edukacja pośrednia będzie oparta o ulotki informacyjne, plakaty, informacje zamieszczone na stronach internetowych Urzędu m.st. Warszawy oraz w mediach społecznościowych.

W ramach edukacji poruszane powinny być tematy:

- definicja grypy, jak rozpoznawać grypę, jak można zapobiegać wystąpieniu grypy, w tym działania codziennej profilaktyki,
- co to są odczyny poszczepienne, gdzie i do kogo powinny być zgłaszane,
- jakie są korzyści z zaszczepienia przeciwko grypie,
- jakie są korzyści dla dziecka z zaszczepienia przeciwko grypie,
- informacje na temat niebezpieczeństw, jakie niosą ze sobą infekcje wywołane wirusem grypy i ich powikłaniami,
- popularyzacja prawidłowych postaw i zachowań przyczyniających się do ograniczenia częstości zachorowań, tj. zasad higieny (częste mycie/dezynfekcja rąk), unikanie miejsc publicznych oraz kontaktu z osobami chorymi.

Istotnym elementem programu jest dotarcie do populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji (min. 8 proc.). Aby osiągnąć taki poziom, niezbędne jest przeprowadzenie kampanii medialno-informacyjnej

skierowanej do mieszkańców m.st. Warszawy, realizowanej zarówno z poziomu m.st. Warszawy, jak i podmiotów leczniczych realizujących program.

Program edukacji przedporodowej „Szkoła rodzenia” na lata 2019–2022.

Rok rozpoczęcia: 2005

Program składa się z zajęć teoretycznych i praktycznych oraz ćwiczeń ogólnousprawniających. Zdecydowana większość par korzysta z niego w szpitalach posiadających oddziały położnicze. Cykl zajęć obejmuje 10 spotkań po 90 minut. Program skierowany jest do ciężarnych mieszkanek m.st. Warszawy. Przewidywana populacja objęta programem to ok. 10 500 kobiet rocznie.

Zadania szkoły rodzenia są następujące:

- profilaktyka zdrowia kobiety i dziecka w okresie ciąży;
- pedagogizacja – teoretyczne przygotowanie do porodu oraz zapobieganie uciążliwościom i stanom patologicznym ciąży;
- właściwe przygotowanie przyszłych rodziców do ich funkcji;
- propagowanie zasad higieny ciąży, porodu i połogu;
- utrzymanie psychofizycznej równowagi w organizmie kobiety.

Edukacja przedporodowa zakłada realizację następujących tematów:

- zasady prawidłowego odżywiania;
- ocena ruchów płodu;
- bezpieczeństwo matki i dziecka w samochodzie;
- wysiłek fizyczny i praca zawodowa kobiety w ciąży;
- objawy powikłań ciąży (nadciśnienie tętnicze, ocena poziomu glukozy, obrzęki, przebarwienia skóry, żylaki odbytu etc.);
- przygotowanie do porodu;
- początek porodu i jego przebieg;
- rola osoby bliskiej, towarzyszącej w prawidłowym i powikłanym porodzie;
- łagodzenie bólu porodowego – techniki relaksacji;
- korzyści i ryzyko analgezji (rodzaje i techniki znieczulenia bólu porodowego);
- znaczenie kontaktu z dzieckiem bezpośrednio po porodzie;
- znaczenie karmienia piersią i fizjologia laktacji;
- rozwiązywanie problemów laktacyjnych;

- wspomaganie laktacji;
- opieka i pielęgnacja noworodka;
- psychiczne i fizyczne zagadnienia okresu połogu;
- higiena i dieta w okresie połogu;
- metody regulacji płodności;
- zasady pomocy finansowej państwa i uzyskiwanie wsparcia ośrodków pomocy społecznej;
- procedury rejestracji urodzin;
- prawa kobiety w ciąży, kobiety karmiącej i prawa matki.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego pn. „HPV 12” – edycja 2022–2024.

Rok rozpoczęcia: 2019

Program skierowany do dziewczynki i chłopców w wieku 12 lat (po ukończeniu 12. roku życia, a przed ukończeniem 13. roku życia – jeden rocznik). Wiek dziecka dotyczy podania pierwszej dawki szczepionki – druga dawka może zostać podana po ukończeniu 13. roku życia. Schemat szczepienia składa się z dwóch dawek szczepionki podawanych w odstępie sześciu miesięcy – w ramach programu finansowane są obie. Zakupu szczepionek dokonują realizatorzy. Przed wykonaniem szczepienia niezbędna jest konsultacja lekarska (wywiad i badanie lekarskie) w celu wykluczenia przeciwwskazań. Badanie lekarskie nie jest wykonywane w ramach programu oraz nie jest finansowane z budżetu m.st. Warszawy – wykonuje je m.in. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny).

Celem głównym programu jest zwiększenie odporności osobniczej na zakażenia wirusem HPV w populacji docelowej co najmniej 40 proc. dziewczynki i chłopców w wieku 12 lat (po ukończeniu 12. roku życia, a przed ukończeniem 13. roku życia – jeden rocznik) w latach 2022–2024 w Warszawie. Na podstawie danych szacunkowych populacja ta liczy około 15 200 osób.

Cele szczegółowe to:

1. Zwiększenie liczby szczepionych dziewczynki i chłopców w wieku 12 lat, zamieszkałych na terenie Warszawy, w latach 2022–2024 powyżej 40 proc. populacji.
2. Wzrost akceptowalności szczepień przez rodziców dla populacji docelowej co najmniej 40 proc. dziewczynki i chłopców w wieku 12 lat, zamieszkałych na terenie m.st. Warszawy, w latach 2022–2024.

3. Spadek lub utrzymanie wskaźników zachorowalności na choroby, których głównym czynnikiem jest HPV (m.in.: rak szyjki macicy, sromu, pochwy i odbytu).

Założeniem programu jest dotarcie do wszystkich osób z populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji. W celu jego realizacji zostanie przeprowadzona kampania informacyjno-edukacyjna skierowana do mieszkańców z populacji docelowej, zachęcająca do aktywnego udziału w akcji szczepień. W ramach kampanii przekazywane będą również informacje dotyczące niebezpieczeństw związanych z zakażeniami HPV, roli szczepień ochronnych oraz badań profilaktycznych – wiedza ta będzie przekazywana z wykorzystaniem opracowanych na potrzeby programu materiałów edukacyjnych. Mieszkańcy miasta będą informowani o programie m.in. za pośrednictwem strony internetowej Urzędu m.st. Warszawy, mediów społecznościowych, ulotek i plakatów oraz prasy. Materiały edukacyjne zostaną każdorazowo przekazane rodzicom szczepionych dzieci przez podmioty lecznicze realizujące program, w momencie kwalifikacji lub wykonywania szczepienia. Materiały będą też dystrybuowane przez pielęgniarki szkolne.

Programu polityki zdrowotnej w zakresie wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019–2022

Czas realizacji: I edycja 2017–2019, II edycja 2019–2022, III edycja 2022–2025.

Z uwagi na zakończenie rządowego programu „Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013–2016” niezbędne stało się systemowe rozwiązanie rosnącego problemu, jakim jest sytuacja demograficzna wśród mieszkańców Warszawy. Niskie współczynniki reprodukcji oraz koszty leczenia prywatnego uniemożliwiający dostęp do skutecznej terapii niepłodności dla wielu dotkniętych tym problemem pacjentów spowodowały, że samorząd uznał za uzasadnione podjęcie działań mających na celu wyrównanie dostępu dla wszystkich potrzebujących mieszkańców Warszawy do usług medycznych w zakresie leczenia niepłodności i wsparcie niepłodnych par dofinansowaniem do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego.

Samorząd uznał za wysoce istotną rolę zarówno korzyści klinicznych stosowania technik rozrodu wspomaganego medycznie, jak również konsekwencji

ekonomiczno-społecznych finansowania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych ze środków w obliczu obserwowanych oraz prognozowanych krytycznych zmian demograficznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa oraz coraz większą liczbą par borykających się z problemem niepłodności. Składową programu jest przeprowadzenie akcji edukacyjnej w Warszawie celem dostarczenia odpowiedzi na kluczowe pytania dotyczące problemów związanych z niepłodnością. Realizatorzy programu, wyłonieni w ramach konkursu ofert, przeprowadzają wykłady dla młodzieży od lat 18 uczęszczającej do szkół prowadzonych przez m.st. Warszawę.

Program przewiduje dofinansowanie do ok. 1800 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie. Jedna para może skorzystać z maksymalnie 3 prób zapłodnienia pozaustrojowego.

Program przewiduje maksymalne dofinansowanie w wysokości 6000 zł w przypadku procedur zapłodnienia pozaustrojowego oraz 3600 zł w przypadku procedury kriokonserwacji komórek jajowych.

Program składa się z trzech elementów:

- dofinansowania procedur zapłodnienia pozaustrojowego;
- dofinansowania procedury ochrony płodności dla kobiet przed leczeniem nowotworów;
- wykładów dla uczniów liceów i techników dotyczących zapobiegania i leczenia niepłodności.

Główne warunki uczestnictwa w programie:

1. W dniu kwalifikacji do programu kobieta powinna mieć:
 - ukończone 25 lat i nie więcej niż 40 lat (w przypadku procedury zapłodnienia pozaustrojowego);
 - ukończone 18 lat i nie więcej niż 40 lat (w przypadku procedury kriokonserwacji komórek jajowych).
2. Para pozostaje w związku małżeńskim lub partnerskim.
3. Para poddała się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem lub posiada bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego.
4. Para zamieszkuje na terenie Warszawy od co najmniej dwóch lat.

W ramach II edycji program realizowany jest w ośmiu specjalistycznych ośrodkach, które zostały wyłonione w ramach konkursu ofert. W okresie od

lutego 2020 r. do końca sierpnia 2022 r. z programu skorzystało 5088 par. Potwierdzono 1512 ciężkich klinicznych. Urodziło się 1012 dzieci.

Wysokość środków finansowych zabezpieczonych na realizację programu:

Wysokość umów zawartych na rok 2022 wynosi obecnie **11 394 876,00 zł**. Na kolejną **3-letnią** edycję programu m.st. Warszawa zabezpieczyło w budżecie kwotę w wysokości **35 100 000,00 zł** (11 700 000,00 zł rocznie).

Współpraca m.st. Warszawy z NGO

M.st. Warszawa ogłasza otwarte konkursy ofert na realizację zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, dotyczące:

- prowadzenia edukacji i promocji zdrowia (na lata 2020–2022);
- rehabilitacji medyczno-społecznej (na lata 2020–2022);
- opieki nad pacjentami przewlekle chorymi (na lata 2020–2022).

Obecnie trwają prace nad kontynuacją poniższych konkursów na lata 2023–2025.

I Prowadzenie edukacji i promocji zdrowia

Celem konkursu jest zwiększenie świadomości zdrowotnej i potencjału zdrowotnego mieszkańców Warszawy. Środki przeznaczone na realizację zadania: 849 tys. zł (2020 r. – 283 tys. zł; 2021 r. – 283 tys. zł; 2022 r. – 283 tys. zł).

Tabela 2. Zadania publiczne w zakresie edukacji i promocji zdrowia realizowane przez organizacje pozarządowe we współpracy z m.st. Warszawą

REALIZATORZY	TYTUŁ ZADANIA PUBLICZNEGO + OPIS
Towarzystwo Warszawskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku imienia Fryderyka Chopina	PROFILAKTYKA ZDROWIA – DŁUŻSZE ŻYCIE SENIORA Profilaktyka chorób krążenia obejmuje cykl wykładów specjalistycznych i warsztatów tematycznych, na których omawiane są zagadnienia dotyczące chorób krążenia (np. choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze), metody zapobiegania tym chorobom, leczenia zachowawczego i profilaktyki. Seniorzy dowiadują się, jak profilaktyka, czyli regularne dbanie o swoje zdrowie uchroni ich przed chorobą, a posiadana wiedza umożliwi im podjęcie właściwego działania w momencie zagrożenia życia (udar, zawał). Warsztaty zapewniają seniorom praktyczny sposób poznania i nauczenie się podstawowych zasad uniknięcia zachorowania.
Fundacja Unicorn	STOŁECZNE CENTRUM PSYCHOONKOLOGII Projekt adresowany jest do osób dotkniętych chorobą nowotworową oraz ich bliskich – osób wspierających. Jego priorytetem jest profilaktyka w zakresie problemów zdrowia psychicznego, towarzyszenie w chorobie i wszechstronne wsparcie psychoonkologiczne poprzez prowadzenie i rozwój punktu interwencyjno-pomocowego. Wsparcie psychologiczne pacjentów stanowi ważne uzupełnienie leczenia medycznego oraz ogromną podporę dla bliskich towarzyszących chorym. Prowadzenie punktu interwencyjno-pomocowego (udzielającego konsultacji psychologicznych – poradnictwo specjalistyczne, organizującego warsztaty, treningi psychologiczne i wykłady psychoedukacyjne oraz zajęcia dodatkowe).
Stowarzyszenie na rzecz rozwoju i integracji środowisk szkolnych „BLIŻEJ DZIECKA”	TRENING PEWNOŚCI SIEBIE – Program wsparcia zdrowia psychicznego dla dzieci-ofiar przemocy rówieśniczej Program skierowany jest do dzieci, które doświadczają przemocy rówieśniczej w sposób długofalowy i częsty – nawet kilka razy w tygodniu. Głównym celem projektu jest wzmocnienie zdrowia psychicznego dzieci-ofiar przemocy rówieśniczej, w tym: <ul style="list-style-type: none"> • dostarczenie pomocy psychologicznej i wsparcia • nauka radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych • rozwijanie asertywnych postaw w radzeniu sobie z przemocą • zwiększenie umiejętności społecznych w kontaktach z rówieśnikami • zwiększenie poczucia własnej wartości • rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem

Fundacja ART	<p>UWAGA ULICA – II edycja warsztatów pierwszej pomocy przedmedycznej dla młodzieży szkół ponadpodstawowych</p> <p>Program adresowany do młodzieży szkół ponadpodstawowych w Warszawie. Jego zadaniem jest wspieranie edukacji i promocji zdrowia w zakresie zapobiegania wypadkom i urazom, w szczególności z uwzględnieniem udzielania pomocy przedmedycznej. Celem programu jest przeprowadzenie szkoleń poszerzających wiedzę i umiejętności młodzieży w zakresie zarówno pierwszej pomocy przedmedycznej, jak i zagrożeń związanych z wypadkami: w domu, szkole, na ulicy, w klubie itp., oraz szerokiej promocji zdrowego stylu życia i zwiększenia świadomości, czym jest zachowanie prozdrowotne.</p>
--------------	--

II Rehabilitacja medyczno-społeczna

Celem konkursu jest poprawa jakości życia i funkcjonowania osób z problemami zdrowotnymi, w szczególności dzieci, młodzieży i dorosłych mieszkańców Warszawy, w tym:

- zwiększenie dostępności dla osób chorych i z niepełnosprawnościami do różnych form/działań rehabilitacji (po zakończeniu wczesnej rehabilitacji medycznej);

- wzmocnienie kompetencji społecznych i psychologicznych uczestników zadania;
- zwiększenie dostępności sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego.

Środki przeznaczone na realizację zadania: 1 230 tys. zł (2020 r. – 410 tys. zł; 2021 r. – 410 tys. zł; 2022 r. – 410 tys. zł).

Tabela 3. Zadania publiczne w zakresie rehabilitacji medyczno-społecznej realizowane przez organizacje pozarządowe we współpracy z m.st. Warszawa

REALIZATORZY	TYTUŁ ZADANIA PUBLICZNEGO + OPIS
Fundacja Pomocy Młodzieży i Dzieciom Niepełnosprawnym „Hej, Koniku!”	<p>KONNO KU SAMODZIELNOŚCI</p> <p>Osią zadania jest objęcie grupy osób z różnymi schorzeniami, mieszkających w Warszawie, działaniami rehabilitacyjnymi, uzupełniającymi wobec wczesnej rehabilitacji medycznej, mającymi na celu utrzymanie i dalsze podnoszenie osiągniętego poziomu sprawności, poprawę jakości życia oraz aktywizację psychospołeczną. Dla osiągnięcia tego celu został wypracowany przez lata działalności model usprawniania oparty na hipoterapii.</p>
Fundacja Przystań	<p>Akademia Walki z Rakiem – wsparcie i rehabilitacja osób chorych na nowotwory</p> <p>Udzielenie odbiorcom zadania odpowiedniego wsparcia, nauczenie umiejętności lepszego radzenia sobie i mobilizacja do czynnego udziału w zdrowieniu. Celem jest przeciwdziałanie długofalowym skutkom doświadczenia choroby i poprawa jakości życia osób nią doświadczonych. Różnorodne działania, zarówno indywidualne, jak i grupowe tak, aby odpowiadały indywidualnemu zapotrzebowaniu każdego uczestnika.</p>
Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski	<p>Rehabilitacja społeczna i ruchowa osób chorych na SM</p> <p>Poprawa jakości życia i funkcjonowania osób chorych na stwardnienie rozsiane (mieszkańców Warszawy) poprzez zwiększenie dla nich dostępności różnych form rehabilitacji, a także sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego, jak również wsparcie w zakresie umiejętnego konstruowania budżetu domowego i korzystania z dostępnych środków finansowych. Program obejmuje szereg zajęć usprawniających ruchowo osoby chore na SM (zajęcia grupowej rehabilitacji ruchowej, masaż usprawniający, joga, tai chi), a także zapewni wsparcie specjalisty ds. sprzętu rehabilitacyjnego, obsługującego m.in. wypożyczalnię sprzętu będącego na stanie stowarzyszenia, oraz specjalisty ds. treningu ekonomicznego.</p>

Stowarzyszenie Rodziców i Nauczycieli „Aktywna Szkoła”	Karuzela Rozwoju Dziecka Skierowany do uczniów warszawskich szkół podstawowych, którzy posiadają wskazania do postępowania terapeutycznego. Zakres potrzeb beneficjentów opisany jest zwyczajowo w orzeczeniach o potrzebie kształcenia specjalnego lub specjalistycznych diagnozach z poradni psychologiczno-pedagogicznych lub gabinetów terapii dziecięcej. Działania w ramach zadania obejmują pięć form pomocy dzieciom: terapię pedagogiczną, terapię logopedyczną, wspomaganie wielozmysłowe metodą integracji sensorycznej, trening słuchowy metodą Tomatisa oraz kontrolowanie przebiegu fal mózgowych metodą EEG Biofeedback.
Stowarzyszenie „Amazonki” Warszawa – Centrum	Rehabilitacja kobiet leczonych z powodu nowotworów złośliwych gruczołu piersiowego Zadanie adresowane do kobiet z terenu całej Warszawy, które były leczone z powodu nowotworów złośliwych gruczołu piersiowego i które pomimo częściowej niesprawności ręki po stronie operowanej dążą do utrzymania swego organizmu w jak najlepszej kondycji fizycznej. Kobiety po operacji piersi z powodu raka objęte systematycznymi ćwiczeniami ruchowymi uzyskują znaczną korekcję postawy ciała. Kinezyterapia i joga dają możliwość utrzymywania dobrostanu fizycznego w sposób ciągły. Zestawy ćwiczeń, które wzmacniają i rozciągają ciało oraz sprawiają, że staje się ono elastyczne i bardziej wytrzymałe, poprawiają również wydolność oddechową. Niezwykle duże znaczenie ma także kojący wpływ jogi na psychikę, co także bezpośrednio przekłada się na sprawność fizyczną. Joga uczy i przyzwyczaja człowieka do głębokiego relaksu. W rehabilitacji fizycznej wykorzystywany jest również masaż niwelujący zespół bólowy oraz obrzęk limfatyczny kończyny górnej.
Warszawskie Stowarzyszenie Amazonek	Sprawniejsza Amazonka Program skierowany do osób po operacjach raka piersi oraz ze zdiagnozowanymi nowymi ogniskami nowotworowymi czy też wznowami. Program zapewnia rehabilitację medyczno-społeczną prowadzoną w wielu kierunkach: ćwiczenia grupowe, masaże limfatyczne, pływanie w basenie krytym. Zajęcia te poprawią zakres ruchu w stawach obręczy barkowej, ruchomość klatki piersiowej, co z kolei zwiększy wydolność oddechową, wzmocnią się także mięśnie oddechowe. Wymienione zajęcia zapobiegają obrzękom limfatycznym i poprawiają ogólną sprawność ruchową pod warunkiem, że będą prowadzone systematycznie do końca życia.
Stowarzyszenie Amazonek „Żonkil Warszawa”	Wspieranie aktywności kobiet po mastektomii poprzez działania rehabilitacyjne i pomoc w rozwiązywaniu problemów medyczno-społecznych Wspieranie aktywności kobiet po operacji raka piersi poprzez planowanie prowadzenia różnorodnych form aktywizacji w środowisku lokalnym, działania rehabilitacyjne i pomoc w rozwiązywaniu problemów przebytej choroby nowotworowej. Działania obejmują rehabilitację obręczy barkowej i wady kręgosłupa po mastektomii; zajęcia usprawniające z elementami relaksacji dla kobiet po mastektomii – relaksacja ciała i umysłu, system ćwiczeń dla niepełnosprawnych kobiet w różnym wieku wpływające na przywrócenie prawidłowej postawy, zmniejszające stres, niepokój związany z chorobą i jej nawrotami; terapię manualną obrzęku limfatycznego narządu ruchu po mastektomii; warsztaty terapii zajęciowej – Grupa Wsparcia – spotkania z terapeutą dla kobiet po mastektomii indywidualne i grupowe; wykłady edukacyjne – zdrowie, profilaktyka raka piersi.
FENIKS Stowarzyszenie Amazonek Warszawa – Targówek	Zachowajmy sprawność – c.d. Wszechstronne działania z zakresu rehabilitacji medyczno-społecznej, mający na celu poprawę jakości życia osób z problemami zdrowotnymi, dorosłych mieszkańców Warszawy. Skierowany jest do osób z problemami wynikającymi z przebytej mastektomii/ choroby nowotworowej piersi. Powikłaniami po przebytej chorobie i długotrwałym leczeniu są choroby: układu kostno-mięśniowego, obrzęki limfatyczne, choroby neurologiczne, zaburzenia psychiczne: depresje, lęki.

III Opieka nad pacjentami przewlekle chorymi

Celem konkursu jest poprawa jakości życia osób objętych domową i stacjonarną opieką paliatywną i hospicyjną, w tym zwiększenie dostępności do świadczeń domowej i stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej dla mieszkańców Warszawy, w tym kombatanatów i powstańców warszawskich

oraz zwiększenie wsparcia dla rodzin osób objętych domową i stacjonarną opieką paliatywną i hospicyjną w czasie trwania choroby i w okresie żałoby.

Środki przeznaczone na realizację zadania: 7 260 tys. zł (2020 r. – 2 420 tys. zł; 2021 r. – 2 420 tys. zł; 2022 r. – 2 420 tys. zł).

Tabela 4. Zadania publiczne w zakresie opieki nad pacjentami przewlekle chorymi realizowane przez organizacje pozarządowe we współpracy z m.st. Warszawą

REALIZATORZY	TYTUŁ ZADANIA PUBLICZNEGO
Caritas Diecezji Warszawsko-Praskiej	Pomoc osobom przewlekle i nieuleczalnie chorym 2.0
Fundacja Warszawskie Hospicjum Dla Dzieci	Opieka nad nieuleczalnie chorymi dziećmi i ich rodzinami na terenie m.st. Warszawy
Fundacja Hospicjum Onkologiczne Świętego Krzysztofa w Warszawie	Stacjonarna opieka paliatywna nad pacjentami w terminalnej fazie choroby nowotworowej z terenu Warszawy. Niemedyczne działania wspierające dla chorych i ich rodzin, również w okresie żałoby
Caritas Archidiecezji Warszawskiej	Poprawa jakości życia pacjentów i ich rodzin objętych opieką hospicjum domowego prowadzonego przez Caritas AW poprzez holistyczne działania na ich rzecz
Parafia Rzymsko-Katolicka św. Zygmunta – Archidiecezjalny Zespół Domowej Opieki Paliatywnej	We własnym domu, w swoim łóżku, wśród najbliższych – towarzyszenie paliatywne choremu i jego rodzinie
Caritas Archidiecezji Warszawskiej	Poprawa jakości życia osób przewlekle i terminalnie chorych będących pacjentami Ośrodka Działalności Leczniczej Caritas AW w Warszawie w zakresie stacjonarnej opieki paliatywno-hospicyjnej oraz wsparcia ich rodzin
Stowarzyszenie Hospicjum Domowe	Z SERCA DLA SERCA
Zgromadzenie Zakonne Małe Dzieło Boskiej Opatrzności – Orioniści Prowincja Polska	Wzmocnienie opieki nad pacjentami z Warszawy w hospicjum stacjonarnym w latach 2020–2022
Prowincja Polska Zgromadzenia Księża Marianów Pod Wezwaniem Niepokalanego Poczęcia Najświętszej Maryi Panny	Wspieranie opieki nad pacjentami przewlekle chorymi w latach 2020–2022 pt. „Opieka nad pacjentami przewlekle chorymi”
Warszawskie Hospicjum Spoteczne	Wszechstronna i profesjonalna opieka domowa nad chorymi w terminalnej fazie choroby nowotworowej oraz wspieranie rodzin w trakcie choroby, a także w żałobie

Małgorzata Kępa-Mitura

o działaniach na rzecz profilaktyki zdrowotnej w Lublinie

Miasto Lublin jest organem założycielskim dla jednego podmiotu medycznego, tj. dla Ośrodka Leczenia Uzależnień. Zatem działania dotyczące promocji zdrowia i profilaktyki realizujemy głównie

w oparciu o podmioty zewnętrzne. Są to podmioty medyczne zarówno publiczne, jak i niepubliczne, organizacje pacjenckie, organizacje pozarządowe. Część zadań jest realizowanych przy współpracy

z uczelniami wyższymi, szkołami, przedszkolami, żłobkami. Istotna jest również współpraca z podmiotami wchodzącymi do Klastra Lubelska Medycyna. W działaniach promujących zdrowy styl życia współpracują ze sobą również komórki organizacyjne urzędu, np. Wydział Zdrowia i Profilaktyki, Wydział Sportu i Turystyki, Wydział Kultury, Wydział Inicjatyw i Programów Społecznych. Ważne jest budowanie partnerstwa różnych podmiotów zaangażowanych w działania profilaktyczne. Do promocji edukacji zdrowotnej wykorzystujemy również różnego rodzaju inicjatywy, w których uczestniczy nasze miasto. Ostatnio jest to uczestnictwo w przedsięwzięciu pod nazwą Europejska Stolica Młodzieży.

Aktywność samorządu w obszarze edukacji zdrowotnej to także wykorzystywanie różnych kanałów informacyjnych i proponowanie różnych aktywności prozdrowotnych. Kanały dystrybucji informacji to zarówno media tradycyjne, jak i media społecznościowe. Aktualnie pracujemy nad wprowadzeniem nowego produktu dotyczącego e-usług społecznych, którego jednym z elementów będzie e-zdrowie, czyli elektroniczny serwis informacyjny dla mieszkańców miasta skupiający na jednej platformie elektronicznej kompendium wiedzy na temat dostępnej na terenie Lublina profilaktyki.

Skuteczność działań dotyczących promocji zdrowia będzie można zmierzyć dopiero za jakiś czas. Są to działania długofalowe, których efektów nie można wykazać tu i teraz. Tu i teraz można podać dane, np. ile osób zaszczepiło się przeciwko pneumokokom, ale efekty szczepień, czyli zmniejszona liczba zachorowań na choroby pneumokokowe, będą widoczne w ujęciu kilkuletnim.

Głównym celem edukacji zdrowotnej jest kształtowanie postaw prozdrowotnych, czyli przygotowanie do samodzielnego wyboru zachowań właściwych dla utrzymania zdrowia. Edukacja zdrowotna jest istotna na każdym etapie życia człowieka, ale szczególnie jej rola przypada na okres nauki szkolnej. Dlatego tak ważne jest konstruowanie i wdrażanie programów zdrowotnych w szkołach, w których dzieci i młodzież uczą się świadomego podejmowania decyzji w sytuacjach wpływających na stan ich zdrowia. Wiodącą ideą edukacji zdrowotnej we współczesnej szkole jest pokazanie uczniowi, jak można kontrolować i polepszać swoje zdrowie, w nowym ujęciu zaczyna funkcjonować nauka zarządzania własnym zdrowiem. W Lublinie

zidentyfikowano obszary z problemami zdrowotnymi, do których powstały programy polityki zdrowotnej dedykowane do społeczności szkolnej. Są nimi: próchnica zębów, nadwaga i otyłość wśród dzieci, wady wzroku, choroby nowotworowe skóry, problemy w obszarze zdrowia psychicznego i uzależnień. Edukacja zdrowotna jest nieodzownym elementem każdego programu, obejmuje nie tylko dzieci i młodzież. Treści edukacyjne są również dedykowane rodzicom/ opiekunom oraz nauczycielom. Nie można bowiem uzyskać efektów u dzieci i młodzieży, jeżeli nie obejmie się ich środowiska funkcjonowania. W zakresie edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki nadwagi i otyłości grupą włączoną do programu są również dyrektorzy placówek oświatowych oraz pracownicy stołówek szkolnych.

Proces edukacji zdrowotnej oparty jest na trzech filarach, tj. przekazywaniu wiedzy na temat zdrowia, kształtowaniu praktycznych umiejętności wykorzystywania wiedzy w codziennych sytuacjach życiowych oraz formowaniu postaw. W zakresie kształtowania praktycznych umiejętności poszczególnych grup interesariuszy sprawdzają się zajęcia warsztatowe. Są one istotnym elementem programu przeciwdziałania nadwadze i otyłości, w którym pracownicy stołówek mogą zastosować nabyte umiejętności podczas zajęć, ale również podczas przygotowywania i serwowania posiłków w szkolnych stołówkach. Natomiast dzieci uczestniczące w programie mogą wykorzystać nabytą wiedzę i umiejętności w samodzielnym przygotowywaniu na przykład drugiego śniadania do szkoły.

Szczególnością są seniorzy. Ich zainteresowanie skupia się głównie na zachowaniu jak najdłużej zdrowia i samodzielności. Uczestnicząc w życiu rodziny, zdobywaną wiedzę z obszaru profilaktyki wykorzystują na co dzień. Do tej grupy można dotrzeć przez działające domy seniora stacjonarne i dzienne, uniwersytet trzeciego wieku, ale także spotkania, podczas których seniorzy uczą się obsługi komputera czy posługiwania się internetem. Na tych zajęciach są również poruszane kwestie profilaktyki zdrowia, np. jak wyszukiwać informacje dotyczące realizowanych na terenie miasta programów profilaktycznych, umówić się na wizytę lekarską itp.

Część seniorów w Lublinie została wyposażona w tzw. opaski życia, tj. w system monitorowania upadków celem zapobiegania sytuacjom trudnym, zagwarantowania pomocy szczególnie osobom

samotnym. Coraz częściej technologia wkracza zatem do sfery funkcjonowania codziennego.

Podsumowując, każda grupa wiekowa powinna być sprofilowana, każdej powinny być dedykowane programy polityki zdrowotnej dostosowane do jej specyficznych potrzeb.

Podstawą do realizacji polityki zdrowotnej przez miasto Lublin jest strategia opracowana na podstawie danych dotyczących uwarunkowań i potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności. Priorytetowe kierunki programów polityki zdrowotnej powinny dotyczyć: inwestycji w zdrowie dzieci, ochrony zdrowia psychicznego, rehabilitacji (w tym pocovidowej), szczepień oraz zdrowia seniorów.

Kolejnym wyzwaniem jest włączenie w działania profilaktyczne społeczności uchodźców z Ukrainy, którzy są mieszkańcami naszego miasta. Istotnym elementem kształtowania współodpowiedzialności mieszkańców za zdrowie własne i społeczności jest włączenie tematyki zdrowotnej do budżetów obywatelskich i pozyskiwanie sojuszników, aby te programy nie przegrywały z potrzebami budowy chodników i remontów ulic.

Czego samorządy oczekują od władz centralnych, by móc poprawić skuteczność swoich działań w zakresie profilaktyki prozdrowotnej i edukacji? Przede wszystkim stabilności legislacyjnej i współfinansowania realizowanych przez samorządy programów. Z kolei instytucje odpowiadające za organizację i finansowanie systemu zdrowotnego powinny rozważyć wprowadzanie mechanizmów, które będą motywować pacjentów do korzystania z programów profilaktycznych, tak aby poszczególne osoby widziały korzyść z uczestnictwa w profilaktyce. Być może powinno to być powiązane z systemem ubezpieczeń, medycyną pracy.

Kwestia współfinansowania programów samorządowych była już wielokrotnie poruszana. Formalnie jest możliwość dofinansowania przez lokalny oddział Narodowego Funduszu Zdrowia, ale tylko programów, w których są świadczenia

gwarantowane. W innych przypadkach nie ma takiej możliwości. Przykładem jest przez lata promowany i realizowany program szczepienia przeciwko HPV we współpracy z NFZ. Niestety, przyszedł rok 2017 i zmieniono przepis, który nie pozwalał dalej łączyć w programach profilaktycznych środków płatnika ze środkami samorządów, jeżeli nie dotyczyło to świadczeń gwarantowanych. I nagle takie programy jak HPV, akceptowane i cieszące się dużym zainteresowaniem, nie mogą być organizowane na wcześniejszych zasadach.

Konieczne jest opracowanie długofalowej strategii wsparcia finansowego w realizacji profilaktyki przez jednostki samorządu terytorialnego. Realizowany aktualnie Narodowy Program Zdrowia nie daje możliwości aplikowania w konkursach na realizację określonych zadań dla tych jednostek. Wymogi konkursowe są tak skonstruowane, że mają to być działania o charakterze ogólnopolskim. Przy obecnych problemach finansowych samorządów realizacja programów profilaktycznych może być trudna. Koncepcje finansowania z wpływów z tzw. funduszy alkoholowych nie rozwiązują problemu. Wskazane byłoby stanowisko Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w zakresie łączenia profilaktyki alkoholowej z innymi obszarami zdrowia w programach polityki zdrowotnej. AOTMiT nie zajmuje stanowiska w tej kwestii, a profilaktyka uzależnień stanowi bardzo duży obszar obecnej działalności samorządów w obszarze zdrowia. Wskazane byłoby wspólne stanowisko AOTMiT oraz Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w zakresie łączenia obszarów oddziaływań i finansowania.

Aby profilaktyka przynosiła efekty, musi być długofalowa i powtarzalna. Mieszkańcy przyzwyczajają się do uczestnictwa w poszczególnych programach i działaniach profilaktycznych. Zmiany w tym obszarze powinny być przeprowadzane z dużym wyprzedzeniem, aby informacja mogła dotrzeć do zainteresowanych.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 4:39:53





III debata plenarna

Instytuty badawcze na rzecz zdrowej żywności

Moderator: prof. Leszek Rafalski, dyrektor Biura Rady Głównej Instytutów Badawczych w Warszawie

Uczestnicy: dr Krzysztof Borowik, Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Nowych Syntez Chemicznych
dr hab. inż. Anna Fraś, Instytut Hodowli i Aklimatyzacji Roślin – PIB
prof. Dorota Konopacka, Instytut Ogrodnictwa – PIB
dr hab. inż. Dariusz Lisiak, prof. IBPRS, Instytut Biotechnologii Przemysłu Rolno-Spożywczego – PIB
dr Anna Nowacka, Instytut Ochrony Roślin – PIB

Z dwuczęściowej publikacji pt. „Z instytutami badawczymi bezpieczniej”, wydanej przez Radę Główną Instytutów Badawczych w latach 2019 i 2020, wynikało, że prawie wszystkie instytuty badawcze prowadzą badania i wdrożenia związane z szeroko rozumianym bezpieczeństwem naszego kraju. Niektóre instytuty badawcze zajmują się problematyką bezpiecznej i zdrowej żywności. Debata stała się okazją do przedstawienia dorobku kilku instytutów badawczych zajmujących się badaniami i wdrożeniami dotyczącymi zdrowej żywności.

Instytut Nowych Syntez Chemicznych (dawniej Instytut Nawozów Sztucznych) obecnie działa w ramach Sieci Łukasiewicz. Wyniki ważnych dla zdrowia badań prowadzonych w Instytucie przedstawił dr Krzysztof Borowik.

Instytut zajmuje się tematyką nowoczesnego nawożenia w procesie produkcji żywności, wpływem nawozów mineralnych na środowisko naturalne i pośrednio na zdrowie człowieka, rozwojem precyzyjnego nawożenia oraz jego wpływem na

bezpieczeństwo żywności. Problematyka ta jest istotna z uwagi na wzrost liczby ludzi na świecie i konieczność produkowania coraz większej ilości żywności. Nawożenie gleb pod uprawy powinno być prowadzone racjonalnie, tak aby nie spowodować pogorszenia stanu środowiska i zachować warunki hodowania zdrowej żywności. Instytut dysponuje nowoczesną instalacją półtechniczną do badania granulacji nawozów, co pozwala na weryfikację badań laboratoryjnych. We współpracy z Grupą Azoty prowadzone są badania nad nawozami otoczkowanymi, których celem jest zmniejszenie wydzielania amoniaku i tlenu azotu oraz zastąpienie otoczki polimerowej otoczką na bazie surowców naturalnych. Istotą działania nawozów otoczkowanych jest podawanie roślinom odpowiednich składników, gdy są one potrzebne, co ma istotny wpływ na oszczędzanie nawozu. Prowadzone są także badania nad nawozem mineralnym wzbogaconym o mikroorganizmy oraz nad ograniczeniem ilości kadmu w nawozach. Precyzyjne technologie nawożenia mają wpływ na ograniczenie potrzebnej dawki nawozów oraz lepsze wykorzystanie wody z jednoczesnym pozytywnym skutkiem dla środowiska naturalnego.

Instytut Hodowli i Aklimatyzacji Roślin – PIB od wielu lat prowadzi badania wspierające polską hodowlę roślin uprawnych. Prace te są związane z bezpieczeństwem żywności. Wyniki tych prac omówiła dr hab. Anna Fraś.

W Krajowym Centrum Roślinnych Zasobów Genowych Instytut utworzył Bank Genów, który jest podstawą do zapewnienia surowców roślinnych o wysokich walorach odżywczych. W procesie hodowli roślin stosuje się selekcję genomową. Nowe techniki genomowe pozwalają na wyłączenie niepożądanego genu, jego naprawę lub podstawienie pożądanego genu. W rezultacie uzyskuje się rośliny odporne na choroby i o zwiększonej tolerancji na suszę, a także o zwiększonej ilości i jakości plonów. W swoich laboratoriach Instytut prowadzi kontrolę genetycznie modyfikowanych roślin, co ma istotny wpływ na jakość i bezpieczeństwo żywności. W Instytucie opracowano recepturę pieczywa pszenżytniego charakteryzującego się wysoką zawartością składników bioaktywnych, które dzięki suplementacji wybranymi dodatkami owsianymi charakteryzuje się podwyższoną wartością prozdrowotną.

Z Instytutem Ogrodnictwa był przez wiele lat związany prof. Szczepan Pieniążek, który wprowadzał do polskiego sadownictwa nowe

odmiany owoców. O tym uczonym opowiada wydana w 2022 r. książka pt. „Wybitni uczeni we wspomnieniach – Szczepan A. Pieniążek”.

Badania prowadzone w **Instytucie Ogrodnictwa – PIB** nad zdrową żywnością i nowymi odmianami owoców i warzyw przedstawiła prof. Dorota Konopacka, obecnie kierująca Instytutem. Zdrowie Polaków jest priorytetem Instytutu, w którym prowadzone są badania nad przyjaznymi środowisku technologiami produkcji owoców, warzyw, ziół, kwiatów i produktów pszczelich. W pracach hodowlanych wykorzystywane są metody tradycyjne i biotechnologiczne do pozyskania odmian roślin odpornych na stropy biotyczne i abiotyczne. Prowadzone są także badania nad doskonaleniem metod uprawy i opracowaniem innowacyjnych, mało znanych gatunków i odmian owoców i warzyw, takich jak: dereń jadalny, jagoda kamczacka, rokitnik, świdośliwa, yakon. Ważnym kierunkiem prac są technologie umożliwiające dostęp do produktów ogrodnictwa wysokiej jakości przez cały rok, czyli uprawy sterowane i pod osłonami, oraz technologie przetwórcze gwarantujące zachowanie składników bioaktywnych, a także innowacyjne produkty o cechach żywności funkcjonalnej. Instytut od wielu lat promuje działania na rzecz zwiększenia konsumpcji owoców i warzyw.

Patronem **Instytutu Biotechnologii Przemysłu Rolno-Spożywczego – PIB** jest prof. Wacław Dąbrowski – polski mikrobiolog, twórca Instytutu Przemysłu Fermentacyjnego, poprzednika obecnego Instytutu. Z danych historycznych wynika, że Instytut Biotechnologii Przemysłu Rolno-Spożywczego jest najstarszym instytutem badawczym w Polsce, a bezpieczeństwo żywności od wielu lat znajduje się w obszarze aktywności Instytutu. W swojej ponad 100-letniej tradycji Instytut zawsze pracował na rzecz bezpieczeństwa żywnościowego kraju, w tym zapewnienia bezpieczeństwa żywności oraz poprawy jej jakości i cech prozdrowotnych. Wiele prowadzonych prac zakończyło się licznymi odkryciami i wdrożeniami. Kierunki aktualnych badań Instytutu omówił prof. Dariusz Lisiak.

Badania bezpieczeństwa żywności prowadzone są w akredytowanych laboratoriach Instytutu i pozwalają na ocenę jakości żywności oraz ocenę ryzyka nowej żywności. Opracowywane są nowe produkty spożywcze z uwzględnieniem analizy cyklu ich życia oraz oceny śladu węglowego. We współpracy z sektorem rolno-spożywczym powstają innowacje

biotechnologiczne dla rolników i producentów żywności. Wdrożenie przez Instytut klasyfikacji poubojowej świń w Polsce zdecydowanie poprawiło jakość mięsa uzyskiwanego z tych zwierząt. W Instytucie zostały opracowane i wdrożone technologie wędzenia i preparaty dymu wędzarniczego, które pozwoliły na usunięcie niebezpiecznego benzo(a)pirenu z produktów mięsnych, a także preparaty mikrobiologiczne do poprawy jakości żywności fermentowanej i surowców rolnych. Wynaleziona została technologia produkcji mleka grochowego jako półproduktu do wytwarzania substytutów produktów mięsnych oraz opracowano nowe metody klasyfikacji ziarna zbóż oparte na metodach spektroskopowych. Obecnie prowadzone są prace nad opracowaniem probiotyków nowej generacji zdolnych do modyfikacji mikrobiomu ludzkiego w celu niwelowania niekorzystnego wpływu na zdrowie ksenobiotyków środowiskowych.

W nowoczesnym rolnictwie do prowadzenia upraw niezbędne są środki ochrony roślin, jednak istnieje obawa, aby te środki nie pozostawiały w owocach lub jarzynach, ponieważ mogą być szkodliwe dla zdrowia. Problematyką tą zajmuje się **Instytut Ochrony Roślin – PIB** w Poznaniu, a zagadnienie pozostałości środków ochrony roślin w płodach rolnych omówiła dr Anna Nowacka.

Badania płodów rolnych na zawartość pozostałości środków ochrony roślin pobieranych w miejscach są prowadzone przez Instytut od początku lat 70. XX wieku. W latach 2016–2020 rocznie badano 50–66 grup produktów obejmujących owoce, warzywa, zboża, rośliny paszowe, jadalne nasiona

roślin strączkowych, rośliny cukrodajne, przyprawy oraz nasiona i owoce oleiste. Przeprowadzono badania na obecność ponad 550 substancji, takich jak: fungicydy, insektycydy, akarycydy, herbicydy, regulatory wzrostu i metabolity. Stwierdzono, że w latach 2016–2020 od 97,8–99,8 proc. zbadanych płodów rolnych spełniało wymagania prawa żywnościowego w zakresie najwyższych dopuszczalnych poziomów pestycydów określonych w Rozporządzeniu WE 396/2005. Przekroczenia najwyższych dopuszczalnych poziomów wahały się w zakresie 0,2–2,2 proc., co oznaczało, że odsetek tych przekroczeń był marginalny.

Przedstawione badania wskazywały, że krajowe produkty rolne są bezpieczne dla konsumentów.

Podsumowanie

Uczestnicy debaty wypowiedzieli się także, w jaki sposób udało się zrealizować w instytutach takie interesujące i istotne dla zdrowia badania. Bardzo ważna była współpraca międzynarodowa umożliwiająca śledzenie aktualnych trendów badawczych i formułowanie odpowiednich kierunków badań nad nowymi rozwiązaniami. Badania były finansowane z różnych źródeł, np. ze współpracy z przemysłem, z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, Narodowego Centrum Nauki oraz z środków zagranicznych. Istotna była także subwencja otrzymywana od ministra właściwego do spraw nauki i szkolnictwa wyższego, która mogła być przeznaczona na badania wyprzedzające złożenie wniosków o finansowanie dalszych prac z innych źródeł.

Opracował: prof. Leszek Rafalski

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 5:54:54



IV debata plenarna rektorów uczelni medycznych

Jak optymalnie kształcić w zawodach medycznych

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

Uczestnicy: **prof. Janusz Dzieciot**, prorektor ds. klinicznych i szkolenia zawodowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
prof. Zbigniew Gaciong, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
dr hab. Mariola Głowacka, prof. HUP, prof. UMK, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku
prof. Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
dr Piotr Kusznierek, rektor Mazowieckiej Uczelni Medycznej w Warszawie
prof. Sergiusz Nawrocki, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie
dr hab. Paweł Olszewski, dziekan Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego
prof. Piotr Ponikowski, rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Witając uczestników debaty – przedstawicieli władz uczelni medycznych – **prof. Ryszard Gellert**, współprowadzący to spotkanie, zakomunikował: – Zagadnienie, które budzi obecnie wiele kontrowersji wśród kadry medycznej, dotyczy tego, czy kierunek lekarski powinien mieć charakter ogólnoakademicki czy raczej praktyczny. Wiemy, że lekarz na studiach przygotowuje się do zawodu, a potem całe życie się uczy, ponieważ wiedza medyczna się zmienia i to w bardzo szybkim tempie. Ale czy wiedza praktyczna jest wystarczająca do uprawiania tego zawodu? Jak podkreślił drugi z moderatorów – **prof. Tomasz Grodzicki** – uniwersytet ma wykształcić osobę, niekoniecznie profesjonalistę, ale zdolną do podejmowania pewnych działań. Ta osoba musi być „plastyczna”, musi się adaptować do tego, co będzie się działo w przyszłości. Jak zatem optymalnie kształcić w zawodach medycznych?

Prof. Marcin Gruchała stwierdził stanowczo, że kierunek lekarski powinien mieć charakter ogólnoakademicki i że lekarze powinni być kształceni na uczelniach akademickich, na których prowadzi się badania w zakresie nauk medycznych. Podkreślił też, że zawód lekarza jest zawodem szczególnym, nawet wśród profesji medycznych. To lekarz odgrywa bowiem rolę wiodącą w procesie

diagnostycznym czy przy podejmowaniu decyzji o procesie terapeutycznym. Lekarz musi odróżnić wartościową wiedzę medyczną od niewartościowej, naukę od pseudonauki, bo medycyna opiera się dziś na faktach i badaniach naukowych. Lekarz musi znać źródło pochodzenia wiedzy medycznej. Prof. Marcin Gruchała wspominał, że szczególnie okres pandemii pokazał nam, jak jesteśmy, jako



społeczeństwo, świat, podatni na pseudonaukę i różne, często groźne poglądy. – Dlatego uważam, że środowiskiem kształcenia przyszłych lekarzy powinno być środowisko akademickie. Dzisiaj są nim uczelnie medyczne, akademickie, a studenci zdobywają swoją wiedzę i umiejętności praktyczne w środowisku szpitali klinicznych, w których prowadzone są badania naukowe. To ważne, aby lekarz nie wierzył w każdy artykuł, który znajdzie w internecie, aby sam umiał zweryfikować wiedzę – mówił prof. Marcin Gruchała. – Bardzo pozytywnie oceniam to, co na przestrzeni ostatnich lat zadziało się na uczelniach w Kielcach, Zielonej Górze, Olsztynie, a także w Uczelni Łazarskiego. Uczelnie te, podejmując się kształcenia lekarzy, nie szły na skróty. Wybrały trudniejszą drogę, próbując sprostać oczekiwaniom, mając na względzie przede wszystkim troskę o jakość akademickiego kształcenia lekarzy. Natomiast z ogromnym niepokojem obserwuję to, co proponuje się z poziomu państwa – zwiększenie liczby kształconych lekarzy za pomocą wprowadzenia m.in. zmian legislacyjnych w ustawie obniżających oczekiwania uczelni wobec kandydatów, czy też rozpoczynając dyskusję o tym, czy kształcenie ma mieć profil akademicki czy praktyczny – dodał. Zdaniem prof. Marcina Gruchały nie jest to właściwa droga. Państwo powinno raczej wesprzeć uczelnie poprzez zadbanie o nauczycieli akademickich kształcących w obszarze nauk medycznych, także poprzez poszerzenie bazy klinicznej poza szpitale akademickie, które otrzymałyby status szpitali uczących.

Prof. Mariola Głowacka podczas swojego wystąpienia odniosła się do kilku obszarów. Pierwszy z nich to potrzeby społeczne (w nim mieszczą się problemy zdrowotne Polaków) oraz potrzeby kadrowe podmiotów leczniczych – wysoka średnia wieku kadry lekarskiej, zbyt mała liczba lekarzy w stosunku do potrzeb rynku pracy, na skutek czego część podmiotów leczniczych boryka się z zapewnieniem ciągłości świadczeń zdrowotnych. Drugi obszar to standard kształcenia, który cały czas ewoluuje i przekłada się na jakość świadczeń klinicznych. Zdecydowana większość efektów uczenia się – obecnie na poziomie 95 proc. – przekłada się na przygotowanie do praktyki lekarskiej. Tylko 5 proc. jest zorientowane na badania naukowe lub implementację wyników badań naukowych do praktyki klinicznej. Trzecim obszarem jest zainteresowanie samych lekarzy działalnością naukową i rozwojem naukowym. Dziś stanowią oni 10–15 proc. całej populacji lekarskiej. Kolejny obszar to profil absolwenta, jakiego oczekuje rynek pracy. To ma być osoba dobrze przygotowana do realizacji świadczeń zdrowotnych – ma komunikować się z pacjentem, jego rodziną, zachowywać empatyczną postawę, być świadoma własnej odpowiedzialności indywidualnej i zawodowej wynikającej z prawa.

Dla prof. Marioli Głowackiej kształcenie na kierunku lekarskim powinno mieć dwie formy: praktyczną i akademicką. Te profile powinny się uzupełniać. Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu

Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku podkreśliła także, że współpraca międzyuczelniana jest pożądana w różnych zakresach – i naukowym, i dydaktycznym. Jednak musi ją poprzedzić analiza w obszarach: organizacyjnym, prawnym i legislacyjnym, bo to wymaga wprowadzenia pewnych rozwiązań. – Dobrym sygnałem jest otwarcie się Polski na innowacje w kształceniu, dające możliwość uruchamiania kierunków lekarskich w mniejszych miejscowościach – mówiła prof. Mariola Głowacka. – Otwierając Akademię Mazowiecką, musieliśmy się wykazać zapleczem dydaktycznym, m.in. centrum symulacji, laboratoriami nauk przedklinicznych, ale przede wszystkim musieliśmy zapewnić kadre, na którą składają się osoby z wieloletnim doświadczeniem zdobytym w strukturach uniwersyteckich. Jeśli więc chodzi o nauczycieli akademickich, o zaplecze dydaktyczne, to uważam, że możemy zapewnić dobrą jakość kształcenia w mniejszych ośrodkach. Uniwersytety w dużych ośrodkach wypracowały dobre praktyki, które mogą być zaimplementowane do mniejszych ośrodków – powiedziała prof. Mariola Głowacka i dodała: – Patrząc jeszcze na aspekt młodzieży bardzo zdolnej, która niestety ze względów ekonomicznych nie może zafunkcjonować w dużych miastach. To jest strata personalna. Oczywiście zaczynają się pojawiać kredyty studenckie, choć obecnie młodzi ludzie podchodzą do nich z dystansem. Na zakończenie stwierdziła, że rozumie troskę o jakość kształcenia i podkreśliła, że uczelnia, którą reprezentuje, jako uczelnia akademicka musi spełnić te same kryteria co uniwersytecka, aby prowadzić kształcenie na kierunku lekarskim.

Według **prof. Zbigniewa Gacionga** dylemat nie istnieje, bo studia medyczne to tylko pewien etap w kształceniu lekarza. I choć jest on niezwykle ważny, to, jak stwierdził rektor WUM, sam dyplom nie leczy. – Posiadanie dyplomu nie sprawi, że nagle przybędzie więcej pracowników medycznych, którzy spełnią oczekiwania społeczeństwa. Aby móc dalej się rozwijać, trzeba wynieść pewne podstawy, a takie podstawy zapewni model kształcenia akademickiego. Daje pewny i niezbędny zasób umiejętności potrzebnych już na wejściu do zawodu – mówił prof. Zbigniew Gaciong. Podkreślał, że dyplom powinien gwarantować, iż student te umiejętności posiada, zatem ta podstawa – zagwarantowana przez kształcenie w modelu akademickim – jest niezbędna. Ten rodzaj kształcenia

przygotowuje studenta do tego, że praca w zawodzie lekarza to także ciągła nauka, rozwój, doskonalenie się.

Prof. Zbigniew Gaciong zwracał też uwagę, że możliwości kształcenia zależą również od finansów. – Na naszej uczelni mamy nie tylko nauczycieli, lecz także lekarzy, którzy realizują funkcje diagnostyczno-terapeutyczne w naszych szpitalach. Koszt nauczyciela i godziny jego pracy jest znacznie większy niż w przypadku uczelni, która zatrudnia pracowników na umowę-zlecenie. Uczelnie prywatne są często atrakcyjniejszym pracodawcą – zaznaczał rektor WUM. Jego zdaniem istnieje jednak rozwiązanie tego problemu – nadanie statusu szpitala uczącego. Jeśli rozwój lekarza zaczyna się od studiów, a kończy na uzyskaniu specjalizacji i dalszym kształceniu postspecjalizacyjnym, dlaczego to nie może odbywać się w tej samej placówce? Stworzenie szpitala uczącego, który ma obowiązek przyjmować studentów, ma akredytację do kształcenia stażystów, rezydentów, prowadzenia szkoleń postspecjalizacyjnych, byłoby idealnym rozwiązaniem. Pozostaje jednak pytanie, co taki szpital miałby w zamian. – Gdyby wprowadzić dla szpitala korzyść w postaci niewielkiego ułamka dodatków w zapisie kontraktów z NFZ, to byłby argument, żeby szpitale podjęły wysiłek przygotowania się także do nauczania przeddyplomowego. Byłaby to korzyść dla wszystkich przy niewielkim nakładzie finansowym – tłumaczył prof. Zbigniew Gaciong i dodał: – Najbardziej potrzebujemy bazy klinicznej, brakuje łóżek, przy których można kształcić przyszłych lekarzy. A należy pamiętać, że najwięcej się uczymy, ucząc innych.

Dr hab. Paweł Olszewski podkreślił, że nie ma kierunku lekarskiego i nie ma kształcenia na kierunku lekarskim bez badań naukowych i bez rozwoju profilu ogólnoakademickiego. Dlatego w ramach jego uczelni powstają nowe kliniki, realizowane są też projekty badawcze. – Przekazywanie wiedzy studentom musi się odbywać tylko i wyłącznie w powiązaniu z badaniami – zaznaczył. – Jest to realny transfer wiedzy, nowych odkryć, technologii do procesu dydaktycznego. Dzięki temu studenci uczą się poszukiwania, krytycznego analizowania źródeł wiedzy, budowania związków przyczynowo-skutkowych i wnioskowania. Ważne jest również to, aby angażować studentów w procesy badawcze. Nie mamy własnego szpitala, ale mamy kliniki na bazie szpitali współpracujących.

Tych klinik jest coraz więcej w różnych specjalizacjach. Jednocześnie współpracujemy z dość szeroką grupą placówek medycznych, w których kształcimy przyszłych lekarzy w zakresie od medycyny rodzinnej po chirurgię i ginekologię – mówił. – Tam, gdzie mamy kliniki, prowadzimy też badania. W tym momencie uczymy w 180 klinikach i oddziałach. Dr hab. Paweł Olszewski dodał też, że pracując na bazie obcej, jego uczelnia może współpracować z lekarzami, którzy chcą zajmować się dydaktyką, włączać studentów w badania i publikacje. – Bazujemy na osobach, które chcą z nami współpracować i jest to duża liczba lekarzy. My oczywiście staramy się odciążać ich od pracy administracyjnej, którą muszą wykonywać, jeśli są na uczelniach dydaktykami, pomoc w tym zakresie powoduje, że chętnie podejmują się nauczania i pracy ze studentami. To także wynik m.in.: wspomaganie metodologicznego, metodycznego, dostępu do szkoleń podnoszących kwalifikacje, wytyczenia klarownej ścieżki rozwoju. Na zakończenie dr hab. Paweł Olszewski dodał, że Uczelnia Łazarzskiego szósty rok prowadzi kierunek lekarski i do tej pory komisje akredytacyjne pozytywnie oceniały jakość nauczania. Kształcenie dobrych lekarzy to duża odpowiedzialność.

– Model akademickiej edukacji jest mi dużo bliższy – stwierdził **prof. Piotr Ponikowski**. Zaznaczył, że edukacja akademicka to wstęp na drodze do pracy lekarza, do pełnienia misji. – Jako uczelnia jesteśmy zwolennikami realizacji koncepcji doskonałości w trzech obszarach: obszarze dydaktyki i edukacji, w obszarze nauki oraz praktyki klinicznej. Połączenie tych obszarów, a także transfer wiedzy w bezpośrednich interakcjach uczeń–mistrz zapewnia właściwą edukację lekarza. Prof. Piotr Ponikowski zauważył, że bardzo ważną kwestią, którą należy poruszyć w trakcie debaty, jest niechęć lekarzy do kształcenia studentów. – Obserwujemy to nie tylko u nas, myślę, że tak jest w całym kraju. Wydaje mi się, że ten problem będzie większy w szpitalach nieuniwersyteckich. Nasza działalność powinna iść w kierunku przekonania lekarzy, że elementem misji naszego zawodu jest przekazywanie młodym ludziom wiedzy – podkreślił rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Określił ten problem mianem dziury w moście, podobnie jak działalność naukową. Dodał, że widziałby konieczność wprowadzenia zmian w ustawie o kształceniu kadr medycznych. Uważa, że lekarz powinien znać zarówno

korzyści z takiej działalności, jak i zobowiązania, które musi wypełnić. – Pytanie jest raczej takie: czy mamy wystarczającą kadrę medyczną, która będzie chciała kształcić przyszłych lekarzy? Czy specjaliści poświęcą 360 godzin w roku na edukację studentów, łącząc to ze swoimi obowiązkami w szpitalu i prywatnymi praktykami? – zastanawiał się prof. Piotr Ponikowski.

Jeśli chodzi o tworzenie filii UM, rektor zaznaczył, że na Dolnym Śląsku nigdy ich nie było. – To może być dobry pomysł, jeśli chodzi o kształcenie pielęgniarek, ratowników medycznych poza Wrocławiem. Można by utworzyć tam coś na kształt miasteczka uniwersyteckiego, z dobrą komunikacją z Wrocławiem. Ważna jest baza kliniczna obca, którą można spróbować rozszerzyć o inne miejsca, poza uniwersyteckim miastem.

Prof. Sergiusz Nawrocki zwrócił uwagę na fakt, że w Europie Zachodniej, jak również u nas, dominuje model kształcenia ogólniakademickiego. To gwarantuje jakość, na takie uczelnie trudniej się dostać, więc już na początku dokonuje się selekcji – tylko najlepsi absolwenci szkół średnich będą kształcić się w tym zawodzie. Jeśli do szkół zawodowych kryteria przyjęcia są niższe, obniża się w ten sposób jakość późniejszego wykonywania zawodu. Taki absolwent będzie mniej przygotowany do podejmowania ciągłych wyzwań, jakie stoją przed lekarzem. Według prof. Sergiusza Nawrockiego zwiększenie liczby przyszłych lekarzy dla samego zwiększenia jest dość ryzykowne, bo to droga na skróty. Otrzymanie pozwolenia na wykonywanie zawodu po kształceniu praktycznym może obniżyć jakość samego leczenia. To może skutkować, niestety, większą liczbą błędów lekarskich. – Tak więc taki model kształcenia tylko praktycznego jest bardzo ryzykowny, choć mam świadomość, że w Polsce brakuje lekarzy – stwierdził.

Prof. Sergiusz Nawrocki przypomniał, że olsztyński kierunek lekarski będzie miał niedługo 15 lat. – Powstał przy dużym uniwersytecie, dlatego mieliśmy pewnego rodzaju pomoc. Na początku kadra z wydziału weterynaryjnego czy biologii uczyła naszych studentów np. fizjologii czy patofizjologii. Gdy dochodziły przedmioty kliniczne, pojawiał się problem, który rozwiązaliśmy, rozpoczynając współpracę z kadrą dużych ośrodków akademickich. Pracownicy z takich ośrodków nadal stanowią znaczny odsetek w naszej uczelni, choć mamy już też część pracowników wykształconych

w Olsztynie. Mamy także swój mały szpital kliniczny, ale wciąż korzystamy z innych dużych olsztyńskich szpitali, a nawet ze szpitali poza Olsztynem – mówił profesor i dodał, że choć te stare szpitale posiadają tzw. łózka, przy których student może się uczyć, to nie mają infrastruktury potrzebnej do kształcenia – salek seminaryjnych, sal dydaktycznych itp. Stanowi to problem, bo wzrasta liczba studentów – w tym roku przyjęto 200 osób na kierunek lekarski polskojęzyczny, a jeszcze jest anglojęzyczny. Dlatego prof. Sergiusz Nawrocki zaznaczył, że nie wyobraża sobie dalszego rozwoju i funkcjonowania na odpowiednim poziomie bez dużego szpitala klinicznego. – Tam, gdzie będą powstawać kierunki lekarskie, będzie się to wiązało z dużymi nakładami finansowymi związanymi z zapewnieniem bazy klinicznej. Inaczej zapewnienie odpowiedniej jakości kształcenia będzie niemożliwe – podkreślił.

– Pacjent, który przychodzi do lekarza, oczekuje rzetelnej diagnozy i leczenia – rozpoczął swoje wystąpienie **dr Piotr Kusznieruk**. Zwrócił uwagę na to, że taki zapis znajduje się w przepisach prawa w ustawie o szkolnictwie wyższym i kształceniu na różnych kierunkach. Dlatego w jego przekonaniu podział na profil akademicki i praktyczny w nauczaniu lekarzy jest de facto sztuczny. Podkreślił, że zapisy rozporządzeń są kontrolowane przez Państwową Komisję Akredytacyjną, bo zawód lekarza jest zawodem kontrolowanym. Stąd też istnieją ograniczenia w budowaniu programów nauczania, bo regulują to przepisy. Dr Piotr Kusznieruk zwrócił uwagę, że studenci nie rozumieją różnicy pomiędzy studiami o profilu ogólnoakademickim i praktycznym. Pracodawca, przyjmując absolwenta do pracy, też nie zwraca na to uwagi. Ten podział jest sztuczny i być może trzeba to „doregulować” sposobami kształcenia.

– W zawodach medycznych kształcimy od 18 lat. Uczelnia jest udziałowcem w 14 klinikach (głównie są to kliniki fizjoterapeutyczne i przychodnie lekarskie). Współpracujemy prawie ze wszystkimi szpitalami na terenie Warszawy, to daje nam poczucie bezpieczeństwa. Gdyby jakaś umowa została zerwana, zostaje nam inna jednostka. Staramy się też budować własną bazę, żeby nie być całkowicie zależnym od innych. Zgadza się z prof. Zbigniewem Gaciongiem, że niektóre szpitale powinny mieć zmienione świadczenia, jeśli chodzi o umowę z NFZ w zakresie kontraktów. To jest uzasadnione

z dwóch powodów: pierwszym jest potrzeba bazy klinicznej, a drugim potrzeba pewnej zmienności w kształceniu – dyrektor chętniej wpuści studentów, a lekarz kształcący bardziej poświęci im czas, gdy szpital będzie miał za to jakąś rekompensatę. To rozszerzenie bazy dydaktycznej i wpuszczenie do systemu kształcenia lekarzy z innych ośrodków, które dotąd nie były brane pod uwagę, może wprowadzić dodatkowe kompetencje, umiejętności i specjalistów, którzy podniosą kwalifikację kadry – reasumował dr Piotr Kusznieruk.

Prof. Janusz Dzieciotł na pytanie, czy podział na szkołę zawodową i kształcenie akademickie jest tylko pozorny, odpowiedział, że „akademickość” jest pojęciem szerszym. Lekarz musi mieć umiejętności praktyczne, ale żeby je osiągnąć, musi bazować na akademickości. Według prof. Janusza Dzieciotła jest to problem, bo obecnie mamy duży niedobór kadr medycznych. Dlatego pogodzenie aktywności typowego pracownika naukowego ze świadczeniem usług medycznych, klinicznych i nauczaniem młodych ludzi jest dosyć trudne. – W pewnym momencie dochodzi do polaryzacji – część osób bardziej skupia się na działalności naukowej, mniej na klinicznej. To jednak nie znaczy, że jest jakieś niewłaściwe działanie w którejś z tych części – zaznaczył i dodał, że student, który ma zajęcia w klinikach, oczekuje od prowadzącego przekazania jak największej ilości informacji związanych z jego przyszłą pracą, oczekuje wiedzy praktycznej. – Jeżeli ma czas, chętnie korzysta z działalności kół naukowych, szczególnie zainteresowani pracą w nich są studenci starszych roczników. Aktualnych informacji dostarczają mu badania naukowe, czyli akademicki profil nauczania jest niezbędny – podkreślił. – Coraz więcej studentów pragnie działać naukowo, bo nowe informacje można wykorzystać w praktyce. Postawienie tylko na praktykę byłoby błędem, bo wiązałoby się z niedoborem wiedzy u osób kończących studia praktyczne.

Dla prof. Janusza Dzieciotła zwiększenie liczby studentów nie ma aż tak istotnego wpływu na jakość kształcenia. – Tak naprawdę podczas sesji egzaminacyjnych następuje weryfikacja umiejętności kandydata na przyszłego lekarza. Dlatego uważam, że jak największa liczba chętnych powinna być przyjęta na pierwszy rok, a potem powinna następować weryfikacja. Tak więc akademickość na pierwszym miejscu, bo ona ma istotny wpływ na część praktyczną – dodał.

Prof. Janusz Dzieciot odniósł się także do zwiększenia liczby uczelni medycznych w Polsce. – Jeśli powstałby drugi ośrodek w okolicach Białegostoku, który otworzyłby kierunek lekarski, chętnie byśmy z nim współpracowali. Ale na razie nie widzimy możliwości powstania takiego ośrodka nie tylko ze względu na bazę kliniczną, lecz także kadrę kształcącą przyszłych lekarzy, która w większości jest spoza Białegostoku – mówił. Nawiązywał też do kształcenia na tzw. bazie obcej. – Nie jesteśmy wielką aglomeracją, jako uczelnia mieliśmy kilka jednostek klinicznych na tzw. bazie obcej, z niektórych musieliśmy zrezygnować, bo współpraca z dyrektorami szpitali nie zawsze jest łatwa. Rozbudowujemy swoją bazę, ale w związku ze zwiększoną liczbą studentów nadal korzystamy z bazy zespólnego szpitala wojewódzkiego, który podlega urzędowi marszałkowskiemu. Zawieramy umowy-zlecenia z lekarzami tam pracującymi. To jest dla nich korzystne, bo część zajęć prowadzą, świadcząc równocześnie usługi swojemu pracodawcy, np. podczas zajęć z ginekologii. Lekarze są chętni do takiej współpracy, mają dodatkowy zarobek, a także możliwość rozwoju, bo współpracują z uniwersytetem. Reasumując, część teoretyczną studenci realizują z naszą kadrą, a praktyczną – z zaprzyjaźnionymi ośrodkami klinicznymi.

– Rolą uniwersytetu nie jest tylko nauczenie zawodu – podkreślił **prof. Tomasz Grodzicki**. – Oczywiście chcemy, żeby absolwent uczelni medycznej był dobrym lekarzem, ale też wychowawcą i opiekunem kolejnych pokoleń lekarzy, żeby ta osoba była otwarta na nowe technologie. Dodał też, że ogólnoakademickość widziałaby nie tylko przez pryzmat badań naukowych, choć to istotny element, lecz nieco szerzej. Znajomość pewnych problemów, chociażby z dziedziny filozofii, daje szerszą perspektywę – lepsze zrozumienie świata. Studia medyczne powinny jak najszerszej kształcić. – Obserwując dalsze losy naszych absolwentów, widzę, że niekoniecznie średnia decyduje o tym, jak sobie radzą. Zdarza się, że ktoś miał niską średnią z ocen, ale prowadził inne działalności, miał szerokie zainteresowania i po studiach doskonale odnajduje się w tym, co robi. I to jest nasz cel – chcemy wychować absolwenta, który będzie podejmować nowe wyzwania – zaznaczył.

Prof. Tomasz Grodzicki oznajmił też, że szpitale uniwersyteckie mają ten ogromny plus, że są w nich osoby przygotowane do kształcenia, bo nauczanie

jest częścią ich zawodu. Poruszył również kwestię niechęci lekarzy w innych szpitalach do nauczania studentów. Wiąże się to z brakiem czasu, z prowadzeniem prywatnych praktyk. Dlatego, zdaniem prof. Tomasza Grodzickiego, bardzo ważną kwestią jest wychowanie kadr kształcących.

A jak optymalnie kształcić przyszłych lekarzy? Czy wrócić do modelu sprzed 30 lat i tworzyć filie tych dużych, wiodących uczelni? Prof. Tomasz Grodzicki nawiązał do powstawania nowych szkół posiadających kierunek lekarski. Tylko w Małopolsce powstały takie w Tarnowie, Nowym Sączu i Nowym Targu. W województwie mazowieckim też przybyło kilka. Czy zatem szkoła w każdej większej miejscowości, gdzie jest szpital, czy raczej współpraca z dużą, renomowaną uczelnią? On skłaniałby się do tej drugiej opcji. Kształcenie przedkliniczne to również ważna rzecz, ale czy warto ten system budować od nowa? Czy ma to sens, choćby w tych mniejszych ośrodkach? W jego opinii warto by współpracować z uczelniami, które już działają w tym zakresie, wykorzystywać ich zaplecze.

Prof. Ryszard Gellert podkreślił natomiast, że lekarz nie tylko ma leczyć, lecz także uczyć następne pokolenia. To musi być obowiązek przekazania wiedzy medycznej następnym pokoleniom. Młody człowiek trafia na specjalizację i dostaje swojego mistrza, który ma go przygotować do samodzielnego wykonywania zawodu. Od momentu immatrykulacji mija 10–12 lat, zanim ktoś uzyska samodzielność w zawodzie. To długotrwały proces i nie można skupiać się tylko na uczeniu, ale i na wychowywaniu. Należy zatem prowadzić szeroką rekrutację, ale i eliminować w trakcie procesu kształcenia.

Podsumowanie

Wszyscy uczestnicy debaty jednogłośnie stwierdzili, że podstawą kierunku lekarskiego jest kształcenie akademickie. Zwrócili też uwagę na potrzebę zmian w zasadach rekrutacji, weryfikacji wiedzy i eliminacji. Ważnym elementem, nad którym trzeba się pochylić, jest także finansowanie świadczeń w szpitalach będących bazą kliniczną dla uczelni medycznych, ponieważ nie ma nauki zawodu lekarza bez dostępu do łóżka pacjenta. Nie należy też zapominać o kształceniu i motywowaniu nauczycieli akademickich – poziom kadry nauczającej przekłada się bowiem na jakość leczenia przez przyszłych lekarzy.

Uzupełnieniem debaty jest komentarz dr. Piotra Kuznieruka dotyczący ustawy o kształceniu na uczelniach wyższych

Rewolucja technologiczna oraz głębokie zmiany społeczne sprawiają, że przyszłość jest nieprzewidywalna. Jako społeczeństwo będziemy musieli się z nią zmierzyć. W związku z tym również dla uczelni wyższych szczególnym zadaniem staje się rozwijanie wiedzy, umiejętności i postaw umożliwiających m.in. lepsze zrozumienie zmian zachodzących na świecie. Sprostanie im i podjęcie starań w zakresie ich wykorzystania w interesie publicznym i osobistym osób uczących się jest dużym wyzwaniem, co podkreśla opinia publiczna wraz ze środowiskiem medycznym w nieustannych dyskusjach na ten temat. W kontekście wspomnianych zmian na znaczeniu traci przygotowanie słuchaczy do aktualnych potrzeb otoczenia lub bieżących wymagań konkretnych zawodów. Zyskują natomiast na ważności kompetencje uniwersalne i możliwe do wykorzystania w różnych warunkach oraz pozwalające sprostać permanentnej zmianie dotyczącej zawodowej przyszłości studentów. Taka zmiana paradygmatów kształcenia musi powodować konieczność nowego rozumienia terminu „jakość kształcenia” oraz określenia kryteriów jej oceny – od tradycyjnej akredytacji do jakościowych prób oceny kompetencji absolwentów. Dotyczy to szczególnie tak odpowiedzialnych zawodów wysokiego zaufania społecznego, jakimi są zawody medyczne. Ważne jest przy tym poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań w tym zakresie i jest to m.in. przedmiotem niniejszego opracowania.

Dualizm studiów – studia o profilu ogólnoakademickim i praktycznym

Profil studiów, jak przyjęto w obowiązującym od kilku lat w Polsce ustawodawstwie dotyczącym szkolnictwa wyższego, jest atrybutem określającym charakter programu ze względu na stopień jego „praktyczności”. Tym samym klasyfikuje on studia na dwie kategorie: studia o profilu ogólnoakademickim oraz studia o profilu praktycznym.

Przyjęte rozwiązanie, podobnie jak i każde inne w tym zakresie, ma swoje zalety i wady². W 2011 r.

dokonano nowelizacji ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym – wprowadzono profilowanie studiów. Dlatego też podczas prac nad wspomnianą nowelizacją oprócz dyskusji nad nazwami profili rozpatrywano również koncepcję zakładającą zdefiniowanie nie dwóch, lecz trzech profili. Chodziło zatem o profil główny oraz dwa profile wyróżniające, czyli badawczy i praktyczny. Dychotomiczne profilowanie studiów jest dość naturalne dla funkcjonujących w wielu krajach systemów binarnych. Szczególnie można to zauważyć w państwach ze strefy niemieckojęzycznej, w których wyraźnie wyróżniony jest sektor kształcenia zawodowego, realizowanego w wyodrębnionej grupie uczelni (niem. *Fachhochschulen* – uczelnia zawodowa). Jednak w innych krajach tworzy ono problemy związane z przypisaniem prowadzonych studiów jednego z dwóch możliwych profili. Przykładem były prowadzone ożywione dyskusje w środowisku polskich uczelni medycznych dotyczące profilu studiów realizowanych w tych uczelniach. Należy zauważyć, że problem przypisania programowi właściwego profilu nie jest jednak trywialny. Przepisy ustawy i wydanych na ich podstawie rozporządzeń nakładają bowiem na uczelnie wyraźnie inne wymagania związane z realizacją studiów o profilu ogólnoakademickim i studiów o profilu praktycznym (ustawa 2.0 pogłębia to zróżnicowanie). W istocie decyzja o profilu powinna być w praktyce podejmowana przed przystąpieniem do tworzenia programu. Ze względu na stopień jego „praktyczności” problem właściwego określenia charakteru studiów występuje także w systemach, w których profilowanie nie ma charakteru formalnego. W rzeczywistości w każdym systemie jest spektrum programów o różnym stopniu „praktyczności”. Natomiast binarna klasyfikacja profili studiów musi jednak tworzyć różnego rodzaju problemy, które ujawniłyby się m.in. w sytuacji, kiedy dla tych dwóch wyróżnionych kategorii programów określono by na potrzeby akredytacji różne kryteria oceny jakości kształcenia.

¹ W środowisku międzynarodowym rozumienie tego terminu nie jest powszechne. Przykładowo w „ECTS Users' Guide” (2015) profil programu studiów jest definiowany jako ogólna charakterystyka programu – zestaw jego wyróżniających cech, m.in. kierunek studiów, poziom studiów, najważniejsze efekty uczenia się, oraz zasadnicze cechy określające sposób realizacji programu.

² Program rozwoju szkolnictwa wyższego do 2020 r. – Diagnoza szkolnictwa wyższego, J. Górniak (red.), FRP-KRASP, Warszawa 2015, s. 121.

Stopień „praktyczności” programu jest określony zatem nie tylko przez kierunek studiów, lecz także przez sposób realizacji programu. Uczelnia, a nawet jej jednostka, czyli wydział, może prowadzić studia na określonym kierunku o profilu ogólnoakademickim i o profilu praktycznym. Ponadto często można się spotkać z sytuacją, kiedy studia o profilu praktycznym zawierają pewne moduły zajęć typowe dla kształcenia ogólnoakademickiego. Jeszcze częściej jednak zdarza się, że w ramach studiów o profilu ogólnoakademickim realizowane są zajęcia o charakterze typowo praktycznym. Ma to miejsce w przypadku właściwie każdego programu prowadzącego do uzyskania tytułu zawodowego inżyniera czy lekarza, ale także w przypadku wielu programów przypisanych do dziedziny nauk humanistycznych. Można zauważyć, że takie przenikanie się kształcenia ogólnoakademickiego i praktycznego w ramach konkretnych programów studiów służy dobrze jakości kwalifikacji uzyskiwanych przez ich absolwentów. Jednak w kontekście przenikania się kształcenia ogólnoakademickiego i praktycznego działania niektórych uczelni sprawiają, że przepisy nowej ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce pogłębiają bariery formalne związane z profilowaniem studiów. Chodzi o to, że uczelnie zawodowe nie mogą prowadzić studiów o profilu ogólnoakademickim (art. 15 ust. 2), co zbliża tym samym obowiązujący system do modelu binarnego. Może to stworzyć – wbrew intencjom ustawodawcy – wrażenie, że studia o profilu praktycznym są gorsze, podczas gdy w istocie muszą one spełniać dodatkowe wymagania w porównaniu ze studiami o profilu ogólnoakademickim³. Dotyczy to w szczególności efektów uczenia się uzyskiwanych przez absolwenta określonych w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego dotyczącym PRK (Polska Rama Kwalifikacji). Potrzeby rynku pracy i perspektywy kariery zawodowej korygują jednak, przynajmniej w pewnym zakresie, mit o „gorszości” studiów o profilu praktycznym. Na uczelniach prowadzących studia dualne to zwykle studia o profilu praktycznym cieszą się dużym zainteresowaniem, stając się elitarną formą kształcenia, i rekrutują kandydatów z najlepszymi wynikami egzaminu maturalnego.

Elastyczne ścieżki kształcenia/uczenia się

W wielu krajach upowszechnia się coraz bardziej „nieliniowy” model kształcenia/uczenia się, gdzie okresy kształcenia są w tym modelu przeplacone lub zrównoleglone z okresami pracy zawodowej. Na podstawie szeroko podjętej dyskusji z udziałem ekspertów reprezentujących różne kraje i instytucje z Unii Europejskiej (UE), ministerstwa oraz inne urzędy centralne w poszczególnych krajach, a w tym uczelnie różnych typów, sformułowane zostały wnioski i rekomendacje zachęcające kraje członkowskie UE do działań sprzyjających promowaniu elastycznych ścieżek kształcenia/uczenia się. Do rekomendacji tych na poziomie systemowym zalicza się m.in.:

- dywersyfikację systemu szkolnictwa wyższego (typów uczelni i ich oferty w zakresie kształcenia);
- wprowadzanie regulacji prawnych ułatwiających uczelniom rozwój oferty elastycznego kształcenia (dotyczących m.in. uznawania kompetencji zdobytych w wyniku edukacji pozaformalnej i nieformalnej, kryteriów oceny jakości oferty edukacyjnej uczelni, podnoszenia statusu kadry akademickiej wprowadzającej innowacje w kształceniu);
- tworzenie warunków, w tym prawnych, do współpracy uczelni w zakresie kształcenia z instytucjami z otoczenia społeczno-gospodarczego;
- tworzenie odpowiedniej infrastruktury technicznej umożliwiającej wykorzystanie w kształceniu (procesie dydaktycznym i organizacji kształcenia) nowych technologii;
- stymulowanie zainteresowania uczelni i kadry akademickiej wdrażaniem rozwiązań sprzyjających realizacji elastycznego kształcenia, m.in. przez finansowanie projektów oraz badań w tym zakresie.

Należy zauważyć, że oferta polskich szkół wyższych, związana z realizacją elastycznego kształcenia, także pozostaje dość tradycyjna⁴. W wielu uczelniach ogranicza się głównie do studiów podyplomowych, niekiedy także do kursów dokształcających, a w niektórych przypadkach obejmuje inicjatywy typu uniwersytet trzeciego wieku albo uniwersytet otwarty. Wyraźnie nie nadąża się więc za opisanymi wcześniej nowymi trendami w kierunku oferowania wielu

³ Program rozwoju szkolnictwa wyższego do 2020 r. – Finansowanie szkół wyższych ze środków publicznych, J. Wilkin (red.), FRP-KRASP, Warszawa 2015, s. 131.

⁴ P. Modzelewski, M. Dwórzniak, Ewidencja i zarządzanie kosztami w szkołach wyższych, w: Koszty kształcenia wyższego, U. Szanderska, G. Grotkowska (red.), Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2017, s. 231.

różnych form „krótkich programów”, prowadzonych samodzielnie lub wspólnie z instytucjami zewnętrznymi. Umożliwiają one uzyskanie kwalifikacji cząstkowych, które stanowią wartość samą w sobie, ale mogą też być w przyszłości wykorzystane przy ubieganiu się o uzyskanie kolejnych kwalifikacji – w krótszym czasie i mniejszym wysiłkiem (także finansowym).

Uchwalona w 2018 r. ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce⁵, znana także jako Ustawa 2.0 lub Konstytucja dla nauki, nie przynosi pozornie zbyt wielu zmian w zakresie kształcenia w uczelniach wyższych. Jednak przez zapis art. 11, stanowiący, że podstawowymi zadaniami uczelni jest prowadzenie kształcenia na studiach oraz prowadzenie kształcenia na studiach podyplomowych lub innych form kształcenia, ustanawia się uczelnię jednostką podstawową odpowiedzialną za kształcenie. Ta zmiana może być jednocześnie doskonałą okazją do szeregu działań sprzyjających poprawie jakości kształcenia. Najbardziej jednak oczywiste jest uporządkowanie oferty dydaktycznej uczelni. Dotychczas obowiązujące przepisy powodowały bowiem, że w ofercie dydaktycznej uczelni znajdowały się kierunki studiów niezwykle podobne lub też niewiele się różniące w zakresie zdefiniowanych kierunkowych efektów kształcenia. Zgodnie ze wspomnianymi przepisami ciężar odpowiedzialności za kształcenie spoczywał na wydziałach lub innych organach wewnętrznych uczelni, powołanych zgodnie ze statutem do prowadzenia studiów. Obecne działania uczelni, a w szczególności dostosowanie kierunków studiów do wymogów nowej ustawy, dają nadzieję na wyeliminowanie tych niekorzystnych zjawisk, które stanowiły o nieprzejrzystości oferty uczelni oraz o merytorycznym dublowaniu się kierunków studiów lub też braku współpracy między wydziałami i poszczególnymi osobami realizującymi podobne działania dydaktyczne.

Można zatem zauważyć, że działania uczelni związane z realizacją idei elastycznego kształcenia z wykorzystaniem możliwości stworzonych przez przepisy Ustawy 2.0, mogą obejmować zarówno rozwój, jak i dywersyfikację oferty edukacyjnej oraz pełnienie przez uczelnię funkcji „integratora LLL” („obszar uczenia się przez całe życie”)⁶. Oferta

wspierająca realizację idei elastycznego kształcenia powinna obejmować zatem (obok studiów I i II stopnia, studiów podyplomowych, a w przypadku uczelni zawodowych – także kształcenia specjalistycznego na poziomie 5 PRK) różnego rodzaju „krótkie programy” zbudowane z modułów stanowiących elementy programów studiów I lub II stopnia, kursów i szkoleń. Oferta taka mogłaby być tworzona i realizowana we współpracy z podmiotami zewnętrznymi – instytucjami z otoczenia społeczno-gospodarczego – co w niektórych przypadkach owocowałoby wspólnymi certyfikatami uznawanymi w środowisku zawodowym.

Natomiast istotą pełnionej przez uczelnię funkcji integratora jest uznawanie kompetencji (czyli efektów uczenia się) potwierdzonych dokumentami przedkładanymi przez kandydata/ studenta lub zweryfikowanych przez uczelnię. Chodzi tutaj o kompetencje uzyskane w wyniku działalności zawodowej lub w inny sposób w procesie prowadzącym do uzyskania nadawanych przez uczelnię kwalifikacji pełnych, zwłaszcza na studiach o profilu praktycznym, jak również cząstkowych, np. świadectw ukończenia studiów podyplomowych.

Pełnienie takiej funkcji wymaga otwarcia na szerszą współpracę w zakresie kształcenia z instytucjami z otoczenia społeczno-gospodarczego, w tym także z instytucjami nadającymi kwalifikacje cząstkowe na poziomach 5–7 Polskiej Ramy Kwalifikacji⁷. Wspomniana funkcja wymaga także pewnej dozy zaufania do działalności tych instytucji. Należy też podkreślić, że przepisy ustawy o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji⁸ tworzą gwarancję objęcia kwalifikacji „rynkowych” (wprowadzanych do Zintegrowanego Rejestru Kwalifikacji i nadawanych przez rozmaite podmioty spoza sektora szkolnictwa wyższego) rygorystycznymi procedurami zapewniania jakości. Nie ma wobec tego powodu, dla którego kwalifikacje takie nie mogłyby być brane pod uwagę przez uczelnie przy tworzeniu indywidualnych programów studiów zgodnie z koncepcją elastycznego kształcenia.

Należy przy tym zauważyć, że propozycje te nie są nowatorskie – niektóre z proponowanych działań były przedmiotem analiz i wdrożenia w ramach realizowanego w latach 2014–2015 przez grupę uczelni

⁵ Dz.U. 2018 poz. 1668, Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

⁶ Zmienność wymogów rynku pracy skłania do ciągłego pozyskiwania i doskonalenia kompetencji – uczenie się przez całe życie (*lifelong learning*, LLL) uwzględniające różne formy, miejsca i ścieżki, co staje się aktualnie koniecznością.

⁷ <https://prk.men.gov.pl/polska-rama-kwalifikacji-prk/> [dostęp: 25.10.2022].

⁸ <https://kwalifikacje.edu.pl/> [dostęp: 25.10.2022].

projektu „Szkoły wyższe w roli integratora uczenia się przez całe życie”. Projekt realizowany był na zlecenie Instytutu Badań Edukacyjnych, a wyłoniona do realizacji projektu grupa uczelni – Uniwersytet Warszawski, Szkoła Główna Handlowa, Politechnika Warszawska, Zachodniopomorska Szkoła Biznesu oraz Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Elblągu – podjęła trud działań koncepcyjnych poświęconych opracowaniu ogólnych wskazówek dla polskich szkół wyższych pełniących funkcję integratorów uczenia się przez całe życie.

Analiza dokumentów krajowych i międzynarodowych oraz diagnoza stanu podejmowanych w uczelniach działań na rzecz realizacji idei uczenia się przez całe życie skłoniła autorów raportu do sformułowania szeregu rekomendacji, które są aktualne i dzisiaj⁹. Do wybranych rekomendacji dla instytucji szkolnictwa wyższego można zaliczyć m.in. te, iż uczelnie winny powołać kolegialne ciała programowo-doradcze, których zadaniem będzie zapewnienie coraz większej synergii i spójności pomiędzy misją edukacyjną a potrzebami lokalnych i regionalnych społeczności. Następną rekomendacją dotyczącą tego, iż uczelnie winny również rozwinąć w porozumieniu z interesariuszami, a zwłaszcza pracodawcami, bogatą ofertę kształcenia ustawicznego na odpowiednim poziomie i we właściwym profilu. Kolejną rekomendacją – uczelnie winny uznawać efekty uczenia się osiągnięte w kształceniu poza systemem formalnym na poczet programów studiów. Uczelnie winny prowadzić działania informacyjno-doradcze na rzecz potencjalnych studentów, zwłaszcza nietradycyjnych, w celu poprawy dostępności do studiów i walidacji uzyskanych efektów uczenia się. Powinny również przyjąć na siebie rolę integratora LLL i LWL i umożliwić dochodzenie do kwalifikacji różnymi ścieżkami. Uczelnie powinny stworzyć system walidacji efektów uczenia się oraz stworzyć efektywny system doradczo-informacyjny skierowany na potrzeby studentów nietradycyjnych. Powinny również wzbogacić swoją ofertę dydaktyczną o formy, treści i metody kształcenia zaspokajające potrzeby studentów nietradycyjnych, zwłaszcza poprzez łączenie studiów stacjonarnych z formami kształcenia na odległość i umożliwienie studiowania w różnym, zindywidualizowanym tempie. Uczelnie powinny zadbać o szersze współdziałanie z interesariuszami zewnętrznymi

(pracodawcami, przedstawicielami organizacji i stowarzyszeń zawodowych, władzami lokalnymi itp.) przy tworzeniu oferty dydaktycznej oraz realizacji procesu dydaktycznego. Następnie poszerzać możliwości kształcenia zindywidualizowanego zarówno co do ścieżki kształcenia przez całe życie, jak i do poszczególnych jej elementów. Szkoły wyższe powinny wypracować koncepcję funkcjonowania jednostek edukacyjnych typu „uniwersytet otwarty”. Dalej, powinny rozbudowywać i różnicować ofertę edukacyjną, dostosowując ją do ciągle poszerzającego się kręgu potencjalnych odbiorców – osób o różnych oczekiwaniach, potrzebach i możliwościach edukacyjnych. Oferta ta powinna obejmować w coraz szerszym stopniu rozwijane we współpracy z instytucjami otoczenia społeczno-gospodarczego nowe formy kształcenia, prowadzące do uzyskania kwalifikacji częściowych. Spójny bowiem system definiowania efektów kształcenia i przypisywania punktów ECTS pozwala na porównywanie programów kształcenia, uznawanie efektów kształcenia oraz uznawanie efektów uczenia się zdobytych poza edukacją formalną.

Należy zauważyć, że duża część z tych rekomendacji, szczególnie w zakresie działań systemowych, została już zrealizowana. Między innymi ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce wprowadziła możliwość kształcenia specjalistycznego (na poziomie 5 PRK) przez uczelnie zawodowe, powstał też Zintegrowany System Kwalifikacji oraz Zintegrowany Rejestr Kwalifikacji¹⁰. Wydaje się jednak, że szereg rekomendacji, zwłaszcza tych sformułowanych dla instytucji szkolnictwa wyższego, nadal czeka na realizację. Istotne wydają się również te, które odpowiadają na zalecenia Rady Europejskiej z 22 maja 2018 r. w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie, takich jak: kompetencje społeczne i obywatelskie, przedsiębiorczość i innowacyjność.

Wdrażanie idei elastycznego kształcenia tworzy zatem nowe wyzwania związane z zapewnianiem jakości kształcenia i jakości kolejnych kwalifikacji uzyskiwanych przez osoby realizujące zindywidualizowane elastyczne ścieżki kształcenia. Od dawna toczy się dyskusja na temat mechanizmów zagwarantowania odpowiedniej jakości kwalifikacji uzyskiwanych w wyniku realizacji różnych form kształcenia na odległość. Ale to właśnie stworzenie

⁹ <https://www.uw.edu.pl/uniwersytet/zip/> [dostęp: 30.10.2022].

¹⁰ <https://rejestr.kwalifikacje.gov.pl/> [dostęp: 27.10.2022].

różnorodnych możliwości realizacji idei elastycznego kształcenia i umiejętność radzenia sobie z wyzwaniami z tym związanymi decyduje dziś w znacznym stopniu o jakości systemu szkolnictwa wyższego oraz o jakości kształcenia oferowanego przez funkcjonujące w nim uczelnie.

Różnice między studiami o profilu ogólnoakademickim a studiami o profilu praktycznym

Dość często spotykamy „wyjaśnieniem” tych różnic jest to, że studia o profilu praktycznym rozwijają konkretne umiejętności. Oznaczałoby to zatem, że studia o profilu ogólnoakademickim nie rozwijają umiejętności i nastawione są wyłącznie na pozyskiwanie wiedzy teoretycznej. Jednak aby zrozumieć rzeczywiste różnice wynikające z tych dwóch profili kształcenia, należy zacząć od poznania ich definicji. Każda uczelnia posiada dokumenty określające: charakter nauki, program kształcenia, formę oraz tytuł nadawany absolwentom.

W aktach prawnych znajdujemy wyjaśnienie, że profil praktyczny to profil programu kształcenia obejmującego moduły zajęć służące zdobywaniu przez studenta umiejętności praktycznych i kompetencji społecznych. Realizowany on jest przy założeniu, że ponad połowa programu studiów określonego w punktach ECTS obejmuje zajęcia praktyczne. Kształtują one umiejętności oraz kompetencje, w tym umiejętności uzyskiwane na zajęciach warsztatowych, które są prowadzone przez osoby posiadające doświadczenie zawodowe zdobyte poza uczelnią¹¹.

Z kolei studia o profilu ogólnoakademickim to studia ściśle związane z działalnością naukową danej uczelni. Przynajmniej połowa zajęć musi być powiązana z badaniami i publikacjami naukowymi (dokładniej – ponad połowa punktów ECTS). Zatem każdy absolwent kierunku o profilu akademickim jest wstępnie przygotowany do kariery naukowej. Kierunki studiów akademickich mogą posiadać wyłącznie uczelnie o statusie akademickim, czyli prowadzące działalność naukową, które zostały ocenione pod tym względem przynajmniej w części swojej działalności dobrze lub bardzo dobrze. Formalnie w co najmniej jednej dyscyplinie naukowej albo artystycznej uczelnia musi mieć kategorię naukową A+,

A albo B+. Wszystkie pozostałe uczelnie prywatne i państwowe są uczelniami zawodowymi i nie mogą prowadzić profili akademickich¹².

Profil ogólnoakademicki jest profilem programu kształcenia obejmującego moduły zajęć powiązane z prowadzonymi w uczelni badaniami naukowymi. Realizowany jest przy założeniu, że ponad połowa programu studiów określonego w punktach ECTS obejmuje zajęcia służące zdobywaniu przez studenta pogłębionej wiedzy. W związku z tym studia o profilu praktycznym to studia ściśle powiązane z praktycznym wykorzystaniem umiejętności i wyniesionej z zajęć wiedzy. Oznacza to, że absolwenci tego profilu otrzymują wstępne przygotowanie do pracy w jakimś zawodzie bądź grupie zawodów. To przygotowanie pozyskują dzięki różnego rodzaju zajęciom, takim jak ćwiczenia, laboratoria, konserwatoria. Tym samym profil praktyczny zakłada odbycie praktyk zawodowych¹³.

Studia o profilu praktycznym są studiami ściśle związanymi z praktycznym wykorzystaniem umiejętności i wiedzy wyniesionej z zajęć. Przynajmniej połowa zajęć musi kształtować umiejętności praktyczne (dokładniej – ponad połowa punktów ECTS). Oznacza to, że każdy absolwent studiów o profilu praktycznym jest wstępnie przygotowany do pracy w określonym zawodzie lub grupie zawodów. Zatem zajęcia powinny być prowadzone w warunkach właściwych dla danego zakresu działalności zawodowej, czyli przy wykorzystaniu pracowni, laboratoriów oraz miejsc praktyk zawodowych. Powinny być prowadzone również w sposób umożliwiający wykonywanie czynności praktycznych przez studentów. Chodzi zatem o to, aby miały charakter ćwiczeń, laboratoriów, konwersatoriów, podczas których studenci będą mogli działać i mówić, a nie tylko słuchać i notować.

Program studiów o profilu praktycznym musi zawierać również praktyki zawodowe. Minimalna długość praktyk to 6 miesięcy w przypadku studiów pierwszego stopnia, a chodzi tutaj o studia licencjackie i inżynierskie oraz jednolite magisterskie, lub 3 miesiące w przypadku studiów magisterskich drugiego stopnia (tzw. uzupełniających). Kierunki studiów praktycznych mogą zatem prowadzić wszystkie uczelnie w Polsce, czyli zarówno akademickie, jak

¹¹ <https://www.pka.edu.pl/wp-content/uploads/2020/08/Stanowisko-4.pdf> [dostęp: 27.10.2022].

¹² <https://studia.pl/profil-akademickim-praktyczny/> [dostęp: 27.10.2022].

¹³ Ustawa z dnia 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytułach naukowych oraz o stopniach i tytułach w zakresie sztuki oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. 2011, Nr 84, poz. 455).

i zawodowe. Wyjątkiem są studia przygotowujące do zawodu nauczyciela – wówczas uczelnia zawodowa może je prowadzić wyłącznie w porozumieniu z uczelnią akademicką.

Należy przy tym zauważyć, że ten sam kierunek studiów na różnych uczelniach, a nawet na różnych wydziałach tej samej uczelni może być prowadzony w profilu zarówno ogólnoakademickim, jak i praktycznym. Oznaczałoby to, że studia akademickie to studia teoretyczne, kształtujące tylko naukowców-pasjonatów niemyślących praktycznie. Jednak niekoniecznie należy się z tą tezą zgodzić, ponieważ wiele zajęć na profilu akademickim może również dobrze przygotowywać do praktycznego wykonywania zawodu. Nawet jeśli są powiązane z działalnością naukową, która może kojarzyć się z oderwaniem od tzw. rzeczywistości. Coraz więcej jednak badań naukowych prowadzonych jest w Polsce we współpracy z biznesem. Może się więc okazać, że profil akademicki przynosi więcej pożytku absolwentom w ich karierze niż profil praktyczny.

Z drugiej jednak strony powstaje pytanie, czy profil praktyczny daje dobre przygotowanie do konkretnego zawodu, a skoro tak, to wiele zajęć musi mieć charakter praktyczny¹⁴. Podobnie jak wcześniej, również i z tą tezą niekoniecznie należy się zgodzić, ponieważ dużo zależy od wykładowców, programu studiów oraz od współpracy z pracodawcami. Zatem profil praktyczny powinien być odpowiednią przepustką do wejścia w karierę zawodową, jednak trzeba kontrolować dany kierunek studiów pod kątem jakości kształcenia.

Deбата publiczna o efektywności profili studiów medycznych

Przełóżając oferty dydaktyczne, łatwo zorientować się, że ten sam kierunek kształcenia na różnych uczelniach, a nawet na różnych wydziałach tej samej uczelni może być realizowany w ramach zarówno jednego, jak i drugiego profilu. Niewątpliwie wprowadza to zamieszanie i rodzi pytania, a jednym z najczęściej pojawiających się jest pytanie dotyczące takiego właśnie podziału oraz czemu on faktycznie ma służyć, jak również czy absolwenci profilu praktycznego są lepsi od absolwentów

profilu ogólnoakademickiego. Należy podkreślić, że nazewnictwo wydaje się nie do końca trafione i przede wszystkim ono budzi wątpliwości, a przy tym błędnym założeniem jest, że absolwenci profilu ogólnoakademickiego nie są przygotowani do wykonywania zawodu. Wiele zajęć realizowanych w tym profilu przygotowuje do pracy w zawodzie, nawet jeśli są one powiązane z działalnością naukową.

Wyższe szkoły zawodowe dla lekarzy – projekt Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Edukacji i Nauki

Studia medyczne o profilu ogólnoakademickim kończą się uzyskaniem tytułu zawodowego lekarza. W celu uzyskania prawa wykonywania zawodu (po ukończeniu studiów) absolwenci kierunku lekarskiego zobowiązani są do złożenia Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK). Należy przy tym ponownie podkreślić, że profil praktyczny zakłada odbycie praktyk zawodowych, natomiast studia o profilu ogólnoakademickim są studiami powiązany- mi z działalnością naukową danej uczelni. W związku z powyższym Minister Zdrowia ogłosił we wrześniu 2021 r., że resort zdrowia wraz z Ministerstwem Edukacji i Nauki (MEiN) przygotował projekt o kształceniu lekarzy w szkołach zawodowych¹⁵. Kwestie te są zawarte w projekcie nowelizacji przepisów ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

Powstaje zatem istotne pytanie, o jakie szkoły zawodowe dla lekarzy chodzi oraz o jakie uczelnie. Pomysł ten wywołał zdumienie i krytykę środowiska lekarskiego. Dlatego też ocena tego projektu przez wspomniane środowisko (jeśli zostanie on zrealizowany) przedstawia się tak, że grozi to „felczeryzacją” medycyny i obniżeniem poziomu jakości kształcenia lekarzy¹⁶. Uczelnie, o których mowa (z takim tytułem w oficjalnej nazwie) są w mniejszości w Polsce w kontekście wyższych uczelni zawodowych o pewnym wyodrębnionym statusie, określonym obecnie ustawą o szkolnictwie wyższym 2.0. Nie są to zatem uczelnie akademickie, ale posiadają uprawnienia do kształcenia na kierunkach licencjackich i magisterskich, także na niektórych z tych, które są prowadzone przez uniwersytety medyczne. Projekt zmian w ustawie, który zaskoczył nawet samych rektorów,

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. 2019, poz. 1573, ze zm.).

¹⁵ <https://remedium.md/publikacje/wiadomosci/szkoly-zawodowe-takze-dla-lekarzy-jest-projekt> [dostęp: 29.10.2022].

¹⁶ <https://podyplomie.pl/aktualnosci/07653,lekarze-ostrzegaja-przed-felczeryzacja-medycyny> [dostęp: 29.10.2022].

zakłada kształcenie lekarzy w szkołach zawodowych i został przekazany do konsultacji wąskiemu gronu – rektorom uczestniczącym w zgromadzeniu plenarnym Konferencji Rektorów Publicznych Uczelni Zawodowych. Rektor szkoły wyższej w Łomży, który jest obecnie przewodniczącym Konferencji Rektorów Publicznych Uczelni Zawodowych, stwierdził, że projekt wymaga namysłu i starannej analizy, a następnie dodał, że nie sądzi, aby aktualnie którakolwiek z uczelni miała takie aspiracje, choć należy zauważyć, że jeżeli pojawią się możliwości legislacyjne, to być może niektóre wyższe szkoły zawodowe się zdecydują, jednak nie będzie to zbyt szybki proces. Każdy zapewne posiada świadomość, jak ważny jest zawód lekarza i jak wysokie wymagania trzeba spełnić, aby kształcić lekarzy. Chodzi zatem zarówno o kadre, jak i zaplecze kliniczne oraz bazę szpitalną, w której odbywałyby się praktyki.

Ministerstwo Zdrowia (MZ) wraz z MEiN, forsując omawiany projekt, podkreślają natomiast, że zależy im na tym, aby kształcenie medyków w szkołach zawodowych nabierało coraz większego statusu i coraz wyższego poziomu. Przygotowany odpowiednio projekt będzie dopuszczał kształcenie lekarzy w szkołach zawodowych, co wynika z zapotrzebowania na lekarzy w Polsce. Projekt ma na celu zbudowanie odpowiedniego zasobu kadr, który będzie potrafił odpowiedzieć na zwiększające się potrzeby leczenia Polaków.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, komentując plan kształcenia lekarzy w uczelniach zawodowych, stwierdził, że jest to pomysł znany z dawnych czasów, kiedy chciano stworzyć wyższe szkoły inżynierskie w każdym mieście Polski Ludowej. Podkreślił on też, że na szczęście świat akademicki obronił się wtedy przed deprecjacją wyższego wykształcenia, co tym samym spowodowało, że zawód felczera zniknął z listy zawodów medycznych w Polsce. Projekt ten jednak stanowi ewidentnie „felczeryzację” polskiej medycyny, a to już krok do obniżenia jakości kształcenia i w konsekwencji – poziomu opieki medycznej¹⁷. Można zatem zauważyć powstanie ponownego problemu odnoszącego się do kwestii potrzeby wykształcenia akademickiego w kontekście rozwoju medycyny. Wyłączanie części lekarzy, którzy otrzymaliby dyplom lekarza po szkole zawodowej, z tak ważnej kompetencji, jaką jest prowadzenie badań czy też ich interpretowanie – co jest bardzo

istotną częścią wykonywania zawodu – nie jest krokiem w dobrym kierunku i potwierdzają to naukowcy z zakresu omawianego zagadnienia.

Ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z lipca 2018 r. wskazuje, że uczelnia zawodowa prowadzi kształcenie uwzględniające potrzeby otoczenia społeczno-gospodarczego. Kształcenie to odbywa się na studiach wyłącznie o profilu praktycznym. Zgodnie z ustawą uczelnia zawodowa prowadzi studia pierwszego stopnia, a może również prowadzić: studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie oraz kształcenie specjalistyczne. Państwowe zawodowe uczelnie wyższe kształcą fachowców, m.in. na kierunkach technicznych, pedagogicznych czy też medycznych. Powstanie takich szkół wyższych wychodziłoby naprzeciw oczekiwaniom młodych ludzi, którzy nie zawsze mają możliwości i warunki ku temu, żeby studiować w dużej uczelni akademickiej odległej od miejsca zamieszkania. A jednocześnie te osoby chciałyby uzyskać zawód na poziomie licencjackim, inżynierskim czy magisterskim, jak twierdzą specjaliści w tej tematyce. Uczelnie wyższe zawodowe posiadają kadre dydaktyczną i naukową, czyli doktorów i doktorów habilitowanych oraz profesorów i pod względem wymagań kadra kształcąca studentów na kierunku pielęgniarstwo, położnictwo czy ratownictwo medyczne spełnia wymogi stawiane przez ustawę Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

Zasadnicza różnica między uczelnią zawodową a uczelnią akademicką, jak wyjaśniają specjaliści z tej dziedziny, polega na tym, że wyższe uczelnie zawodowe mają prawo do kształcenia tylko na profilach praktycznych oraz mogą, ale nie muszą, prowadzić badania naukowe. Natomiast uczelnie akademickie kształcą zarówno na profilach ogólnoakademickich, jak i praktycznych, jednak mają obowiązek prowadzenia badań naukowych.

Kierunki medyczne prowadzone obecnie przez wyższe uczelnie zawodowe to przede wszystkim: pielęgniarstwo, fizjoterapia, kosmetologia, dietetyka, ratownictwo medyczne i położnictwo; są to studia zarówno licencjackie, jak i magisterskie. Wymagania natomiast co do kształcenia są różne – na uczelniach zawodowych jest znacznie więcej praktyki, co wynika z przepisów – zajęć praktycznych musi być tam co najmniej 50 procent.

¹⁷ <https://pulsmedycyny.pl/ksztalcenie-lekarzy-w-zawodowkach-w-sejmie-jakosc-nie-ucierpi-kontra-produkt-lekarzopodobny-1129255> [dostęp: 29.10.2022].

Kierunki medyczne prowadzi większość uczelni zawodowych, ponieważ jest na nie ogromne zapotrzebowanie społeczne. Na 33 publiczne wyższe szkoły zawodowe takie studia realizowane są w 25. Należy podkreślić, że do tej pory uczelnie te dobrze się sprawdzają pod względem kształcenia na poziomie studiów zawodowych na kierunkach o profilu praktycznym. Kształcąc na kierunkach medycznych, nie odbiegają od uczelni akademickich w zakresie standardów, także tych dotyczących poziomu zajęć praktycznych prowadzonych w centrach symulacji medycznej.

Ministerstwo Zdrowia potwierdza zatem, że powstaną szkoły zawodowe dla lekarzy. Wspólnie z Ministerstwem Edukacji i Nauki zdecydowano o wprowadzeniu możliwości kształcenia lekarzy w takich właśnie szkołach. Kwestie te są zawarte w projekcie nowelizacji przepisów ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce¹⁸. Medycy natomiast dosyć mocno komentują takie poczynania, określając je jako próby „produkowania lekarzy gdzie popadnie”¹⁹. W Europie i na całym świecie zwraca się wprawdzie coraz większą uwagę na praktyczne umiejętności, czyli tzw. kompetencje lekarzy, ale medycyna jest w tym sensie sztuką, że posiadaną wiedzę trzeba umieć dostosować do indywidualnych sytuacji. Dlatego też wiedza uzyskiwana z wykształceniem akademickim jest bardzo potrzebna. Nie wystarczy bowiem tylko umieć coś zrobić, lecz należy jeszcze wiedzieć (i to z dużym „zapasem”), dlaczego należy zrobić to właśnie tak, a nie inaczej. W związku z tym, jak ocenia środowisko medyków, ministerialne próby „produkowania lekarzy gdzie popadnie” nie mogą być dobrze odbierane. Stanowią realne zagrożenie dla potencjalnych absolwentów takich uczelni, a przede wszystkim dla pacjentów, ponieważ pojawia się poważne niebezpieczeństwo w postaci pozyskiwania lekarzy do systemu bez oglądania się na jakość kształcenia. Idąc dalej, Okręgowa Izba Lekarska wystosowała komunikat, w którym wręcz żąda natychmiastowego wycofania się MZ i MEiN z zapowiadanych rozwiązań, podkreślając przy tym, że proponowane rozwiązania zmierzają nie tylko do wspomnianej już „felczyzacji” medycyny, lecz jednocześnie

prowadzą do upadku prestiżu zawodu lekarza i stanowią formę deprecjonowania medyków²⁰.

Środowisko medyków podkreśla, że w pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na jakość kształcenia, która wymaga odpowiedniego zaplecza naukowego i klinicznego. Biorąc pod uwagę znaczny niedobór lekarzy specjalistów, wysoką średnią wieku wśród nauczycieli akademickich oraz 6-letni program studiów medycznych, należy uznać za mało realne osiągnięcie adekwatnego poziomu nauczania na nowo powstałych kierunkach wyższych szkół zawodowych. Jednocześnie wobec narastających, także wśród pracowników medycznych, ruchów promujących medycynę alternatywną (negującą np. szczepienia, leczenie onkologiczne czy konwencjonalne badania dodatkowe) konieczna jest konsolidacja obszaru medycyny akademickiej wokół medycyny opartej na dowodach i ostrożne rozszerzanie zaplecza dydaktycznego dla nauczania zawodu lekarza, w szczególności powstającego w oderwaniu od uczelni medycznych.

Opierając się dalej na komentarzach środowiska medycznego, należy zauważyć również istotne stanowisko, że system kształcenia kadr medycznych w Polsce nie nadąża za rozwojem technologii. Potrzebni są zatem „jutronauci”, jak zauważa przewodnicząca Rady Dyscypliny Naukowej Inżynieria Biomedyczna na Politechnice Wrocławskiej. Chodzi o osoby, które będą kształtowały oblicze medycyny przyszłości. Z tego względu Politechnika Wroclawska planuje utworzyć bardzo elitarny kierunek lekarski. Współczesne szpitale coraz częściej są „naszpikowane” nowoczesną aparaturą. Rozwój technologii tak przyspieszył, że rzadko który system tradycyjnej medycyny nadąża za nim w swoich założeniach dotyczących kształcenia. Dlatego też w Stanach Zjednoczonych oferuje się już studia kończące się uzyskaniem tytułu Physician Engineer, czyli lekarza inżyniera. Jednak nie są to studia masowe, ale przeznaczone właśnie dla elity. Łatwo zatem zauważyć, nie da się już oddzielić technologii od medycyny. Nie można więc kształcić lekarzy, którzy nie będą mieli wiedzy o nowych technologiach, więc musi się ona znaleźć w programach kształcenia. Już bardzo wiele uniwersytetów na świecie rozumie te aktualne wyzwania²¹.

¹⁸ <https://www.termedia.pl/mz/Sejm-szkoly-zawodowe-jednak-wykształca-lekarzy,44443.html> [dostęp: 29.10.2022].

¹⁹ <https://info.wyborcza.pl/temat/wyborcza/felczyrem+medycyny> [dostęp: 29.10.2022].

²⁰ <https://www.fakt.pl/polityka/nadchodzi-plaga-niedouczonej-lekarzy/zl61jje> [dostęp: 29.10.2022].

²¹ <https://pulsmedycyny.pl/prof-podbielska-to-medycyna-personalizowana-powinna-wytyczac-sciezki-terapeutyczne-pacjenta-1168039> [dostęp: 28.10.2022].

Podczas konferencji zorganizowanej w ramach XVIII Forum Rynku Zdrowia (24–25 października 2022, Warszawa) pn. „Kształcenie kadr medycznych w Polsce” zwrócono uwagę na potrzebę kształcenia lekarzy, którzy będą nadawali kierunek rozwojowi nowoczesnej medycyny i przekażą wiedzę kolejnym pokoleniom²². Ich zadaniem będzie rozwijanie koncepcji medycyny 3P, opartej na personalizacji, prewencji i predykcji – ściśle powiązanych z wysoko wyspecjalizowanymi technologiami. Kadre naukową kształtującą nowych lekarzy powinni stanowić zatem w znacznej części lekarze ze stopniami i tytułami naukowymi. Przykładem mogą być działania Senatu Politechniki Wrocławskiej, który we wrześniu 2022 r. pozytywnie zaopiniował podobny wniosek w tej sprawie, a zgodę na prowadzenie kierunku lekarskiego musi wydać jeszcze Minister Edukacji i Nauki. W celu zapewnienia kształcenia na najwyższym poziomie wykorzystane zostaną nowoczesne symulatory we współpracy ze szpitalami.

Wnioski

Debata „Jak optymalnie kształcić w zawodach medycznych” z udziałem rektorów największych polskich uniwersytetów medycznych, jak i przedstawicieli uczelni, które od niedawna kształcą kadry medyczne, była kontynuacją ubiegłorocznej dyskusji na ten temat. Podczas tej debaty podkreślono, że nie ma możliwości optymalnego i skutecznego kształcenia na kierunkach medycznych bez prowadzenia badań naukowych i rozwoju ogólnoakademickiego, jednocześnie w ramach projektów badawczych i współpracy z wieloma klinikami i szpitalami. Przekazywanie wiedzy studentom musi odbywać się właśnie w ten sposób, ponieważ stały transfer wiedzy i technologii jest na kierunkach medycznych niezbędny. Jednocześnie rozwój profilu ogólnoakademickiego – włączanie studentów w działalność kół naukowych, ich aktywność w relacji mistrz–uczeń – uczy krytycznej analizy źródeł oraz wnioskowania przyczynowo-skutkowego. Wymienione elementy są potrzebne przyszłym lekarzom, żeby mogli realnie wykonywać swój zawód i mieli świadomość, że w tym zawodzie

trzeba uczyć się całe życie²³. Niezbędne jest zatem holistyczne podejście oraz interdyscyplinarne łączenie aktywności naukowej w trzech dziedzinach, dlatego też prawo i ekonomia w powiązaniu z medycyną dają szerokie spojrzenie i gwarantują, że łączenie elementów tych dziedzin efektywnie wpływa na kształcenie.

Należy stwierdzić, że reforma systemu kształcenia przyszłych pracowników ochrony zdrowia staje się koniecznością, a wymuszają ją m.in. braki kadr w systemie, co jest wynikiem dokonującego się tzw. skoku technologicznego oraz pojawianiem się na rynku nowych profesji. Wymaga się zatem, aby poziom kształcenia przyszłych lekarzy nie stracił na jakości, a pacjent tylko zyskał. Wprowadzenie e-zdrowia, e-recepty i wszystkie inne zmiany technologiczne, jak i terapeutyczne wymagają również zmian w nauczaniu. Wydaje się zatem, że wystarczy dopasować odpowiednio system, aby sprostał wyzwaniom, które z nich wynikają. Zmiany w kształceniu są zatem bardzo potrzebne, jak też wprowadzenie nowych zawodów do systemu ochrony zdrowia, a priorytetem powinna być zawsze jakość. Niestety zauważyć można niebezpieczne zjawisko, jakim jest tworzenie rozwiązań, które stawiają na ilość kosztem jakości. Środowisko medyczne podkreśla, iż podobnie było z propozycjami uruchomienia kierunków lekarskich w wyższych szkołach zawodowych bez zaplecza akademickiego i tradycji. Inny przykład to rezygnacja ze stażu podyplomowego, zauważając przy tym, jak cenna jest możliwość zdobycia praktycznej wiedzy i umiejętności. Dlatego też należy mocno podkreślić, iż na skutek błędnych decyzji stawiających na ilość, a nie na jakość, poziom absolwentów kierunków medycznych będzie się tym samym obniżał. Obecnie, jak podkreśla środowisko medyczne, kształcenie działa nie zawsze w sposób zadowalający, także z powodu zbyt małych środków przeznaczanych na te kwestie. W każdym aspekcie tego złożonego procesu – studiów, stażu podyplomowego, rezydentury i specjalizacji – występują duże braki, a jeśli chodzi o studia, to nadal system opiera się o zasady ustalone blisko 50 lat temu, które automatycznie odstają od współczesnej medycyny.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 1:06:29



²² <https://www.forumrynkuzdrowia.pl/2022/pl/> [dostęp: 28.10.2022].

²³ <https://whc.ifps.org.pl/2022/10/4-kongres-zdrowie-polakow-za-nami-zapraszamy-do-internetu%EF%BF%BC/> [dostęp: 3.11.2022].



V debata rektorów uczelni niemedycznych

Zastosowanie innowacyjnych rozwiązań w medycynie i ochronie zdrowia

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

Uczestnicy: **prof. Roman Cieślak**, rektor Uniwersytetu SWPS w Warszawie
dr hab. Barbara Marcinkowska, prof. APS, rektor Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej
prof. Grzegorz Mazurek, rektor Akademii Leona Koźmińskiego
prof. Tomasz Okruszko, prorektor ds. nauki Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego
prof. Maciej Rogalski, rektor Uczelni Łazarskiego
prof. Krzysztof Zaremba, rektor Politechniki Warszawskiej

Debatę rozpoczął **prof. Henryk Skarżyński**: – Patrząc na człowieka, na jego zdrowie holistycznie, nie tylko przez pryzmat osiągnięć medycyny, lecz także przez pryzmat wielu nauk, dziękuję, że Państwo zechcieli podzielić się swoim doświadczeniem, odnosząc się do zdrowia publicznego. To obszar, w którym obserwujemy szereg problemów związanych z zarządzaniem, planowaniem, edukacją w różnych zawodach, przygotowaniem kadr – humanistycznych, technicznych i innych – wspierających nas w codziennej pracy klinicznej.

Z kolei **prof. Alojzy Z. Nowak** powiedział: – Reprezentuję uczelnię, która ma holistyczne podejście do medycyny. Uważamy, że powinna ona wykorzystywać wyniki badań prowadzonych w ramach innych dziedzin – fizyki, chemii, biologii, a także nanotechnologii, sztucznej inteligencji. Niemniej chcielibyśmy zaprosić do dyskusji, czy i jak można wykorzystać dyscypliny, które Państwo reprezentują, w kształceniu lekarzy

i przede wszystkim w prowadzeniu badań. Myślę tutaj zarówno o dyscyplinach wywodzących się z nauk podstawowych, jak i nauk aplikacyjnych, również nauk humanistycznych i nauk ekonomicznych. Chodzi nie tylko o wykorzystanie badań w praktyce medycznej, lecz także w organizacji, zarządzaniu, finansowaniu, a także tych z zakresu psychologii, mogących ułatwiać medykom kontakt z chorym człowiekiem.

– Zastanawiając się nad punktem wspólnym dla medycyny i pedagogiki specjalnej, doszłam do wniosku, że dla obydwu dziedzin podmiot jest ten sam – człowiek. Także cel jest ten sam – dobrostan człowieka – mówiła **prof. Barbara Marcinkowska**. – Dokładamy starań, aby żył on jak najdłużej, w jak najlepszej kondycji i miał jak najlepsze samopoczucie. Każdy w inny sposób próbuje osiągnąć ten cel, ważne jest jednak przenikanie dyscyplin. Lekarzowi potrzebna jest podstawa z psychologii, pedagogiki, by lepiej zrozumieć człowieka. Pedagogowi lub psychologowi jest potrzebna podstawa z medycyny. Pedagog nie będzie nigdy lekarzem, ale będzie pracował na rzecz człowieka i – jeśli ma być to praca w interdyscyplinarnych zespołach – musi on mieć taki zasób wiedzy, który pozwala na wymianę doświadczeń. Z punktu widzenia pedagoga specjalnego takie podstawy medyczne są szczególnie ważne. Prawie w każdej uczelni, gdzie prowadzona jest pedagogika specjalna, istnieją kierunki z podstaw biomedyki i rozwoju człowieka. Niektóre uczelnie mają te kierunki bardziej rozbudowane, inne mniej, jednak każdy absolwent zarówno pedagogiki specjalnej, jak i pedagogiki wychodzi z zasobem pojęć, które ułatwiają mu komunikację z lekarzami, fizjoterapeutami czy pielęgniarkami. Odeszliśmy od myślenia o pacjencie jako kimś, komu należy „naprawić nogę” – myślimy o pacjencie, który ma żyć dobrze i godnie. Sama opieka medyczna, sam lekarz tego nie zagwarantują. Działanie musi być interdyscyplinarne, i oczywiście trzeba przeznaczyć na to odpowiednie środki.

Jeden z profesorów – wykładowca na wydziale pedagogiki specjalnej – uczył studentów: „najpierw niech zrobi lekarz to, co musi, a później wchodzić wy” – cytowała prof. Barbara Marcinkowska. – Dzisiaj wiemy, że nie była to dobra wskazówka, bo chociażby w przypadku osoby z przewlekłymi chorobami działanie musi być modyfikowane. Niemniej wiemy, że my, stanowiąc zaplecze dla medycyny, wchodzimy w określonym momencie. Leczenie trwa do pewnego momentu (pacjent zostaje np. zaopatrzony w protezę), a później wkraczają specjaliści, którzy zajmują się jego wspieraniem, edukacją itp. Człowiek jest złożony, dlatego bez

współpracy specjalistów nie osiągniemy w terapii dobrego efektu.

U nas w uczelni powołujemy zespoły interdyscyplinarne, żeby rozwiązywać określony problem. Takie podejście jest w tej dyskusji kluczowe – chyba wszyscy jesteśmy zgodni, że nauka ma służyć człowiekowi i ma być wykorzystana w praktyce – wyjaśniała prof. Barbara Marcinkowska. Dodała też, że najlepszym przykładem miejsca, w którym interdyscyplinarne zespoły prowadzą badania na bardzo wysokim poziomie, przekładające się na praktykę, na poprawę dobrostanu człowieka, jest Światowe Centrum Słuchu, w którym odbywa się Kongres.

– Istnieje stereotyp – po jednej stronie są humaniści, po drugiej technicy. Ja tego stereotypu nie uznaję – mówił **prof. Krzysztof Zaremba**. – Współczesna medycyna jest tak nasycona techniką, że współpraca pomiędzy środowiskiem medycznym i technicznym jest konieczna. Politechnika Warszawska współpracuje z przemysłem medycznym (zarówno tym, który wytwarza aparaturę medyczną, jak i na przykład z farmacją), ale także ze szpitalami. Jeśli mowa o współpracy z przemysłem, muszę niestety stwierdzić, że jest on zdominowany przez globalne firmy, które wolą rozwijać własne centra naukowo-badawcze niż współpracować z uczelniami. Z uczelniami „współpracują” one najchętniej w taki sposób, że zabierają z nich najlepszych studentów, doktorantów, a jeśli się uda to i pracowników uczelni. Staramy się przekonać przedstawicieli przemysłu, że znakomici fachowcy, którzy pracują w owych centrach badawczych, jednak przegrywają w konkurencji z naukowcami z uczelni, bo mają nieco węższe spojrzenie. Są skoncentrowani na jednym problemie, podczas gdy my, naukowcy, działamy interdyscyplinarne, czy też pracujemy w transdyscyplinarnych projektach. Przetomowe pomysły powstają w środowisku akademickim, a nie w środowisku technologicznym.

Zdaniem prof. Krzysztofa Zaremby, współpraca ze szpitalami jest czymś naturalnym. Obecnie szpitale mają bowiem swoją kadrę inżynierską. Jak podkreślał, współczesny lekarz musi rozumieć nowoczesną technikę. A tam, gdzie jego wiedza się kończy, wspiera go właśnie inżynier kliniczny.

– Kształcimy też innych fachowców, np. na kierunku inżynieria biomedyczna. W medycynie są oni niezbędni, dlatego współpraca pomiędzy tymi dwoma środowiskami będzie się rozwijać. Choć trzeba przyznać, że na początku współpraca środowiska technicznego z medycznym jest trudna, bo te dwie grupy ludzi mówią innymi, czasami dosyć hermetycznymi językami. To jest jednak tylko etap przejściowy, po pewnym czasie zaczynają rozumieć się doskonale. Wtedy granice między dyscyplinami się zacierają – mówił rektor Politechniki Warszawskiej. Zwrócił jednocześnie uwagę, że podział na dyscypliny nie jest czasami do końca jasny. Obecnie naukowcy, np. zajmując się projektem interdyscyplinarnym, mają dylemat, gdzie wyniki ich pracy zostaną opublikowane – czy w czasopiśmie o charakterze medycznym, czy technicznym, w poczet czyich zasług efekty ich wspólnej pracy zostaną zaliczone. Jednak porządek, zgodnie z którym projekt zostaje zaliczony do czasopisma medycznego czy technicznego, już przestaje istnieć. Świat stał się interdyscyplinarny.

– Współpraca z medycyną jest największym i najbardziej fascynującym wyzwaniem dla nauk technicznych i dlatego będziemy taką współpracę kontynuować – zapewnił prof. Krzysztof Zaremba. Jako przykład szpitala, który od lat owocnie współpracuje ze środowiskiem technicznym, podał Światowe Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu.

Prof. Tomasz Okruszko rozpoczął swoje wystąpienie od przedstawienia przykładów badań mających na celu opracowanie skutecznych metod terapeutycznych z udziałem kadry naukowej SGGW (m.in. badania nad glejakiem prowadzone w Samodzielnej Pracowni Biologii Nowotworów czy badania Centrum Medycyny Translacyjnej, gdzie podejmowane są próby przenoszenia badań z modelu zwierzęcego na terapie ludzi). Wspomniał także o badaniach, jakie dietetycy prowadzą na temat metabolizmu oraz dotyczących poszukiwań biomarkerów chorób. W świetle zmian klimatycznych szczególnie ważne wydają mu się jednak badania dotyczące tzw. błękitno-zielonej infrastruktury, czyli otoczenia człowieka, zwłaszcza w przekształconym krajobrazie. – O ile do tej pory badania nad otoczeniem sprowadzały się do analizy składu gatunkowego, wzrostu roślinności itp., to obecnie analizowany jest, we współpracy z psychologami, socjologami, odbiór tego otoczenia przez człowieka

– jak zielono-błękitna infrastruktura wpływa na dobrostan człowieka i na ile kształtowanie przestrzeni wspólnej może mu sprzyjać. – Spektrum prac badawczych prowadzonych w SGGW jest szerokie, a wyniki naszych badań pozwalają lepiej poznać, jakie potrzeby i oczekiwania ma człowiek – mówił prof. Tomasz Okruszko, potwierdzając jednocześnie, jak ważne we współczesnej nauce jest tworzenie interdyscyplinarnych zespołów.

– Od sześciu lat prowadzimy kierunek lekarski. Jego otwarcie na niemedycynę uczelni istotnie przyczyniło się do poszerzenia współpracy specjalistów różnych dziedzin i pracy w interdyscyplinarnych zespołach – mówił **prof. Maciej Rogalski**. Zwrócił też uwagę, że na etapie uruchomienia, a potem prowadzenia kierunku lekarskiego niezwykle przydatne było zaplecze pracowników wyspecjalizowanych w innych dziedzinach, m.in. prawa czy ekonomii. Wsparcie prawne i ekonomiczne jest także nie do przecenienia przy realizacji interdyscyplinarnych projektów oraz publikacji wyników badań.

Prof. Maciej Rogalski zwracał uwagę na zalety rozwiązań telemedycznych. Jego zdaniem telemedycyna, która dobrze rozwija się na przykład w USA, w Polsce nie jest w wystarczający sposób promowana i wykorzystywana. – Nie mówię o telemedycynie z perspektywy kontaktu telefonicznego czy mailowego albo dostępu do określonych baz danych. Mam na myśli takie rozwiązania jak urządzenia noszone przez pacjenta, np. bransoletka, umożliwiające monitorowanie przez lekarza rozmaitych parametrów, takich jak np. temperatura czy poziom nasycenia krwi tlenem. Zdaniem prof. Macieja Rogalskiego, jednym z powodów zbyt powolnego rozwoju telemedycyny w Polsce był brak *project managera*, który byłby w stanie połączyć rynek przesyłu danych z producentami sprzętu medycznego i placówkami leczniczymi. Telemedycyna to dla środowiska naukowego obszar pozwalający na połączenie sił, zwłaszcza że mamy duży potencjał zarówno w zakresie medycyny, jak i w zakresie technologii. Wprowadzenie rozwiązań, które tak ułatwiają diagnozowanie i monitorowanie pacjenta, to wyzwanie, ale i wspaniały projekt pożyteczny dla całego społeczeństwa – konkludował prof. Maciej Rogalski.

Nauka i postęp nabrały interdyscyplinarnego charakteru. W tym kontekście rola uczelni się zmienia – podkreślił **prof. Grzegorz Mazurek**. Jego zdaniem, w pandemii zmieniło się m.in. podejście do studenta: – W obecnym pojęciu student nie jest

kimś, kogo kształcimy, tylko kimś, kogo mamy w sposób szeroko rozumiany rozwinąć. Obserwuję, że właśnie na uczelniach biznesowych, ekonomicznych w kraju, ale głównie za granicą, skupienie się na rozwoju stało się fundamentem – mówił, dodając, że rolą uczelni stało się także dbanie o zdrowie studentów, w tym utrzymanie ich psychicznego dobrostanu, zwłaszcza w trudnym okresie pandemii. – Myślę, że to ogromna zmiana, dostrzegalna w skali globalnej. My wszyscy bierzemy na siebie odpowiedzialność za szeroko rozumianą samoświadomość naszych studentów co do ich stanu zdrowia – zaznaczał.

Mówiąc o rozwoju medycyny i badań w tym obszarze, prof. Grzegorz Mazurek podkreślał, że lekarze muszą kształcić się także w obszarze zarządzania projektami, placówkami medycznymi itp. – Akademia Leona Koźmińskiego była pierwszą uczelnią w Polsce, która uruchomiła studia MBA w sektorze zdrowia. Obecnie jesteśmy platformą spotkań przedstawicieli różnych obszarów nauki, biznesu, organizacji. Wspólnie są oni w stanie wypracować rozwiązania, których nie da się opracować indywidualnie czy poprzez silosowe podejście. Rola uczelni, w tym uczelni biznesowych, polega właśnie na tym, że stają się platformą do generowania rozwiązań problemów o charakterze interdyscyplinarnym – mówił, wyjaśniając, że kształcenie młodych ludzi – przyszłych pracowników systemu ochrony zdrowia, nie sprowadza się obecnie do uczenia ich umiejętności niezbędnych w pracy z pacjentem, lecz jest wzbogacone o wykształcenie kompetencji, które obecnie są w medycynie niezbędne w związku z cyfrową transformacją. Dotyka ona każdej dziedziny naszego życia, dlatego również lekarze, by dobrze leczyć, muszą stać się kompetentni cyfrowo.

Podczas dyskusji na temat prowadzenia badań prof. Grzegorz Mazurek zwracał uwagę na społeczną odpowiedzialność uczelni („Po co my jesteśmy, po co my prowadzimy te badania?”). – Uważam, że obecnie balansujemy na cienkiej linii pomiędzy uprawianiem nauki z powodów stricte biurokratycznych, nazwijmy to rankingowych, a uprawianiem nauki dla potrzeb rozwoju społeczeństwa. Tymczasem powinniśmy pielęgnować te projekty, które mają realną wartość – mówił, zaznaczając jednocześnie, że badania podstawowe mają fundamentalne znaczenie. – Jako uczelnie powinniśmy jednak tłumaczyć społeczeństwu, po co są one realizowane. Może

bowiem dojść do takiej sytuacji, w której społeczeństwo powie: nie ufamy uczelniom, ponieważ one nie zaangażowały się w rozwiązywanie kluczowych problemów cywilizacyjnych. Uczelnie oczywiście to robią, ponoszą jednak także odpowiedzialność za to, aby komunikować społeczeństwu, jaką realnie wartość wnosimy w jego rozwój – podkreślał.

Podsumowując dyskusję na temat interdyscyplinarnych przedsięwzięć w nauce, prof. Grzegorz Mazurek powiedział: – Dużo mówimy o tej współpracy, ale w realiach jest jej zdecydowanie za mało. Apeluję o to, abyśmy więcej ze sobą rozmawiali zarówno jako środowisko naukowe, biznesowe, jak i środowisko lekarskie.

– Realizujemy projekty nie ściśle dyscyplinarne, ale interdyscyplinarne, które są dedykowane określonym problemom – deklarował w swoim wystąpieniu **prof. Roman Cieślak**. Podkreślił, że tylko w ten sposób można rozwiązać problemy, np. te związane z cukrzycą. Samodzielnie nikt nie jest w stanie wygrać walki z tą chorobą. Nie zrobią tego oddzielnie ani lekarze, ani biochemicy, psychodietetycy czy przedstawiciele innych specjalności, z ekonomistami i specjalistami zarządzania w ochronie zdrowia łącznie. Skuteczne metody walki z taką chorobą mogą opracować tylko zespoły interdyscyplinarne. – Naszą rolą jako rektorów uczelni jest tworzenie takich zespołów, pomimo pewnych oporów, które widzimy w naszych środowiskach. Na naszej uczelni staramy się realizować agendę badawczą, która nie dotyczy poszczególnych tematów badawczych, ale raczej problemów, które należy rozwiązywać – mówił prof. Roman Cieślak. Jego zdaniem, psychologia w medycynie ma wiele do zrobienia. Zadaniem psychologów jest nie tylko wspieranie pacjentów w procesie leczenia (m.in. przygotowywanie chorych do przyjmowania trudnych informacji), lecz także wspieranie pracowników ochrony zdrowia – dbanie o dobrostan lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, łagodzenie stresu towarzyszącego ich pracy, zapobieganie wypaleniu zawodowemu – co sprzyja optymalizacji procesu leczenia.

– Zaufanie do medycyny i zaufanie do nauki ma kluczowe znaczenie – bez niego nie będziemy w stanie dokonać żadnych zmian społecznych ani politycznych. Naszym zadaniem jest przekonywać społeczeństwo i polityków, że w nauce jest przyszłość – skonkludował prof. Roman Cieślak.

Odnosząc się do badań naukowych, prof. Alojzy Z. Nowak zaznaczył, że badania naukowe prowadzi się nie tylko po to, żeby rozwiązać problem, lecz także dla samego prowadzenia badań – w celu opanowania pewnej umiejętności, sztuki prowadzenia badań, *just in case*. Zdaniem prof. Alojzego Z. Nowaka przypadek „czarnego łabędzia”, jakim jest pandemia, wyraźnie pokazuje, że gdy pojawi się nieoczekiwany problem wymagający pilnego rozwiązania, to naukowcy różnych dziedzin mogą wtedy skorzystać z umiejętności, które zdobyli podczas wcześniejszych badań. – Badania, a szczególnie badania podstawowe finansuje się więc z powodu potrzeby prowadzenia samych tych badań. Część wyników może zostać wykorzystana w krótkim okresie, część w późniejszym czasie, część może zaś nigdy nie zostać wykorzystana – zaznaczył prof. Alojzy Z. Nowak.

– To oczywiste, że bez badań podstawowych nie byłoby badań aplikacyjnych, specjalistycznych, praktycznych. Nie możemy jednak ograniczyć się

wyłącznie do badań podstawowych – sprecyzował **prof. Piotr Wachowiak**, współmoderator debaty.

Podsumowanie

– Potrzebujemy siebie nawzajem – każdy z nas widzi swoje miejsce we współpracy z medycyną i wierzę w to, że także medycyna widzi możliwość współpracy z nami – skonkludował prof. Piotr Wachowiak. Uczestnicy debaty podkreślali też, że rozwój w nauce, w tym w medycynie, zależy od współpracy i tworzenia interdyscyplinarnych zespołów. – Granice między różnymi dziedzinami się zacierają, ale do tego dążymy – mówił prof. Krzysztof Zaremba. – Bo w rzeczywistym świecie nie ma granic, różne dyscypliny się przenikają. Wszyscy zabierający głos w dyskusji byli zgodni, że holistyczne podejście do człowieka, jego zdrowia, także psychicznego, potrzeb, pracy, środowiska, w którym żyje, może przełożyć się na jego dobrostan we wszystkich tych aspektach. A to jest cel, do którego przecież jako społeczeństwo zmierzamy.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 2:50:25



VI debata plenarna organizacji pozarządowych

Profilaktyka w danym obszarze chorobowym, znaczenie wczesnej diagnozy oraz co stanowiło największy przełom w diagnostyce i leczeniu w ostatnich 30 latach z perspektywy pacjentów

Moderator: **Bartosz Kwiatek**, dziennikarz Polsat News

Uczestnicy: **Bartłomiej Chmielowiec**, rzecznik praw pacjenta
prof. Wojciech Maksymowicz, kierownik Katedry Neurochirurgii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
Katarzyna Kasica, koordynator projektów naukowo-badawczych Fundacji Ewy Błaszczak Akogo?
Dorota Korycińska, prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej
Anna Śliwińska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków
Zbigniew Tomczak, prezes zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerą
Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”

Nie można prowadzić rozmowy o zdrowiu Polaków bez udziału organizacji pozarządowych – tymi słowami przywitał **prof. Henryk Skarżyński** uczestników VI debaty. Dyskusję na temat profilaktyki i diagnostyki w różnych obszarach związanych ze zdrowiem poprowadził **red. Bartosz Kwiatek**. – To ważne, aby głos pacjentów oraz osób, które walczą o różne rozwiązania systemowe w ochronie zdrowia, wybrzmiał podczas tego Kongresu – podkreślił dziennikarz na wstępie dyskusji. – Podczas tej debaty postaramy się także opowiedzieć o przełomach, jakie miały miejsce w ciągu ostatnich 30 lat w diagnostyce w dziedzinach medycyny reprezentowanych przez uczestników debaty, a także o prowadzonej profilaktyce. Profilaktyka i wczesna diagnoza są bardzo ważne – zaznaczył red. Bartosz Kwiatek.

Krystyna Wechmann podkreśliła, że w onkologii profilaktyka jest najważniejsza. – Trzydzieści lat temu zdiagnozowano u mnie nowotwór piersi w stanie zaawansowanym. Wtedy tłumaczono mi, dlaczego nie byłam świadoma zagrożenia, jakie

stanowiła moja choroba. Obecnie wszystkie organizacje zajmujące się pacjentami udzielają wsparcia i edukują, ale naszym celem jest przede wszystkim profilaktyka. Dla „Amazonki” jest ona szczególnie ważna. Miesiąc październik, w którym odbywa się



Kongres, jest miesiącem świadomości raka piersi – mówiła prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”. Podkreśliła, że profilaktyka pierwotna to przede wszystkim edukacja prowadzona w rodzinie, w szkołach. W zakres takiej edukacji powinno wchodzić uświadamianie, jak ważne są: zdrowy styl życia, zdrowe odżywianie się i aktywność fizyczna.

W profilaktyce wtórnej przełom nastąpił w 2005 r., kiedy wprowadzono Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych. – Wiązałam z nim ogromne nadzieje – przyznała Krystyna Wechmann – był to bowiem program, który przeznaczał konkretne sumy na leczenie, miał trwać 10 lat, a przede wszystkim zwracał uwagę na profilaktykę. Zaczęło się dobrze, ale po 10 latach podsumowanie nie było zbyt pozytywne. Po jego zakończeniu szukano lepszych rozwiązań. Niestety profilaktyka raka piersi podupadła w pandemii. Na badania profilaktyczne zgłasza się bardzo mały odsetek kobiet. Z brakiem zainteresowania spotykają się zresztą także inne działania profilaktyczne, jak choćby te proponowane w ramach programu „Profilaktyka 40 PLUS”. Obecnie na mammografię zgłasza się 37 proc. kobiet, jeszcze mniej na badania cytologiczne. To na pewno nie jest przełom. – Dziś leczenie jest bardziej skuteczne niż kiedyś, nawet zaawansowanych stadiów raka. W terapiach poszliśmy do przodu, lecz wciąż nie dbamy wystarczająco o swoje zdrowie. Być może należałoby wprowadzić jakiś rodzaj restrykcji, które „zmusiłyby” do korzystania z badań oferowanych społeczeństwu, np. osoby niekorzystające z takich badań płaciłyby wyższą składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Należy też podkreślić, że jako Polska mamy bardzo słaby wynik, jeśli chodzi o szczepienia przeciwko HPV. Ten problem należy jak najszybciej rozwiązać. Narodowa Strategia Onkologiczna przewidywała szczepienia dziewcząt w 2022 r., następnie chłopców, ale jest z tym problem, podobnie jak z samą refundacją szczepionek.

Krystyna Wechmann apelowała również o organizowanie kampanii informujących, takich jak „Wybieram lepsze życie”. Nie straszących, bo strach powoduje, że ludzie się nie badają, w myśl zasady „lepiej nie wiedzieć”, ale zachęcających, pokazujących, jakie korzyści mamy z badania się.

W podsumowaniu prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych przypomniała, że rak to nie wyrok, ponieważ wczesne jego wykrycie daje szansę na wyleczenie. Podstawą w profilaktyce onkologicznej jest edukacja, dlatego w szkołach powinna być prowadzona lekcja dla zdrowia.

Według **Doroty Korycińskiej** problem ze zgłaszalnością na badania profilaktyczne nie leży tylko po stronie pacjenta, lecz wynika przede wszystkim z braku edukacji i z niedobrego zarządzania profilaktyką zdrowotną w Polsce. Profilaktyka w Polsce nie ma lidera, jej legislacja jest rozproszona.

Prezes Dorota Korycińska poruszyła też kwestię chorób rzadkich, takich jak neurofibromatoza (przewodzi Stowarzyszeniu Neurofibromatozy Polska zrzeszającemu pacjentów z ultrarzadkimi chorobami nowotworowymi układu nerwowego). – Jestem mamą pacjenta z neurofibromatozą. Mój syn, który ma już prawie 30 lat, został zdiagnozowany jako pięcioletek – mówiła Dorota Korycińska. – W ciągu

tych 25 lat mieliśmy w diagnozowaniu i leczeniu chorób rzadkich przełomy i ogromne osiągnięcia. Moje dziecko było diagnozowane fenotypowo, czyli tylko na podstawie objawów. Pierwsze diagnostyczne badania genetyczne można było wykonać 25 lat temu w Stanach Zjednoczonych. Były bardzo kosztowne i wykazywały 70 proc. mutacji, co w tym czasie wydawało się bardzo dużo. W tej chwili diagnostyka genetyczna nie jest żadnym problemem, robimy ją w Polsce i w tak trudnym neurologicznym schorzeniu, jakim są neurofibromatozy, wykazujemy 98–99 proc. mutacji. W zakresie badań genetycznych nastąpił więc wielki przełom. Dzięki nim można zastosować prawie sztywną na miarę opiekę nad pacjentem z takim schorzeniem. Dzięki badaniom genetycznym można też dokładniej poznać mechanizmy, które pozwalają zrozumieć przebieg choroby.

Dorota Korycińska podkreśliła, że za rozwojem genetyki idą też terapie lekowe, np. pacjentom z rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA) można proponować terapię genetyczną. Prelegentka zwróciła także uwagę, że przez ostatnie 30 lat rozwinęły się możliwości obrazowania (USG, rezonans magnetyczny, pozytonowa tomografia emisyjna). Dodała też, że niektórzy pacjenci z neurofibromatozą trafiają do Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, gdzie wykonuje się trudne zabiegi operacyjne polegające na wszczepieniu implantów słuchowych do pnia mózgu – to kolejny przełom w terapii.

– Rozmowę o profilaktyce ciężkich uszkodzeń mózgu należy zacząć od tego, czy udało się nam stworzyć system, który pozwala na szybszą interwencję w momencie zachorowania – rozpoczął swoje wystąpienie **prof. Wojciech Maksymowicz**. Odnosząc się do przełomów i osiągnięć ostatnich 30 lat, zwracał uwagę na tworzenie ośrodków udarowych i doskonalenie metod leczenia udaru, a także wprowadzenie refundowanych wysokospecjalistycznych procedur związanych z koronarografią, diagnostyką serca i zakładaniem stentów w chorobach wieńcowych. Na uwagę zasługują także wewnątrznaczyniowe (endowaskularne) zabiegi istotne w zapobieganiu następstwom udaru. Prof. Wojciech Maksymowicz określił też znaczenie medycyny ratunkowej przy tego typu schorzeniach, a także rolę szybkiej interwencji przy urazach mózgu i rdzenia kręgowego. Szczególnie chodzi tu o udrożnienie dróg oddechowych, które także ma zapobiec uszkodzeniu mózgu. Działania te określił

jako przełomy organizacyjne dotyczące szybkiej interwencji.

Wiele uwagi w swoim wystąpieniu prof. Wojciech Maksymowicz poświęcił pacjentom w śpiączce. Dziesięć lat temu idea wybudzania ludzi ze śpiączki została wdrożona przez Fundację Ewy Błaszczuk Akogo? W Polsce powstają kolejne „budziki”. – Z pewnością w tej dziedzinie prężnie rozwija się diagnostyka, choć na razie bardziej w wymiarze naukowym. Poznajemy mechanizm uszkodzeń powodujących śpiączkę i ewolucji zmian, które zachodzą później. Narzędziami pomocnymi w diagnostyce i obserwacji chorego jest na przykład funkcjonalny rezonans magnetyczny. Dzięki niemu możemy obserwować aktywność obszarów mózgu odpowiedzialnych za kojarzenie, co jest niezwykle ważne przy „wybudzaniu”.

Prof. Wojciech Maksymowicz wspominał też o badaniach wspomagających, szczególnie o rozwoju neurofizjologii diagnostycznej. W leczeniu zastosowano metodę polegającą na wszczepianiu stymulatorów w górnej części rdzenia szyjnego – jest bardzo kosztowna, jednak u chorych, u których ją zastosowano, poprawiło się m.in. ukrwienie mózgu, co mogło wpłynąć na wybudzenie. Obecnie – jak dodał prof. Wojciech Maksymowicz – zespół pracuje też nad nieinwazyjnymi metodami neuromodulacyjnymi, takimi jak np. stymulacja magnetyczna.

Katarzyna Kasica podkreśliła, że Fundacja Ewy Błaszczuk Akogo? jest pierwszą instytucją z Europy Środkowej uhonorowaną nagrodą Światowej Organizacji Zdrowia. – Doceniono nas za wdrażanie innowacyjnych metod diagnostyki, leczenia i neurorehabilitacji, a także za opiekę nad pacjentami z ciężkimi urazami mózgu, w śpiączce, jak również po przebytej śpiączce. Katarzyna Kasica podkreśliła, że fundacja Akogo? współpracuje z ośrodkami zajmującym się chorymi w śpiączce ze Stanów Zjednoczonych i najbardziej prestiżowym w Europie ośrodkiem z Belgii, a także najlepszymi na świecie specjalistami w dziedzinie chorób neurodegeneracyjnych.

– Od 20 lat staramy się pomagać pacjentom, w tym czasie nastąpiło wiele przełomów, które są skutkiem m.in. rozwoju nauk medycznych i technologii – mówiła Katarzyna Kasica. – Przełomowy jest z pewnością program wybudzania pacjentów ze śpiączki (to bardzo długi proces, który ma jasno określone kryteria). Kiedy pacjent sam oddycha, można go już skierować do klinik

neurorehabilitacyjnych Budzik. Podejmując neurorehabilitację, możemy efektywnie pomóc pacjentom oraz ich rodzinom – mówiła.

– W przypadku śpiączki trudno mówić o profilaktyce, istotna jest natomiast nasza umiejętność udzielenia pierwszej pomocy, np. przy zakrztuszeniu, podtopieniu, która ma często decydujące znaczenie dla pacjenta. Dlatego w ramach profilaktyki należy uwzględnić kursy pierwszej pomocy – podkreśliła Katarzyna Kasica. Zaznaczyła też, że reprezentowana przez nią fundacja chce współpracować także z oddziałami OIOM. Jeden z projektów Akogo? zakłada stworzenie na tych oddziałach stanowiska informatorów dla rodzin osób w stanie śpiączki.

Na zakończenie Katarzyna Kasica dodała, że dbanie o zdrowie jest obowiązkiem każdego człowieka, całego społeczeństwa. Powinny nam to uświadamiać różnego rodzaju kampanie informacyjne i programy profilaktyczne.

– Z profilaktyką cukrzycy typu 2 jest nieco lepiej niż kiedyś, niestety nadal daleko nam do ideału – rozpoczęła swoją wypowiedź **Anna Śliwińska**. – Szacuje się, że nawet ok. 1 mln chorych w Polsce nie jest zdiagnozowanych, a przecież nieleczona cukrzyca może prowadzić do wielu powikłań – mówiła Anna Śliwińska. Podkreśliła, że chorobie można skutecznie zapobiegać. Czujność należy zachować szczególnie wtedy, gdy na cukrzycę typu 2 choruje ktoś w rodzinie. Do czynników ryzyka zaliczane są: nadwaga, otyłość, cukrzyca w czasie ciąży, duża waga urodzonego dziecka – powyżej 4 kg, a także wiek powyżej 45 lat. Dlatego osoby, u których takie czynniki występują, w ramach profilaktyki powinny poprosić lekarza rodzinnego o skierowanie na podstawowe badania krwi. Sami lekarze też powinni kierować na nie pacjentów w razie podejrzenia, że znajdują się oni w grupie ryzyka. Zdaniem prezesa Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków trzeba więc zadbać o podniesienie świadomości zarówno pacjentów, jak i lekarzy.

– W cukrzycy leczenie zmieniło się w bardzo dużym stopniu – zaznaczyła Anna Śliwińska. Stosuje się nowe leki oraz sposoby monitorowania poziomu cukru we krwi. – Mamy nie tylko glukometry, lecz także rewolucyjne systemy, które w sposób ciągły monitorują poziom cukru we krwi, dzięki czemu pacjent nie musi się kłuć. Mamy też coraz bardziej nowoczesne insuliny, a także preparaty, które oprócz obniżania poziomu cukru zapobiegają najgroźniejszym powikłaniom – wymieniała prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Minister **Bartłomiej Chmielowiec** zaznaczył w swoim wystąpieniu, że profilaktyka zdrowotna powinna być realizowana wielopłaszczyznowo. Po pierwsze, należy kłaść nacisk na edukację od najmłodszych lat – w propozycjach tematów na godzinę wychowawczą są już kwestie zdrowia i zdrowego stylu życia. – Powinniśmy brać przykład z krajów skandynawskich – apelował rzecznik praw pacjenta. Przyznał, że brakuje mu jednego podmiotu koordynującego wszystkie działania edukacyjne, informacyjne, również w mediach społecznościowych. Brakuje też koordynatora, który zebrałby w jednym miejscu informacje pomagające odnaleźć się w systemie pacjentowi, który chce wiedzieć, gdzie są obecnie prowadzone programy profilaktyczne, do jakiej grupy są skierowane, czego dotyczą itd. – Brakuje mi rozbudowanego systemu podstawowej opieki zdrowotnej – lekarz rodzinny powinien znać swoich pacjentów, monitorować ich schorzenia, a zarazem zachęcać do badań profilaktycznych. Ich zakres powinien być poszerzony – mówił.

Rzecznik praw pacjenta zwrócił również uwagę na wykorzystywanie nowych technologii w systemie ochrony zdrowia, m.in. zbieranie danych przez NFZ i Indywidualne Konto Pacjenta poprzez korzystanie ze sztucznej inteligencji i budowanie algorytmów. – Chciałbym, aby na moje indywidualne konto przyszła informacja, że muszę profilaktycznie wykonać badania w związku z tym, że np. często mam przepisywane leki na infekcję zatok – mówił Bartłomiej Chmielowiec. – Należy maksymalnie wykorzystać potencjał elektronicznej dokumentacji medycznej. Ważne jest, aby informacje na temat zdrowia były zbierane w jednym miejscu. Dlatego istotne jest, aby także placówki prywatne przekazywały je do systemu.

Minister Bartłomiej Chmielowiec mówił także o koncentracji środków finansowych na badania profilaktyczne. – Powinno się w pełni wykorzystać opłatę cukrową czy akcyzową – dodał. – Powinna też powstać ogólnopolska strategia promocji profilaktyki. Należy określić w niej cel, a m.in. jakie wskaźniki powinniśmy osiągnąć i kto byłby za to odpowiedzialny. W dużej części ma to uwzględnić nowelizacja ustawy o zdrowiu publicznym, a są zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia, że taka nowelizacja ma powstać. Mają w niej być zapisy na temat powstania ośrodka koordynującego działania profilaktyczne w Polsce współpracującego z lokalnymi ośrodkami.

Rzecznik praw pacjenta zwrócił też uwagę na brak działań prowadzących do zwiększenia roli medycyny pracy, a także poszerzenia zakresu badań pracowniczych, które obecnie są mocno okrojone. Brakuje też wykorzystania potencjału pracodawców, np. można by wprowadzić dzień wolny od pracy na wykonanie badań profilaktycznych.

Reasumując, koordynacja edukacji, programów informacyjnych i profilaktycznych, zwiększenie finansowania, zwiększenie roli medycyny pracy i wyznaczenie zadań dotyczących profilaktyki w ramach podstawowej opieki zdrowotnej to działania, które, zdaniem rzecznika praw pacjenta mogłyby sprzyjać poprawie kondycji zdrowotnej polskiego społeczeństwa.

– Choroba Alzheimera jest w porównaniu z innymi jednostkami chorobowymi jednym z najbardziej zaniedbanych obszarów – powiedział na wstępie swojego wystąpienia **Zbigniew Tomczak**. – W tej chwili nie mamy żadnych leków przyczynowych, które byłyby w stanie zahamować rozwój choroby Alzheimera, nie mamy też – jako jeden z niewielu krajów w Unii Europejskiej – narodowego planu dla choroby Alzheimera, obecnie nie mamy nawet załączka funkcjonującego programu przesiewowego czy wczesnej diagnostyki tej choroby, nie wspominając o braku wyspecjalizowanych ośrodków w jej leczeniu i opiece nad chorymi.

Jeżeli mówimy o chorobie Alzheimera, musimy pamiętać o tym, że objawy kliniczne pojawiają się dopiero w wieku senioralnym, ale zmiany patologiczne w mózgu rozpoczynają się znacznie wcześniej, nawet około 50. roku życia (oczywiście zdarzają się przypadki także w młodszych grupach wiekowych). Przyczyną wystąpienia objawów klinicznych są zmiany w postaci złogów białka zwanego beta-amyloidem oraz białka tau.

Etap przedkliniczny choroby Alzheimera może trwać 10 lat, a nawet więcej, a etap łagodnych zaburzeń poznawczych, które nie są jeszcze rozpoznawane jako zaburzenia otępienne, może trwać około 7 lat i poprzedzać wystąpienie objawów otępiennej choroby. Dlatego dużą rolę odgrywa wczesna diagnostyka. Praktycznie wszyscy pacjenci są diagnozowani już na etapie objawów klinicznych, przy czym na etapie pierwszym – łagodnych zaburzeń poznawczych – diagnozowanych jest jedynie około 20 proc. pacjentów. Na taką sytuację wpływa to, jak postrzegamy chorobę jako społeczeństwo, oraz to, jak podchodzi do niej wielu pracowników ochrony

zdrowia – zaburzenia poznawcze uznajemy za element procesu fizjologii starzenia i nie podejmujemy działań związanych z diagnostyką oraz postępowaniem terapeutycznym. Tymczasem wczesna diagnostyka w chorobie Alzheimera jest decydująca. Mowa o diagnostyce neuropsychologicznej oraz obrazowej, zaczynając od prostych: TK, rezonansu magnetycznego, ale też technik zaawansowanych z użyciem PET. Mamy testy laboratoryjne, biomarkery mierzone w płynach ustrojowych (na razie w płynie rdzeniowo-mózgowym) i zaawansowane badania nad markerami z krwi. Wdrożenie wczesnego leczenia dostępną farmakoterapią, stosowanie zdrowej diety oraz prowadzenie aktywnego stylu życia to czynniki, które mogą opóźnić proces chorobowy.

Powyższe kwestie są niezwykle ważne w perspektywie starzejącego się społeczeństwa i nadchodzącego „tsunami” chorób otępiennych, przed którym przestrzegają krajowi i zagraniczni eksperci. – Szczególną uwagę chciałbym zwrócić na fakt, że choroba Alzheimera to wbrew pozorom choroba powszechna – mówił Zbigniew Tomczak. – Szacujemy, że w tej chwili żyje z nią około 580 tys. osób, przy czym odsetek zdiagnozowanych jest relatywnie niski. Liczba niezdiagnozowanych pacjentów w Polsce może wahać się między 116 a 190 tys. A jeśli uwzględnilibyśmy inne choroby otępienne, wówczas możemy mówić o populacji około 200–280 tys. osób.

– Przełomu w leczeniu tej choroby jeszcze nie było. Obecnie czekamy na przełomowe leki, które dadzą nadzieję na zahamowanie choroby. Liczymy na to, że takie nowe terapie niedługo się pojawią – mówił ekspert. Dodał też, że taką nadzieję, zarówno w środowisku klinicznym, jak i pacjentów, wzbudził niedawno innowacyjny lek Aducanmab, zarejestrowany w USA, ale niedopuszczony do stosowania przez European Medicines Agency (EMA) na terenie UE. Badania kliniczne tego leku są kontynuowane, aby dostarczyć dodatkowych dowodów skuteczności. Na horyzoncie pojawił się też nowy lek Lecanemab z bardzo obiecującymi wynikami badań klinicznych. Jego producent zapowiada, że w pierwszym kwartale 2023 r. rozpocznie proces ubiegania się o rejestrację zarówno przez FDA, jak i EMA.

– Wierzę, że wprowadzenie leczenia przyczynowego uruchomiłoby procesy systemowe i doprowadziłoby do przełomu, jaki obserwujemy chociażby

w onkologii czy kardiologii – mówił Zbigniew Tomczak. – Musimy pamiętać, że o chorobie Alzheimera należy myśleć w szerokim kontekście, łącznie z organizacją systemu opieki społecznej, rodzinnej, rehabilitacji funkcji poznawczych oraz wczesnej diagnostyki.

Podsumowanie

Uczestnicy debaty uznali za priorytetowe: działania prowadzące do zwiększenia w naszym systemie ochrony zdrowia roli profilaktyki, zwiększenia roli podstawowej opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego, usprawnienia koordynacji działań prozdrowotnych na poziomie legislacyjnym i organizacyjnym,

a ponadto uczulenie Polaków na niektóre choroby – uświadomienie, że cukrzyca jest dużo groźniejszą chorobą, niż się powszechnie uznaje. Jeśli występują czynniki ryzyka, pacjent powinien poddać się badaniom profilaktycznym pod kątem tej choroby. Konieczne są też działania mające na celu wcześniejsze wykrywanie choroby Alzheimera (w wieku powyżej 60–65 lat należy zwracać się do lekarza rodzinnego, aby raz do roku przeprowadził test funkcji poznawczych) oraz walka ze stygmatyzacją i mitami dotyczącymi niektórych chorób, m.in. choroby Alzheimera. Podkreślono konieczność rozwoju innowacyjnych rozwiązań w różnych dziedzinach medycyny.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 4:05:37



VII debata plenarna

Rola mediów w edukacji i profilaktyce zdrowotnej

Moderatorzy: red. Roman Czejarek, Polskie Radio
prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Uczestnicy: Adam Giza, TVP Info
Marta Jakubiak, redaktor naczelna „Gazety Lekarskiej”
Iwona Konarska, „Menadżer zdrowia”
Małgorzata Konaszczuk, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny”
Magrid Kossobudzka, „Gazeta Wyborcza”
Paweł Kruś, „Świat Lekarza”
Bartosz Kwiatek, Polsat News
Katarzyna Pinkosz, „Wprost”
Anna Rogala, zastępca redaktora naczelnego „Świata Lekarza”
Dorota Romanowska, „Newsweek”
Łukasz Salwarowski, „Głos Seniora”
Henryk Szrubarz, Polskie Radio
Bronisław Tumiłowicz, „Przegląd”

– Jest mi niezwykle miło, że ta debata kończy spotkania plenarne Kongresu „Zdrowie Polaków” i że uczestniczą w niej znakomite, rozpoznawalne osoby, które piszą i mówią o medycynie oraz o nas, medykach. Wielu z nas już się dzięki temu sporo nauczyło, a wielu wie, czego musi się jeszcze nauczyć, żeby skutecznie docierać z ważnymi, z naszego punktu widzenia, informacjami do społeczeństwa, zwłaszcza jeśli mówimy o profilaktyce, która jest jednym z głównych tematów tego Kongresu – rozpoczął **prof. Henryk Skarżyński**. – To bardzo ważna debata – podkreślił z kolei **red. Roman Czejarek**. – Umożliwia bowiem wymianę poglądów na temat informowania o zdrowiu, bo nikt nie ma wątpliwości, że o nim trzeba mówić. Pandemia pokazała nam jednak, że z tą rozmową mamy kłopoty i że nawet najlepszy ekspert, zaproszony do studia telewizyjnego czy radiowego, mimo ogromnej wiedzy, nie zawsze potrafi przekonać widzów czy słuchaczy do dbania o zdrowie – zwrócił uwagę red. Roman Czejarek, który następnie zaprosił dziennikarzy do dyskusji poświęconej temu, jak w sposób interesujący i efektywny przekazywać wiedzę medyczną, walczyć z fałszywymi informacjami, jakich dużo się pojawia, zwłaszcza w internecie, oraz zachęcać społeczeństwo do dbania o zdrowie i korzystania z badań profilaktycznych.

Red. Roman Czejarek: Nikt nie ma wątpliwości, że o edukacji i profilaktyce zdrowotnej trzeba w mediach mówić. Jest jednak kilka ważnych warunków, o których trzeba pamiętać.

1. Przekaz musi być zróżnicowany. Inny dla osób zdrowych (oraz ich rodzin), a inny dla osób chorych oraz ich rodzin i bliskich.



2. Należy poruszać wszystkie tematy, także te, które często wydają się nam mało istotne. Po prostu media i służba zdrowia muszą odpowiadać na wszystkie zadawane pytania, nawet te pozornie błahe i proste. Skoro odbiorca pyta, to widać, że jednak czegoś nie wie lub nie rozumie. Przekaz musi być zrozumiały dla danego odbiorcy, a my musimy pamiętać, że wiele osób może (i ma takie prawo) nie rozumieć nawet najprostszych pojęć. Potrzeba nam cierpliwości, taktu, wytrwałości i konsekwencji.
3. Przekaz dla osób chorych powinien być bardziej szczegółowy, obszerny, skupiony na konkretnych chorobach i zasadach ich leczenia. Tu widz/czytelnik/słuchacz z racji swojego stanu jest zainteresowany tematem. Nie trzeba go więc namawiać do współpracy, bo ona już jest. Trzeba maksymalnie skutecznie wyjaśniać wszystkie wątpliwości.
4. Przekaz dla osób zdrowych musi być bardziej zwięzły, zachęcający do zainteresowania się tematem. Im młodszy jest odbiorca, tym trudniej do niego dotrzeć, ma on bowiem poczucie „jestem młody, jestem nieśmiertelny”. To oczywiście mit. Warto pokazywać konkretne przykłady rówieśników, którzy zachorowali, pokazywać osoby, które mimo młodego wieku zdecydowały się na profilaktykę i to dało dobry efekt (wczesne wykrycie, wczesna interwencja, wyzdrowienie). Szczególnie w przypadku tych odbiorców (z racji ich młodego wieku) warto korzystać z najnowszych kanałów komunikacji medialnej (portale, treści vide, krótka, zwięzła forma).
5. Ze względu na potężny zalew dezinformacji (widoczny świetnie przy dyskusji na temat szczepień przeciwko COVID-19) trzeba zdecydowanie walczyć z nieprawdziwymi informacjami. Taktyka chowania głowy w piasek stosowana w niektórych środowiskach, by nie atakować kogoś z naszej grupy zawodowej, przynosi fatalne skutki i w konsekwencji podważa wiarygodność wszystkich. Niestety szczególnie dotyczy to pracowników mediów (dziennikarzy) oraz służby zdrowia (lekarzy). W szczególności należy uważać na przekazy płatne. Reklama i sponsoring firm związanych z branżą medyczną mogą podważać i poddawać w wątpliwość wiarygodność nawet najbardziej rzetelnych programów, audycji oraz publikacji tekstowych.

Red. Marta Jakubiak: O trudnych tematach dotyczących zdrowia należy mówić odpowiedzialnie. I zawsze na wstępie przybliżyć intencje, jakimi się kierujemy, rozpoczynając rozmowę na trudne tematy. Intencje zawsze muszą być dobre. Trzeba też pokazać cel rozmowy, czyli po co poruszamy dany temat. Ważny jest też oczywiście sam przekaz – warto mówić rzeczowo, dużo tłumaczyć, ale zrozumiałym językiem, nie przytłaczać rozmówcy fachowym słownictwem.

Treści należy komunikować tak, aby dawać wiedzę potrzebną do zmierzenia się z chorobą i jednocześnie pokazywać korzyści płynące z poszerzenia tej wiedzy – im więcej wiem, tym lepiej, skuteczniej mogę walczyć z chorobą. Trzeba też dawać nadzieję, przedstawiać optymistyczne perspektywy,

odwołując się do osiągnięć i możliwości, jakie daje medycyna, a także sięgać po przykłady będące dowodem na jej skuteczność. „Jeśli więcej wiem, mogę więcej. Mam też większe poczucie kontroli nad sytuacją, w jakiej się znalazłam/em”.

Przekaz dla osób zdrowych powinien różnić się od przekazu dla osób chorych. W przekazie dla osób zdrowych powinniśmy skoncentrować się na profilaktyce, dzięki której możemy uchronić się przed zachorowaniem, natomiast przekaz dla osób chorych powinien dotyczyć sposobów leczenia i wiedzy na temat choroby. Oczywiście przekaz ten musi być zawsze rzetelny – na tematy specjalistycznego leczenia powinni wypowiadać się lekarze będący autorytetami w swoich dziedzinach. Choć ważne jest także, by wybrany rozmówca był otwarty i chętny do dzielenia się swoją wiedzą i potrafił ją przekazać w przystępnej formie. Dobrym źródłem rzetelnych informacji są też te poparte EBM (medycyna oparta na faktach).

Niestety pandemia uwidoczniła to, co od dłuższego czasu dotyka mass media – pogoń za sensacją. Jeśli chodzi o szczepienia, w przestrzeni publicznej z pewnością nigdy nie powinno dojść do takiej aktywności ruchów antyszczepionkowych. Z drugiej strony unikanie przez media tematu niepożądanych odczynów poszczepiennych paradoksalnie wzmocniło przekaz antyszczepionkowców. Zamiast tłumaczyć, czym są NOP-y, dlaczego się zdarzają i podkreślać marginalność tego zjawiska, unikano tego tematu, co u części osób mogło wzbudzić niepokój i chęć poszukiwania informacji w nierzetelnych źródłach. Oczywiście każdy ma prawo mieć własne zdanie. Rolą dziennikarzy jest jednak umieć wyznaczać granice.

Czasem dziennikarze próbują wzmocnić przekaz, odwołując się do osobistych doświadczeń słuchaczy/widzów/czytelników. Odwołanie się do przykładów z pewnością ułatwia zrozumienie. Często mówi się, że to, co „z życia wzięte”, pozwala zbudować bardziej obrazowy przekaz. Z drugiej strony jednak może dawać błędne przekonanie, że jednostkowe doświadczenie jest odzwierciedleniem zjawiska. A to nieprawda.

Czytelnicy, internauci, słuchacze i widzowie są odbiorcami nie tylko materiałów dziennikarskich, lecz także sponsorowanych przez firmy medyczne. Nie wszystkie są złe czy bezwartościowe – wszystko zależy od tego, czy mają na celu wypromowanie produktu (np. syropu na kaszel suchy i mokry), czy

też ich misją jest promowanie marki poprzez edukowanie pacjentów w danym temacie (edukujemy pacjentów, by lepiej o siebie dbali, ale także cenili naszą firmę, bo coś im dała, a co za tym idzie – kupowali właśnie nasze produkty). Informacje podawane przez firmy medyczne zapewne będą zgodne z danymi medycznymi, pozostaje jednak obawa, czy przekaz nie jest pewnego rodzaju marketingową manipulacją, której celem jest zachęcenie do kupowania lub polecenia danego produktu. Często reklamowane są suplementy, „leki” bez rejestracji – cudowne środki na wszystko.

A może suplementy diety powinny zniknąć z aptek? Dopóki w nich będą, ludziom będzie się wydawać, że suplementy leczą choroby i zapobiegają im, tak jak leki. A przecież suplementy diety to jedna z grup żywności, to produkty zawierające skoncentrowane witaminy lub składniki mineralne lub jakieś inne substancje, które wykazują efekt odżywczy albo fizjologiczny. Obecność suplementów w aptekach sprawia, że stają się one tak atrakcyjne dla ludzi. Tak chętnie je kupują i zażywają. Gdyby w aptekach znajdowały się wyłącznie produkty dopuszczone do obrotu przez powołane do tego urzędy, przebadane i sprawdzone, myślę, że ludzie nie sięgaliby po suplementy tak chętnie.

Red. Paweł Kruś: Internet to jedno z najważniejszych źródeł informacji na temat zdrowia, nie zawsze prawdziwych. Wiele z nich zyskuje bardzo szerokie grono odbiorców. Analizując to zjawisko, staram się najpierw znaleźć ziarno prawdy, które powoduje, że nieprawdziwa informacja zyskuje miliony zwolenników. Dopiero potem szukam w niej elementów fałszywych. Jeśli mam wątpliwości, to piszę: „To prawda, że witamina C z natki pietruszki nie ma badań klinicznych, ale jej stosowanie jest bezpieczne. Jeśli chcesz leczyć się witaminą C przebadaną klinicznie, będziesz wiedział precyzyjnie, jakie dawki stosować i przez jaki czas, a o działaniach niepożądanych przeczytasz w ulotce dołączonej do opakowania. To powód, dla którego pudełko leku przebadanego jest droższe niż pęczek natki z pietruszki”.

Wiele, zbyt wiele nieprawdziwych informacji trafiało do odbiorców w okresie pandemii. Myślę, że najważniejszym doświadczeniem z tego okresu dla mediów był brak umiaru i zastąpienie przekazu merytorycznego emocjami. Warto się zastanowić nad naszą rolą, szukając dziś przyczyn nadmiarowych zgonów, samobójstw i przewlekłych

powikłań układu oddechowego, czasem nawet zagrożających życiu. Szpitale zamieniliśmy w twierdze, szczepionki w cudowną broń. Maksymalizując mitologizowanie COVID-19, nie spostrzeżliśmy, kiedy straciliśmy wiarygodność. Czy wtedy, gdy bez komentarzy informowaliśmy o konieczności chodzenia do lasu w maseczkach? Może wtedy, gdy nie oponowaliśmy przeciwko obowiązkowi używania maseczek podczas jazdy na rowerze? Może to właśnie wtedy przekroczyliśmy barierę śmieszności? Fatalne skutki wywołały kampanie informacyjne o nadzwyczajnym bezpieczeństwie stosowania nowych szczepionek, bo prawie każdy zna osoby, które miały niepożądane objawy poszczepienne, niestety czasami bardzo ciężkie. Kiedy ludzie widzieli w najbliższym otoczeniu zupełnie coś innego, niż słyszeli z mediów, musieli zadać sobie pytanie, o co w tym chodzi. Na dodatek zaczęli odczuwać sztucznie wywołane zagrożenie ekonomiczne – od miejsc pracy w małych bistro przez rodzinne zakłady usługowe po restauracje.

Przemilczenia i półprawdy skutkowały sceptycyzmem i gasiły entuzjazm społeczny dla trzeciej i kolejnych dawek szczepionek przeciwko COVID-19. Przekaz medialny przestał działać, a codzienne monotonne informacje o liczbie zakażonych i hospitalizowanych przestały podrywać do boju z koronawirusem.

O czym zapomnieliśmy napisać podczas pandemii? Przede wszystkim o tym, że dla wzmocnienia odporności pierwotnej zabójcze było hasło „zostań w domu” słoneczną wiosną roku 2020. Więcej, że to hasło spowodowało lawinę schorzeń psychicznych i wywołało epidemię otyłości. Będziemy z tym walczyć przez długie lata. Nie powtarzaliśmy w nieskończoność, że nieumiarkowanie w używaniu maseczek jest groźne nie tylko dla alergików i będzie miało niebezpieczne konsekwencje zdrowotne, przed czym ostrzegali prof. Piotr Kuna i w pierwszych wystąpieniach minister Łukasz Szumowski. Dziś mamy epidemię ostrej astmy oskrzelowej, pulmonologdy są przerażeni. Czy mówimy o tym w mediach?

Co gorsze, nawet teraz, w 2022 r., nie zauważyłem kampanii promującej wymianę maseczki na czystą po 20 minutach używania, mimo ponownego nakazu noszenia maseczek w aptekach i szpitalach, oraz nie wiedzieć czemu – w Sejmie i Senacie.

W efekcie nazbyt emocjonalnej polityki informacyjnej COVID-19 został pokonany przez... inwazję Rosji na Ukrainę. I zniknął z codzienności, podobnie

jak grypa i przeziębienie za sprawą pandemii. Kto z nas zapytał publicznie, jak to jest możliwe z punktu widzenia EBM?

Niewiele nauczył nas COVID-19. Ostatnią mutację wirusa nazwaliśmy Cerber. I śmiesznie, i strasznie.

Odnosząc się do informacji reklamowych i sponsorowanych w mediach, moim zdaniem tak zorganizowaliśmy świat, że obecność konkretnych chorób w mediach generują firmy farmaceutyczne poprzez działania PR. Jeśli nagle wszyscy zaczynają pisać i uczyć się o włóknieniu płuc, to znaczy, że możemy spodziewać się nowej terapii dla tej choroby itd. Dobrze, że przy okazji przypominamy samą chorobę. Przekaz medyczny takiej proveniencji jest na najwyższym poziomie merytorycznym, najczęściej w oparciu o autoryzowane badania naukowe. Ten standard stosują firmy największe, najczęściej zrzeszone w organizacjach branżowych i przestrzegające ich kodeksów etycznych. Jakakolwiek sprzeczna z EBM informacja o chorobie została natychmiast wychwycona przez konkurentów lub organizację, które bezlitośnie uruchomiłyby karne procedury administracyjne.

Ale po bardzo rzetelnym opisie choroby, jej epidemiologii i obecnym sposobie leczenia może pojawić się generalizacja, np. nowa substancja spowolni przebieg choroby. Wtedy warto ustalić, o ile tygodni czy miesięcy... I nabrać zdrowego dystansu, zanim użyje się formuły „epokowy przetom w medycynie”. Choć takie na naszych oczach się zdarzają. Na szczęście.

Red. Bartosz Kwiatek: „Nie pójde na kolonoskopię, bo nikt mi tam do d... nie będzie zaglądał. I po co mi ból. Boję się, to niepotrzebne”. „Nie zrobię testu na HIV, bo ta sprawa mnie nie dotyczy”. „Z igłami to ode mnie z daleka. Boję się widoku krwi. Nie badam się kontrolnie. A po co w ogóle się badać, jak dobrze się czuję?”. Takich stwierdzeń czy wymówek słyszemy bardzo wiele, nawet wśród naszych bliskich. Trudno je zrozumieć. To tylko przykłady, które bez trudu można rozszerzyć na inne badania i programy profilaktyczne, z których Polacy nie korzystają tak, jak powinni. Doskonale wiemy przecież, że lepiej jest zapobiegać, niż leczyć. Gdzie tkwi problem, że ta wiedza mija się z praktyką i statystyką?

W ramach badań przesiewowych w kierunku nowotworu jelita grubego na kolonoskopię zgłasza się w Polsce niespełna 20 proc. kwalifikowanych pacjentów. Lepiej wypadają Amerykanie – 40 proc., a jeszcze lepiej Belgowie, w przypadku których

wskaźnik sięga 60 proc. A przecież wiemy o tym, że kolonoskopia jest około 20-minutowym badaniem, które może uratować życie. Znamy też statystyki, że kolonoskopia może zmniejszyć ryzyko wystąpienia raka jelita grubego od 60 proc. do nawet 90 proc. Odsuwamy w czasie wykonanie badań. Wiemy oczywiście, że im wcześniejsza diagnoza, tym lepsze rokowanie. Postępujemy jednak inaczej. Wiele osób boi się diagnozy albo wychodzi z jakże złudnego założenia, że choroba nowotworowa nigdy ich nie spotka. I oby! Tego możemy wszyscy sobie życzyć, żeby nigdy nie usłyszeć diagnozy „rak”. Ale warto być czujnym i to po prostu sprawdzać.

Barierą jest na pewno nasza psychika. Stres. Boimy się działań, których wyniki mogą okazać się niekorzystne. Czy profilaktyka jest lepsza, jak się boimy? Niechęć do wykonania testu na HIV często wynikać może z obawy przed otrzymaniem pozytywnego wyniku. Boimy się, że wyniki badań przewrócą nasze życie do góry nogami. Ale przecież mogą też przynieść spokój, ulgę, uśmiech, gdy się potwierdzi, że wszystko jest w porządku i że jesteśmy wolni od problemów zdrowotnych.

Wirusa HIV przestaliśmy się już bać. Jest przecież nadal śmiertelny, ale dzięki nowoczesnym lekom postrzegamy go już bardziej jako przewlekłą przypadłość. Boimy się natomiast chorób nowotworowych. Bo przecież wiemy, że rak zabija. A wcale nie musi, co potwierdzają dane Światowej Organizacji Zdrowia. Na całym świecie rośnie zachorowalność na choroby nowotworowe, które są główną przyczyną zgonów. Według WHO około połowy zachorowań moglibyśmy uniknąć.

Wiemy, że przynajmniej raz w roku każdy z nas powinien wykonać morfologię krwi. Szybkie, proste i tanie badanie, a pozwala wykryć na wczesnym etapie wiele schorzeń. Wiemy, ale nie wszyscy ją wykonujemy. Jeśli nie będziemy stawiać na profilaktykę, jeśli nie przekonamy ludzi do działań profilaktycznych, to będziemy generować coraz większą i dużo droższą potrzebę leczenia.

Rola mediów w edukacji i profilaktyce zdrowotnej jest ogromna. Nikt z koleżanek i kolegów dziennikarzy biorących udział w debacie pod tym tytułem, podczas 4. Kongresu „Zdrowie Polaków”, nie miał co do tego wątpliwości. Może to brzmi niezręcznie, kiedy sami dziennikarze mówią, że mają misję do wykonania, że mają niezwykle odpowiedzialne i ważne społecznie zadanie. Jednak w kontekście zdrowia, edukacji zdrowotnej i profilaktyki

tak właśnie jest. Nie zrobimy tego jednak sami. Do tego potrzebne są partnerstwo i współpraca z ekspertami medycznymi, autorytetami, z którymi wspólnie możemy przekonać naszych czytelników, słuchaczy i widzów do działań prozdrowotnych. Nie jest to także zadanie łatwe. Od lat można powiedzieć „powtarzamy się” z tematami działań profilaktycznych, edukacyjnych, a statystyki są dalece niesatysfakcjonujące. Na pewno dziennikarze, autorytety oraz eksperci medyczni muszą być cierpliwi. Nie możemy tracić zapału do wspólnego realizowania materiałów prasowych, audycji, programów, które mogą przekonać naszych odbiorców do zmiany postawy lub na początek tylko do zainteresowania się tematem. Wzbudzanie emocji, wątpliwości też jest naszym wspólnym sukcesem. Jeśli czytelnik, słuchacz czy widz zadaje sobie pytania, czy dany temat, problem go nie dotyczy? A może warto się zbadać, wykonać test? To z całą pewnością część z tych niezdecydowanych, wahających się odważyć się pójść na badania. I o to nam właśnie chodzi.

Wspólnie z partnerami medycznymi, autorytetami, powinniśmy pracować nad jakością i mocą naszych przekazów – żeby były skuteczne, motywowały, dawały do myślenia. Muszą być atrakcyjne dla odbiorców, zwracać uwagę, bo przecież w temacie edukacji i profilaktyki ciągle się powtarzamy. Jeśli jednak pod wpływem materiału w mediach choć jedna osoba zdecyduje się na wykonanie badania profilaktycznego, to już mamy sukces. Pytanie, czy mały? Jak pomnożymy to przez liczbę tematów, redakcji, rodzajów mediów, dziennikarzy i ekspertów medycznych, to wierzę, że na jednej osobie się nie skończy. Może czasem nawet zapominamy o wspólnej sile oddziaływania. Jesteśmy znużeni powtarzaniem. Pytamy: ile razy, jakimi sposobami, jak długo, jakimi środkami wrazu mamy przekonywać? Do skutku. Do znużenia. Do zmiany postawy. Do wykonania badania na wagę zdrowia i życia.

Red. Katarzyna Pinkosz: Najwięcej informacji o tym, jak się leczyć, chory otrzyma od lekarza, choć w upowszechnianiu wiedzy medycznej ogromną rolę odgrywają także media. Natomiast bez wątpienia najwięcej informacji o tym, jak dbać o zdrowie, jak powinna wyglądać szeroko pojęta profilaktyka, można uzyskać za pośrednictwem różnego rodzaju mediów. Dlatego ich rola w edukacji prozdrowotnej i profilaktyce wydaje się obecnie podstawowa.

Problem w tym, że mówienie o tym, jak troszczyć się o zdrowie, jak się badać, jest mało „medialne”. Niewiele zdrowych osób kupi gazetę po to, by dowiedzieć się, na jakie pójść badania profilaktyczne albo jak dbać o zdrowie. Są to też tematy mało „klikalne”, dlatego nie zajmują czołówek serwisów internetowych. Takie informacje powinny się jednak przebijać, jeśli chcemy zlikwidować „dług pocovidowy” i dorównać do średniej europejskiej długości życia.

Wiele osób właśnie w mediach, przede wszystkim internetowych, poszukuje rzetelnych informacji o tym, jak dbać o zdrowie albo jak się leczyć. Dlatego warto te tematy poruszać. Wydaje się, że najlepiej robić to, nie strasząc, tylko pokazując pozytywne przykłady osób, które dbają o swoje zdrowie, są aktywne fizycznie, właściwie się odżywiają, chodzą na badania profilaktyczne. Dużą rolę odgrywa przykład własny, np. dziennikarza, który deklaruje, że biega, chodzi z kijkami czy jeździ na rowerze, dba o właściwe odżywianie, zapewnia, że właśnie zrobił kolonoskopię, coroczną morfologię czy badania z programu „Profilaktyka 40 PLUS”. Podobnie działa prezentowanie sylwetek lekarzy, którzy dają dobry przykład – są aktywni fizycznie, zdrowo się odżywiają, nie palą papierosów, wykonują badania profilaktyczne. Przykład takiego lekarza to bardzo dobry początek do pogłębionej audycji czy artykułu na temat profilaktyki i dbania o własne zdrowie.

Na pewno jednak w propagowaniu zagadnień dotyczących profilaktyki mediom potrzebna jest pomoc merytoryczna (i tu jest nieoceniona rola ekspertów), a w obecnych, trudnych ekonomicznie czasach także finansowa, np. w postaci możliwości aplikowania o granty dotyczące propagowania profilaktyki z programów polityki zdrowotnej. Media powinny mieć taką możliwość.

Informacje na temat zdrowia (przypomnienie o tym, żeby iść na mammografię, wykonać cytologię, kolonoskopię, rzucić palenie, pójść do lekarza) nie przebiją wiadomości dotyczących wojny w Ukrainie, kryzysu ekonomicznego, inflacji. Jednak przykładowo co roku w Polsce z powodu chorób nowotworowych umiera ponad 100 tys. osób. Ta liczba z pewnością nie byłaby tak wysoka, gdyby te osoby systematycznie badały się profilaktycznie, chodziły do lekarza, nie paliły papierosów, nie miały otyłości. Dlatego w naszym wspólnym interesie jest dostarczenie jak największej ilości merytorycznej wiedzy – media powinny jak najczęściej poruszać

temat profilaktyki i dbania o zdrowie w sposób rzetelny, a jednocześnie z szacunkiem dla odbiorców, edukując ich, a nie strasząc.

Pandemia COVID-19 powinna nas nauczyć szacunku do własnego zdrowia, życia, pracy innych, do nas samych. Potrzebne są cykliczne programy w telewizji, radiu, a w prasie i internecie – cykle artykułów rzetelnie mówiących o tym, jak dbać o zdrowie, budować odporność, jak i kiedy się badać, jaką aktywność prowadzić. Z pewnością takie programy powinni tworzyć dziennikarze, którzy specjalizują się w tej tematyce.

Red. Anna Rogala: Pacjent, szukając w mediach informacji o danej chorobie, potrzebuje rzetelnych i sprawdzonych wiadomości. Nieprecyzyjne, nieaktualne czy niewłaściwie sformułowane treści mogą wywołać u chorego dezorientację i lęk. Pacjentom, np. z chorobami sercowo-naczyniowymi czy z cukrzycą, lekarze zalecają modyfikację stylu życia, ale nie mają czasu w gabinecie, żeby wszystko wyjaśnić. Warto więc, aby w mediach podkreślać prozdrowotną rolę aktywności fizycznej. Regularny wysiłek fizyczny wzmacnia i usprawnia układ oddechowy oraz układ krążenia, jest podstawą prewencji nadwagi i otyłości. Wpływa pozytywnie na układ immunologiczny i na psychikę. Jak zachęcić pacjentów, którzy tłumaczą, że nie mają czasu na ćwiczenia? Trzeba im uświadomić, że nie chodzi o sport wyczynowy, ale o codzienną aktywność i spacer. Można zaproponować, żeby zamiast jazdy samochodem wybierali rower, z komunikacji miejskiej wysiadali przystanek albo dwa przystanki wcześniej i pokonywali ten dystans na piechotę. Zachęcić do chodzenia po schodach, np. na drugie piętro, i spacerów po obiedzie zamiast oglądania telewizji. Warto naszym odbiorcom w pozytywny sposób podpowiadać, jak dzięki małym krokom można zrobić milowy krok dla swojego zdrowia.

Red. Dorota Romanowska: Jak mówić w mediach o trudnych tematach, aby nikogo nie przstraszyć, lecz zachęcić do działania? Jest na to sposób: opowiadać o ludziach, którzy zmagali się z jakąś chorobą, ale nie poddali się jej. Korzystać z wiedzy ekspertów, którzy umieją wyjaśnić, na czym polega problem i jak można go rozwiązać. Jak dobierać rozmówców? Zasady są dość proste. O chorobach serca powinien mówić kardiolog, a o leczeniu nowotworów – onkolog. Niestety jest grupa lekarzy, którzy uważają, że mogą się wypowiadać na każdy temat. Przykładem jest

słynna Mama Ginekolog, która na blogu wypowiedziała się o problemach ginekologicznych. Okazało się, że nie ma specjalizacji, a na dodatek nie zdała egzaminu specjalizacyjnego. Oczywiście, ważna jest dbałość dziennikarza o rzetelność przekazu. Język musi być dostosowany do odbiorcy. Artykuł w prasie ogólnej może zawierać jeden, góra dwa wyrazy specjalistyczne, ale muszą być one wyjaśnione. Ważne informacje na temat zdrowia warto powtarzać, jednak zbyt częste poruszanie tego samego tematu może okazać się nudne. Czytelnik lubi dowiadywać się czegoś nowego. Liczy się więc atrakcyjny pomysł na artykuł lub pretekst, np. nowa terapia, do jego napisania.

Wciąż aktualne jest pytanie, jak walczyć z nieprawdziwymi informacjami. Należy pisać artykuły, które będą tłumaczyć – posiłkując się wypowiedziami ekspertów – jak jest naprawdę, co nauka i medycyna mówią na dany temat. Jeśli jednak ktoś działa na szkodę pacjentów, np. stosuje terapie niesprawdzone, zagrażające życiu, należy pisać wprost o takiej osobie. Tylko w ten sposób można ostrzec innych pacjentów przed często bardzo kosztownymi zabiegami, które nie przynoszą żadnych efektów.

Dzisiaj zwracamy uwagę, że na przykład o szczepieniach nie powinni mówić celebryci, lecz eksperci, którzy wytłumaczą, dlaczego szczepienie jest ważne. Celebryci mogą polecać nowy ciuch czy samochód, ale nie leki czy terapie! Takie niekompetentne osoby wypowiadające się na ważne medyczne tematy należy napiętnować. Wytykać im głupotę, niewiedzę, brak logiki.

W mediach często pojawiają się materiały sponsorowane przez firmy medyczne. Na ile jest to rzetelny i prawdziwy przekaz? Jeśli ekspert mówi o terapiach różnych firm, to nie ma problemu. Jeśli natomiast z audycji/ artykułu wynika, że tylko jedno rozwiązanie/ terapia jest dobre, a o innych nie ma słowa albo są przekazywane w złym świetle, to jest to naganne. Gros materiałów sponsorowanych i reklam dotyczy suplementów diety. Takie reklamy powinny być zakazane. Zadanie informowania o tym, że to nic niewarte preparaty, spada jednak nie tylko na dziennikarzy, lecz także na odpowiednie instytucje.

Jednym z bardziej nurtujących pytań, na które próbowaliśmy znaleźć odpowiedź podczas debaty, dotyczyło darmowych badań i porad. Czy warto je organizować, skoro, jak wiadomo, wielu ludzi nie można namówić na badania kontrolne. Sądzę, że

warto organizować takie spotkania, ale pod warunkiem, że z wynikiem pacjent nie zostanie sam. Jedną z takich dobrych akcji jest kampania dotycząca czerniaka. Podczas spotkań uczestnicy mogą się zbadać, a jeśli lekarz wykryje niepokojące znamię, umawia na wizytę w Narodowym Instytucie Onkologii. Niestety w ramach takich akcji często się zdarza, że osoby badane dostają „zły” wynik i zostają z nim same. Nie wiedzą, co dalej mają robić. Opowieści o takich przypadkach rodzą przekonanie, że lepiej nie wiedzieć, że coś dolega.

Na konferencjach słyszymy o badaniach profilaktycznych i ich potrzebie, ale nie ma informacji, co ma pacjent zrobić, gdzie wykonać badania. Ludzi można by namówić do badań kontrolnych, gdyby za informacją o potrzebie ich wykonania szła informacja, gdzie można je wykonać i dalej – zapewnienie, że ze złym wynikiem nie zostaną sami.

Red. Łukasz Salwarowski: Przede wszystkim dziennikarze i twórcy mediów powinni pamiętać, że najważniejszym dobrem w ich pracy jest troska o dobro, zdrowie i życie odbiorcy. Nie możemy zatem straszyć odbiorcy, przekazując mu informacje przerażające, powodujące lęk i wyprowadzające z równowagi. Przekaz powinien być dostosowany do sytuacji psychicznej i fizycznej odbiorcy. Dlatego powinien być przemyślany i konsultowany ze specjalistami z zakresu psychologii, czy w przypadku seniorów ze specjalistami psychogeriatry, tak aby nie pogorszył ich stanu psychicznego. Osobie zdrowej można powiedzieć o wiele więcej i bardziej bezpośrednio aniżeli osobie chorej. Brakuje w naszym kraju wśród dziennikarzy i twórców mediów podstawowej wiedzy z zakresu psychologii, psychogeriatry.

Dobór rozmówcy powinien być przemyślany, zgodny z prawem prasowym i kodeksem etyki mediów, które mówią o przekazie obiektywnej prawdy z troską o dobro odbiorcy. Ekspert powinien być zatem osobą całkowicie niezależną finansowo i zawodowo od medium, w którym występuje, a także od usługi bądź produktu, który może zyskać na tym, co mówi. Ważne, aby przekaz był zrozumiały dla odbiorców. Od lat wiele instytucji, w tym Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, promuje i szerzy prosty przekaz, zrozumiały dla odbiorcy. Uważamy za niedopuszczalne używanie niezrozumiałych słów, sformułowań i nazw przez urzędników, naukowców, prawników, lekarzy i ekonomistów. Dlatego od roku Sowiarszenie MANKO–Głos Seniora

prowadzi kampanię pn. „Stop dyskryminacji cyfrowej i językowej seniorów”.

Od początku pandemii Stowarzyszenie MANKO-Głos Seniora, popierane przez wiele instytucji, w tym Rzecznika Praw Pacjenta i Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, apelowało o niestraszenie seniorów. Uważamy za nieodpowiedzialne zachowanie mediów, które szukając sensacji i skandalów, straszyło seniorów, czym pogarszało ich stan psychiczny, a tym samym doprowadzało do uszczerbku na zdrowiu, a nawet śmierci. Jest to dla nas dowód na całkowity brak odpowiedzialności społecznej i brak kompetencji w obszarze etyki mediów, psychologii, jak i całkowity brak troski o dobro i zdrowie seniorów.

Materiały sponsorowane przez firmy medyczne to odrębny problem. Przede wszystkim powinny one być w wyraźny i klarowny sposób oznaczone jako SPONSOROWANE. Tak aby odbiorca nie miał wątpliwości, że nie jest to obiektywny i niezależny przekaz. Wśród materiałów sponsorowanych/ reklamowanych wiele poświęconych jest suplementom diety. Uważamy, że reklamowanie tych preparatów powinno być zakazane, ponieważ polipragmazja wśród np. seniorów jest spowodowana między innymi agresywną polityką reklamową producentów suplementów w mediach. Media, chcąc jak najwięcej zarobić, promują wszystko, o co producent poprosi, a państwo w żadnym zakresie tego nie kontroluje oraz nie reguluje. Z drugiej strony, w mediach i instytucjach rządowych prowadzi się działania profilaktyczne przeciwdziałające polipragmazji oraz przeglądy lekowe. Jaki to ma sens?

Prowadzone przez Stowarzyszenie MANKO-Głos Seniora kampanie zachęcają do darmowych badań. Podczas naszych eventów prowadzimy bezpłatne badania dla seniorów. Są one bardzo popularne i popierane przez naszych seniorów i ekspertów, a wykonywane przez firmy sprawdzone i przyjazne seniorom. Jednak bezpłatne badania powinny być monitorowane i kontrolowane, ponieważ często jest tak, że zaproszenia na darmowe badania przez daną firmę są jednym ze sposobów manipulacji, jak ma miejsce podczas słynnych w całej Polsce oszukańczych prezentacji sprzedażowych, z którymi walczyliśmy od siedmiu lat, prowadząc kampanię „Bezpieczny senior. Stop manipulacji, nie daj się oszukać”.

Kampanie promujące profilaktykę i badania kontrolne prowadzi od lat wiele organizacji społecznych

oraz instytucji rządowych. Szkoda jednak, że z tak małym wsparciem i zaangażowaniem mediów, które są coraz mniej chętne, aby bezpłatnie i niekomercyjnie promować kampanie społeczne i badania profilaktyczne.

Red. Henryk Szrubarz: Pandemia, zbrodnicza agresja Rosji na Ukrainę, kryzys gospodarczy z wysoką inflacją spowodowały wzrost poziomu lęku o to, co przyniesie przyszłość, lęku o najbliższych, o własne zdrowie.

Poczucie niepewności i obaw o zdrowie potęguje niewątpliwie istniejący kryzys zdrowotny i dług zdrowotny powstały w wyniku pandemii. W sytuacji niedoboru kadr medycznych, kolejek do specjalistów i nieraz ograniczonych możliwości leczenia powinniśmy podkreślać, jak ważna jest profilaktyka, uświadomić, że tak naprawdę w dużej mierze stan zdrowia zależy od nas samych. Trzeba czasem wprost powiedzieć, napisać, pokazać: człowieku, rusz się z kanapy, chodź na spacer, nie siedź w domu, częściej wyprowadzaj psa, a będziesz zdrowszy. Musimy przede wszystkim przekazywać informacje o dobroczynnych skutkach określonych zachowań i unikać pouczania, protekcyjnego tonu. Powinniśmy – powołując się na niekwestionowane autorytety medyczne – zaprzeczać mitom, fałszywym informacjom. Zdarza się, że problemem są celebryci opowiadający w różnych miejscach (internet, prasa, programy TV) bzdury dotyczące pandemii, cudownych leków na raka etc. Nie powinniśmy dawać im okazji do wygłaszania tego typu opinii. A przede wszystkim nie powinniśmy też zapraszać ich do tzw. dyskusji ze specjalistami medycyny, bo to tylko uwiarygadnia ich w oczach zwolenników...

Wracając do profilaktyki, należy informować, wyjaśniać, podpowiadać, wspierając się autorytetami medycznymi. W sytuacji kiedy każdy ma dostęp do wielu źródeł informacji (nie zawsze prawdziwych), nasza praca może nie zawsze przynosi oczekiwane efekty, ale nie wolno się poddawać. W końcu kropla drąży skałę.

Red. Bronisław Tumiłowicz: Oczywiście misja mediów dotycząca edukacji i profilaktyki zdrowotnej jest niebagatelna, ale bardzo często źle wypełniana, bo media w sposób opętający „gonią za odbiorcami” i wówczas opierają się na sensacjach, a nie na rzetelnych danych. Rynek, także rynek produktów i usług medycznych, jest wrogiem dobrej edukacji i profilaktyki. Weźmy dowolny przykład internetowego spotu dotyczącego jakiegoś środka

przeciwko cukrzycy lub nadciśnieniu. W tytule takiej informacji jest dosyć zagadkowe, niedokończone zdanie: „Wystarczy raz dziennie korzystać z...”. Do tego dołączony jest obrazek, np. zdjęcie z plasterkiem cytryny lub porcją jajecznicy, a pod nim zaczyna się przydługi artykuł, jakimi to zdrowotnymi komplikacjami może skutkować nieleczona cukrzyca albo nadciśnienie. Następnie podanych jest bardzo dużo statystyk i danych, nawet danych o zgonach. Pod tym wszystkim znajdują się historie osób, które szybko pokonały schorzenie, biorąc środek, który oferuje się w sprzedaży wysyłkowej i tu podana jest cena, np. 297 zł albo 325 zł, z informacją, że jest to cena z dużym rabatem. Internet jest zasypany tego typu informacjami, które wyglądają na zwykłe oszustwo producenta paramedykamentu. Osobiste doświadczenia wymaginowanych pacjentów też są tutaj kompletnie zbędne i stanowią jedynie podbudowę umiejętnie serwowanej reklamy. Paramedyki, choć wiadomo, że nie wymagają szczególnie drobiazgowej rejestracji, roszczą sobie pretensje do bycia sprawdzonymi lekarskami. Jestem przeciwny wszelkim audycjom czy artykułom sponsorowanym przez firmy medyczne i paramedyczne. Także reklamowanie produktów i usług

medycznych nie powinno wkraczać do obiegu publicznego. Do wywiadów na tematy medyczne należy zapraszać tylko lekarzy – autorytety w swoich dziedzinach – pozbawionych „podpórki” koncernów farmaceutycznych. Natomiast akcje darmowych badań czy porad to dobry pomysł – promocja i edukacja w praktyce. Walka z uprzedzeniami i przesądami jest trudna, ale to jest jeden ze sposobów.

Podsumowanie

Debatę skonkludował prof. Henryk Skarżyński: – Pytania łatwo sformułować, ale trudniej znaleźć na nie odpowiedzi. Dlatego nie zdołaliśmy przedyskutować wszystkich tematów, o których warto mówić. Nie taki był zresztą cel debaty. Celem było poznanie opinii ludzi mediów w kilku szczególnie ważnych kwestiach, po to, aby nauczyć się czegoś od siebie wzajemnie i podjąć próbę wypracowania optymalnego, najbardziej skutecznego sposobu komunikacji ze społeczeństwem w sprawie profilaktyki prozdrowotnej. Im lepiej my, pracownicy ochrony zdrowia, będziemy informowali pacjentów (pacjentem był, jest albo będzie prawie każdy), tym bardziej będą oni dbać o zdrowie, a nasza praca kliniczna będzie przynosiła lepsze efekty.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 5:21:08





PANELE
EKSPERCKIE



Podczas paneli eksperci dokonali oceny dotychczasowych działań w zakresie profilaktyki. Choć o przeciwdziałaniu chorobom od dawna mówi się wiele, w Polsce doceniana jest przede wszystkim medycyna naprawcza. Profilaktyce wciąż poświęca się zbyt mało uwagi i środków. Ekspert krytykował ten fakt oraz dyskutowali o tych obszarach działań profilaktycznych, w których decydenci i środowisko medyczne radzą sobie gorzej, niż można oczekiwać. Podejmowano zwłaszcza kwestię szerokich kampanii społecznych dotyczących szczepień, walki z nadciśnieniem tętniczym, z podwyższonym poziomem cholesterolu, szeroko zakrojonych badań przesiewowych pod kątem najczęstszych nowotworów. Zwrócono uwagę na konieczność dywersyfikacji tych kampanii w zależności od celu, wieku docelowej grupy, sposobu przekazywania informacji.

Rozmawiając o profilaktyce, eksperci podkreślali znaczenie badań pracowni-
czych. Krytykowano, że system medycyny pracy, mimo szerokiego wachlarza
zadań do niej przypisanych, nie realizuje ich wszystkich ze względu na brak
finansowania. Opieka profilaktyczna nad pracownikami w Polsce sprowadza
się najczęściej do przeprowadzania jedynie badań profilaktycznych wymu-
szonych przepisami Kodeksu pracy.

Dużo miejsca poświęcono nowoczesnemu leczeniu wielu schorzeń. Przed-
stawiając aktualne podejście do ich terapii, eksperci nie zapominali o ich
profilaktyce, w tym tej trzeciorzędowej, mającej na celu zapobieganie nasi-
leniu skutków choroby bądź ewentualnej niepełnosprawności.

Podobnie jak w latach ubiegłych podkreślano, że dzięki nowoczesnym
rozwiązaniom technologicznym w medycynie pacjenci mają nowe możli-
wości leczenia, a sam system ochrony zdrowia może funkcjonować sprawniej.
Technologie poparte umiejętnościami i doświadczeniem lekarzy (konieczne
jest ich kształcenie pod tym kątem) to przyszłość medycyny.

Ogromne zainteresowanie uczestników wzbudziła dyskusja poświęcona
konceptji jednego zdrowia (One Health). Zajmowanie się zdrowiem populacji
w oderwaniu od środowiska, w którym człowiek bytuje, jest nieracjonalne.

Edukacja prozdrowotna

Moderator: dr hab. Agnieszka Olechowska, prof. APS

Uczestnicy: dr hab. Natalia Demeshkant, prof. UP, prof. Aleksandra Łuszczyńska, dr Agnieszka Małkowska-Szkutnik, dr n. med. Daniel Śliż

Zdrowie jest nieocenionym zasobem człowieka. Składa się nań pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Jest kapitałem, który od najwcześniejszych chwil życia determinuje rozwój człowieka we wszystkich sferach, decyduje o możliwości zaspakajania potrzeb i osiągnięcia wyznaczonych celów życiowych, warunkuje możliwość odczuwania satysfakcji z życia na każdym jego etapie. Wiedza o możliwych i skutecznych sposobach dbania o zdrowie i zapobiegania jego utracie powinna być zatem obecna w bezpośrednim środowisku człowieka od najwcześniejszych lat jego życia. Profilaktyka zdrowotna i edukacja prozdrowotna stanowią bowiem niezastępowalny fundament jakości życia. Tymczasem liczne raporty i opracowania prezentujące wyniki prowadzonych badań naukowych niezmiennie wskazują na liczne, niepokojące zjawiska dotyczące zdrowia Polaków, i choć o swoistym charakterze, to jednak dotyczące każdej grupy wiekowej, każdego pokolenia.

Specjaliści biorący udział w panelu eksperckim „Edukacja prozdrowotna” skonstruowali swoje wypowiedzi wokół czterech podstawowych kategorii:

- potrzeby i mechanizmy zmiany nawyków niekorzystnych ze względu na kryterium zdrowia;
- zagrożenia wynikające z braku dostrzegania konieczności zmiany stylu życia na prozdrowotny;
- potrzeby powszechnej edukacji prozdrowotnej także w grupach osób z chorobami przewlekłymi;
- wskazania dla edukacji prozdrowotnej w sytuacjach kryzysowych (m.in. katastrofa ekologiczna, niszczenie środowiska naturalnego, wojna).

Wszyscy uczestnicy panelu koncentrowali swoją uwagę przede wszystkim na dzieciach i młodzieży. Zwłaszcza w ostatnim czasie właśnie tych grup wiekowych dotyczy wiele badań i raportów podających ocenie takie zmienne jak: stan zdrowia, styl czy jakość życia.

W świetle opublikowanego w 2019 r. raportu z badań przeprowadzonych przez zespół Instytutu Matki i Dziecka pod kierunkiem prof. dr hab. n. med.

i n. o zdr. Anny Fijałkowskiej pt. „Zdrowie i styl życia polskich uczniów”, zrealizowanych w ramach projektu Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, najczęstszym czynnikiem ryzyka występującym wśród badanych 3067 uczniów ze 143 szkół w 12 województwach, od II klasy szkoły podstawowej do wieku nastoletniego w okresie adolescencji, jest niedostatek aktywności fizycznej, narastający wraz z wiekiem od ok. 25 proc. drugoklasistów do ok. 80 proc. adolescentów. Jak wynika z raportu niedostatek ten jednoznacznie wiąże się ze znaczną ilością czasu spędzanego w pozycji siedzącej (ponad 30 proc. doby przez uczniów klasy VII), negatywnymi rodzinnymi wzorcami dotyczącymi aktywnego spędzania czasu wolnego, lecz także z braku możliwości korzystania przez uczniów po lekcjach z otwartego terenu sportowego lub z sali gimnastycznej, ponieważ znaczący odsetek szkół ich nie udostępnia.

Istotną cechą kondycji zdrowotnej współczesnych dzieci i młodzieży jest także nadwaga i otyłość, która dotyczy 30 proc. populacji w wieku 8–15 lat. Niedocenianym problemem jest niedobór masy ciała, który dotyczy ok. 14 proc. populacji dzieci i młodzieży, co wobec wartości referencyjnej 3–5 proc. wydaje się wskaźnikiem dość wysokim. Autorzy raportu zwracają również uwagę na zbyt wysokie ciśnienie krwi, niedobór snu, nieprawidłowe zachowania żywieniowe. Niestety, te i inne jeszcze spostrzeżenia płynące z treści raportu świadczą nie tylko o aktualnym stanie zdrowia dzieci i młodzieży, lecz także o tym, że dla ich i naszej przyszłości konieczne jest nagłaśnianie i promowanie idei dbania o zdrowie, cenie jego wartości oraz podejmowanie skutecznych działań profilaktycznych.

Na początku obrad zastanawialiśmy się między innymi, czy możliwa jest realna zmiana już posiadanych przez dzieci i młodzież przyzwyczajeń, a także, w jaki sposób można zachęcić dzieci i adolescentów do zmiany ich dominującego sposobu spędzania czasu i stylu życia. Na tego rodzaju możliwe zmiany zwróciła uwagę prof. dr hab. Aleksandra Łuszczyńska, kierująca międzynarodową siecią badawczą CARE-BEH Center for Applied Research on Health

Behavior and Health. Wyniki badań prowadzonych pod kierunkiem prof. Łuszczzyńskiej przez naukowców skupionych w Centrum jednoznacznie wskazały, co przytaczam na podstawie przygotowanego przez panią profesor zarysu wskazań, że istotną rolę w zmianie dotychczasowych nawyków odgrywają takie działania jak: uczenie się (oraz uczenie innych) umiejętności samoregulacji, formułowania realistycznych celów, planowania aktywności (np. „jak, gdzie i kiedy będę robić aktywne przerwy, by ograniczyć moje zachowania siedzące”), budowania przekonań („tak, jestem w stanie to zrobić, nawet jeśli pojawiają się bariery”), monitorowania siebie samego (np. „kompozycji posiłków – jaką część stanowiły nieprzetworzone warzywa i owoce?”), przygotowywania się na „sytuacje ryzyka” („jak odpowiem, gdy partner zaproponuje mi kolejną porcję tortu”), poszukiwanie partnera do zmiany.

Z wypowiedzi prof. Łuszczzyńskiej dowiedzieliśmy się również, że jednym ze skutecznych sposobów na indukowanie pożądanych zachowań prozdrowotnych jest także zmiana środowiska materialnego. „Ekspozycja dzieci i młodzieży na produkty żywnościowe, które chcielibyśmy ograniczyć, jedynie zwiększy ich spożycie. Postawienie na widoku, w łatwo dostępnym miejscu wysokokalorycznej i wysokoprzetworzonej żywności znacząco zwiększa prawdopodobieństwo, że dzieci i dorośli po nie sięgną. Obecność wysokoprzetworzonej żywności i słodzonych napojów w sklepikach szkolnych czy w maszynach sprzedających żywność jedynie wzmacnia pragnienie ulegania pokusom i utrudnia dzieciom i młodzieży samoregulowanie zachowania. Warto też przemeblować domy oraz szkoły i używać ławek/ biurek, przy których pracuje się na stojąco, zamiast na siedząco. Takie zmiany są z sukcesem wprowadzane w innych krajach (np. w Australii).

Czynnikiem, na który zwróciła uwagę prof. Łuszczzyńska, było także dążenie do zmian w środowisku społecznym poprzez stosowanie modelowania zachowań i nagradzania. „Modelowanie zachowań to pokazywanie swoim zachowaniem, jak angażować się w aktywność fizyczną, komponować posiłki z nieprzetworzonych produktów pochodzenia roślinnego itd. Kluczowymi modelami dla dzieci i młodzieży są rodzice i rówieśnicy. Nagradzanie pożądanych zachowań (np. stosowania aktywnych przerw, wybór warzyw i owoców zamiast wysokokalorycznych przekąsek) jest zdecydowanie

bardziej efektywne niż karanie zachowań niepożądanych”.

Głos prof. Aleksandry Łuszczzyńskiej wzmocniła wypowiedź prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia, dr. n. med. Daniela Śliża, specjalisty kardiologa, który oprócz wątków i wskazań dla działań edukacyjnych akcentował spustoszenie w organizmie człowieka, jakie sieje nieprawidłowe odżywianie się czy też brak optymalnej dawki ruchu. Doktor Śliż podkreślił w swojej wypowiedzi wysoki stopień trudności przenikania współczesnej wiedzy medycznej, dotyczącej uwarunkowań dobrego zdrowia człowieka, do obszaru edukacji i wychowania, jak też stosowania określonych zasad w codziennym życiu. Doktor Śliż ostrzegł, że jeżeli tego nie uczynimy, „doznamy bankructwa zdrowotnego naszej populacji”. Przywołał w tym kontekście opublikowany w 2020 r. raport pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania” (red. B. Wojtyniak, P. Goryński), w którym wykazano mającą już miejsce „redukcję długości życia Polaków przeciętnie o dwa lata”, która, jego zdaniem, jest wypadkową systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju („a wiemy, jaki on jest”) oraz tego, jak żyjemy, a właściwie tego, „jak duża część Polaków niestety nie wie, jak żyje”. Budowanie świadomości Polaków, aby wiedzieli, „jakie grzechy codziennie popełniamy w stosunku do naszego zdrowia”, jest zdaniem dr. Śliży jednym z elementów warunkujących osiągnięcie lepszego stanu zdrowia i jednym z ważniejszych działań o charakterze profilaktycznym wobec tych licznych chorób i zaburzeń funkcjonowania organizmu człowieka, które możemy indukować, niewłaściwie zarządzając własnym ciałem i zdrowiem. Alarmująco zabrzmiały słowa tego uczestnika panelu, a zarazem lekarza, kiedy po przytoczeniu różnych faktów z badań naukowych zestawiał wysoki odsetek otyłości u dzieci z lawinowym, nawet 80-procentowym odsetkiem deklaracji doznania uszczerbku na zdrowiu psychicznym po okresie nauczania online u młodych dorosłych (badania wykonano w grupie osób studiujących medycynę i inne kierunki medyczne) oraz ze znaczącymi skutkami zdrowotnymi negatywnej zmiany ich stylu życia (m.in. zwiększenia spożycia alkoholu i innych używek oraz ograniczenia aktywności fizycznej). Jednym ze sposobów poprawy sytuacji zdrowotnej, na co zwrócił uwagę dr. Śliż, powinno być nie tylko to, z czym spotykamy się najczęściej, czyli apelowanie o zapobieganie otyłości i zwiększenie

aktywności ruchowej, lecz także zabieganie o odbudowanie relacji społecznych oraz zwiększenie świadomości na temat fundamentalnego znaczenia odpowiedniej ilości i jakości snu dla prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka, m.in. dla możliwości skutecznego zmniejszenia masy ciała i przeciwdziałania odczuwaniu potrzeby uzupełnienia brakującej energii życiowej nadmiernymi dawkami kalorii lub kolejnymi używkami.

Jednak dane z badań nie wystarczą, jeśli nie pokusimy się o interwencję i przemyślenie systemu wartości w odniesieniu do procesu edukacji. Doktor Śliż zwrócił w tym kontekście uwagę na nierównomierność traktowania treści akademickich oraz wiedzy dotyczącej zdrowia w procesie edukacji. Jego zdaniem warto byłoby przemyśleć, czy nie jest możliwe zrezygnowanie z niektórych treści edukacyjnych na rzecz kształtowania podstawowych kompetencji zdrowotnych człowieka, tak aby każdy absolwent kończący szkołę „wiedział, jak codziennie 8 minut się gimnastykować [...], jak obsługiwać swój organizm, czyli jak policzyć kalorie, które musi przyjąć w związku z tym, że wydał jakąś ich ilość na trening, a także w jaki sposób zaplanować ten trening, czy choćby pójść na 30-minutowy spacer każdego dnia”.

Zdrowie, zdaniem dr. Śliży, jest największym zasobem człowieka, a działania w obszarze edukacji, zarówno na szczeblach administracji rządowej, jak i te podejmowane przez twórców programów kształcenia, powinny być skorelowane z rzeczywistymi potrzebami – co nam po znajomości geografii, gdy nie można podróżować (lockdown), co nam po znajomości historii, gdy możemy jako gatunek niedługo sami być historią. Aby jednak móc zaplanować skuteczne programy działania w celu upowszechnienia edukacji prozdrowotnej, dr Śliż zwrócił uwagę na palącą potrzebę interdyscyplinarnej wymiany wiedzy i praktyk między przedstawicielami różnych dziedzin i dyscyplin nauki oraz różnych obszarów edukacji, co można jednocześnie potraktować jako istotny postulat w zakresie społecznej odpowiedzialności.

Niezwykle interesująca była także wypowiedź kolejnej uczestniczki panelu, dr Agnieszki Małkowskiej-Szkutnik, należącej do polskiego zespołu międzynarodowej sieci badawczej HBSC (Health Behaviour In School-Aged Children a WHO Collaborative Study) w grupie roboczej „School” i „Chronic Conditions”, a od 2018 r. specjalistki

współkierującej w tym projekcie polską grupą badawczą HBSC. Obszarem badań i zainteresowań naukowych dr Małkowskiej-Szkutnik jest m.in. funkcjonowanie w szkole uczniów z chorobami przewlekłymi. W sformułowanych dla środowiska edukacyjnego rekomendacjach odnoszących się do działań ukierunkowanych na edukację zdrowotną uczniów z chorobami przewlekłymi dr Małkowska-Szkutnik podkreśla, że „dziecko z chorobą przewlekłą potrzebuje, w celu kształtowania zachowań prozdrowotnych, dwóch rodzajów edukacji: a) edukacji terapeutycznej związanej z chorobą (np. edukacja na temat specyfiki choroby, sposobów łagodzenia bólu, sposobów odbudowywania poczucia bezpieczeństwa zachwianego przez chorobę; b) edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na dobrostan i zdrowie dziecka”.

Zdaniem dr Małkowskiej-Szkutnik konieczne jest rozumienie, że podejmowanie zachowań zdrowotnych przez nastolatki z chorobami przewlekłymi jest wpisane w proces adaptacji do choroby przewlekłej, a także, że podejmowanie zachowań prozdrowotnych wymaga akceptacji ograniczeń związanych z chorobą. W swojej wypowiedzi dr Małkowska-Szkutnik podkreśliła także, że uczenie ucznia z chorobą przewlekłą dbania o zdrowie jest zadaniem wszystkich osób z otoczenia ucznia/ dziecka, m.in. rodzica, lekarza, nauczyciela. Podobnie jak dr Daniel Śliż, tak i dr Agnieszka Małkowska-Szkutnik zwróciła uwagę na potrzebę „systemowego wsparcia dla nauczycieli w odniesieniu do pracy z uczniami z chorobami przewlekłymi” oraz wzmacniania współpracy „między środowiskiem szkolnym i pozostałymi specjalistami opiekującymi się dzieckiem z chorobą przewlekłą”. Ważne jest także, zdaniem badaczki, „uwzględnienie wzorca wychowawczego, ze szczególnym zwróceniem uwagi na nadopiekuńczą postawę [wielu] rodziców”. Wszystkim słuchaczom i panelistom szczególnie zapadło w pamięci zdanie, które w swojej wypowiedzi zaakcentowała dr Małkowska-Szkutnik, że „człowiek angażuje się w to, co uważa za wartość”, czym podkreśliła uwarunkowania skuteczności wszelkich programów prozdrowotnych, a jednocześnie wyjaśniła, dlaczego nawet najlepiej zaprogramowane działania o charakterze edukacyjnym mogą nie przynosić zakładanych rezultatów.

Wskazania dla działań ukierunkowanych na kształtowanie i poprawę zachowań prozdrowotnych

dzieci i młodzieży sformułowała również ostatnia uczestniczka panelu – dr hab. Natalia Demeshkant, prof. UP. Profesor Demeshkant m.in. w latach 2018–2020 kierowała projektem pt. „Poznaj świat zdrowo – zdrowy styl życia ucznia warunkiem efektywności w nauce i wzrostu kompetencji” w ramach III Osi Priorytetowej Szkolnictwo Wyższe dla Gospodarki i Rozwoju POWER na lata 2014–2020. Na początku wypowiedzi prof. Demeshkant odniosła się do aktualnej sytuacji w Ukrainie. Podkreśliła niespodziewany charakter i dramatyczny przebieg wydarzeń w tym kraju, po czym scharakteryzowała trzy rodzaje możliwych działań w zakresie edukacji prozdrowotnej w sytuacjach kryzysowych. Zaliczyła do nich: działania w celu zapobiegania i przygotowania, zachowania w fazie reagowania oraz zachowania w fazie odbudowy, za których skuteczność ponoszą kolektywną odpowiedzialność wszyscy ludzie, zwłaszcza badacze tego obszaru nauki, oraz rodzice, nauczyciele, specjaliści różnych dziedzin. Profesor Demeshkant zwróciła również uwagę na to, że choć skuteczne programy z zakresu edukacji

prozdrowotnej powinny być opracowywane i proponowane odgórnie (na wysokich szczeblach administracji rządowej), to równie efektywne i cenne są oddolne inicjatywy i działania zapoczątkowywane w lokalnej szkole we współpracy z lokalnym samorządem i wybranymi organizacjami działającymi na danym terenie. Na podstawie wyników przeprowadzonych przez siebie badań prof. Demeshkant zwróciła uwagę na konieczność przedstawiania dzieciom i młodzieży zagadnień dotyczących zdrowia i zachowań prozdrowotnych przez specjalistów dysponujących pewną i opartą na dowodach, zaawansowaną i profesjonalną wiedzą. Zaapelowała o „realizację edukacji zdrowotnej w formie projektów we współpracy szkoły z uczelniami wyższymi i specjalistami z dziedzin pokrewnych (tj. dietetykami, trenerami fitness i rozwoju osobistego)”. Podkreśliła też potrzebę przyjęcia zasady, aby „na poziomie edukacji podstawowej wszyscy nauczyciele mieli przygotowanie zawodowe w zakresie edukacji zdrowotnej oraz zrównoważonego rozwoju jako podstawy zapewnienia [pomyślnej] egzystencji ludzkiej”.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 3:12:24



Polska bez papierosów – fantazja czy realna wizja?

Moderator: Grzegorz Ziemniak

Uczestnicy: prof. Andrzej Fal, Hanna Gill-Piątek, dr Jacek Krajewski, prof. Jarosław Pinkas, prof. Filip M. Szymański, prof. Witold Zatoński

Nasze społeczeństwo tradycyjnie pali. Czy transformacja i wdrożenie prawa, które będzie prowadzić do zlikwidowania dostępu do papierosów i wyeliminowania papierosów z życia, są możliwe w naszym kraju? Między innymi na te pytania próbowali odpowiedzieć uczestnicy panelu Instytutu Zdrowia i Demokracji (IZiD). Dyskusja nie pozostała bez echa. Pierwszym jej efektem i krokiem do zmian jest apel wystosowany do rządzących.

Komisja Europejska w strategii walki z rakiem postawiła sobie ambitny plan ograniczenia liczby palaczy nałogowych do 5 proc. populacji do roku 2030. W Polsce nałogowo pali papierosy około 8 mln palaczy, co odpowiada ponad 20 proc. populacji. Drugie tyle narażone jest na tzw. bierne

palenie. 70 proc. palaczy deklaruje wolę podjęcia działań wyjścia z nałogu. Takie cele oznaczają, że w Polsce rocznie rzuci skutecznie palenie papierosów blisko 2 mln palaczy nałogowych.

Należy pamiętać, że za palenie papierosów płacimy społecznie, finansowo, zdrowotnie ogromną cenę – szacunki mówią, że na leczenie chorób wywołanych przez palenie Polska wydaje co roku ponad 15 mld zł. Kolejnych 18 mld, według Banku Światowego, pochłaniają społeczne koszty chorób wywołane przez palenie. Koszty łączne palenia kształtują się więc na poziomie 33 mld zł rocznie. Dochody podatkowe budżetu państwa z tytułu produkcji i sprzedaży wyrobów tytoniowych to ok. 28,7 mld zł (2019).

W czasie dyskusji postanka Hanna Gill-Piątek zwróciła uwagę, że w Polsce podejście do problemu nie tylko papierosów, lecz także alkoholu i narkotyków, jest zero-jedynkowe: można tylko wyjść z nałogu. To jedyna recepta, bez alternatyw. W Polsce nie ma także na razie miejsca w debacie publicznej na obszar nazywany redukcją szkód (*harm reduction*). – Warto dyskusję oprzeć na badaniach. Widać, że jest kilka nowych problemów, np. tylne drzwi, którymi młodzież wchodzi do palenia przez zastępniki, nieuregulowanie tzw. e-papierosów liquidów. Jeśli chodzi o młodzież, tu powinna być pełna prohibicja. Podgrzewacze produkują duże koncerty, produkcja ta podlega kontroli. W e-papierosach zaś, sprzedawanych choćby przez internet, nie wiadomo co dokładnie jest (a może być wszystko) – to problem wymagający szybkiego uregulowania, zaznaczała postanka.

Z kolei zdaniem prof. Jarosława Pinkasa niezbędna jest dobrze zbilansowana i zbalansowana polityka edukacyjna i fiskalna. – Na e-papierosy, które są bardzo często inicjatorem późniejszego palenia, niestety obecnie mamy minimalny wpływ. Większość transakcji odbywa się przez internet – rodzice nie mają wiedzy, co to jest, to się relatywizuje, a to tylko para wodna – a co jest w tych kartrydżach nie mamy pojęcia. Raczej świństwa. Ostatnia faza wapowania jest inhalacją skrajnie niebezpiecznymi substancjami. Co zaś tyczy się nowatorskich wyrobów – boję się powiedzieć, ale one są po pierwsze niedostępne w formie takiej jak e-papierosy (internet) i ich sprzedaż młodzieży jest zabroniona. Sprzedaż odbywa się pod kontrolą tylko w wyznaczonych punktach. Nie powiem, czy to jest pomost, czy nie do rzucenia palenia, bo nie zajmuję się medycyną naprawczą, natomiast dla mnie kluczową kwestią jest ograniczenie dostępności do nikotyny poprzez działania na młodzież. Analizujemy, co jest naprawdę niebezpieczne i co stanowi największe zagrożenie – mówił Jarosław Pinkas.

Dr Jacek Krajewski, prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, mówił natomiast o roli i możliwościach lekarza pierwszego kontaktu w działaniach na rzecz walki z nałogiem wśród pacjentów poradni POZ. – Gdyby stworzyć poważny program oddziałujący na motywację pacjenta do rzucenia palenia, to on na pewno przyniesie oczekiwany efekt. Jak będziemy dysponować wiedzą i badaniami o efektach podgrzewania, to być może wejdzie to do pewnej

rutyny, a my będziemy tymi, którzy będą stosować to narzędzie w walce z uzależnieniem. Na ten moment uważam, że jest jeszcze za wcześnie, by działać już teraz na poziomie POZ i zostawiłbym to specjalistom i poradniom antynikotynowym: w momencie gdy pacjent jest na takim poziomie i zdiagnozowaliśmy, że użycie takiego narzędzia będzie skuteczne – to go używamy. Niczemu nie należy mówić „nie”. Nie jestem zwolennikiem zakazów. Kwestia redukcji szkodliwych działań efektów palenia – można ją osiągnąć poprzez modyfikację czynników szkodliwych. Ale kluczowe jest ograniczenie możliwości zapalenia papierosa. To jest nawyk. Jeśli z tym nie będziemy walczyć, to nasze działania i ich efekty bez względu na narzędzia będą minimalne.

– Środki są dziś nie tylko po stronie lekarzy rodzinnych i polityków. To narzędzia fiskalne, behawioralne, podatkowe, polityczne – trzeba je połączyć i powiązać. Jeśli uda się wrócić do tego, co było 30 lat temu, i wszystkimi środkami zadziałać wspólnie – efekty będą widoczne – mówił podczas debaty prof. Andrzej Fal. – Państwo powinno pójść w kierunku rejestru szkodliwości i według tego rejestru szkodliwości decydować o dopuszczeniu na rynek. Rejestr powinien być ciągle aktualizowany o badania przeprowadzane w weryfikowanym protokole także przez przemysł. Jestem przekonany, że środki publiczne na to muszą się znaleźć – nie można chować głowy w piasek, tylko to zrobić. Nie tylko mówić ludziom, gdzie jest najwięcej szkodliwych substancji, lecz także wedle tego ustawić choćby politykę fiskalną. Wyższa szkodliwość – wyższy podatek. A przy sprzedaży tych wyrobów młodzieży – egzekwowanie prawa i kar – uważa prof. Fal.

W ocenie prof. Filipa M. Szymańskiego dane dotyczące toksyczności mogą stymulować wybór mniej szkodliwych produktów. – Dziś w zakresie wyrobów alternatywnych tej świadomości i danych niestety nie ma. Nie można wrzucać do jednego worka e-papierosów niewiadomego pochodzenia. Mało tego, tzw. liquidy są nieprzebadane w momencie dopuszczenia do sprzedaży i nie ma żadnych badań, co się dzieje w trakcie spalania – to jest dramatyczne. Czy można *harm reduction* uważać za pomost do rzucenia palenia? Ja uważam, że tak, dlatego na samym końcu dla osoby, która nie może rzucić palenia za pomocą cytyzyny, nikotynowej terapii zastępczej, leków RX, kolejnego podejścia do cytyzyny, proponujemy *heat not burn* (podgrzewaj,

nie pal). Dlaczego? Dlatego że nie ma co się obawiać i wstydzić – FDA i NICE – ogromne agencje rządowe – dopuściły do wykorzystania podgrzewaczy jako pomostu do rzucania palenia na podstawie częściowych badań sponsorowanych także przez rynek tytoniowy. Nie można przejść obok tematu, na który zwracają uwagę FDA i NICE: Nowa Zelandia, Wielka Brytania, Japonia – mamy stamtąd dane – pierwsze dane oparte na twardym EBM – już nie tylko in vivo, lecz kliniczne grupy wykazują, że szkoda w wypadku podgrzewania jest mniejsza i to zarówno biochemiczna, jak i kliniczna w stosunku do tradycyjnego papierosa. Czyli są badania, mamy wstępne dane, które są akceptowane przez duże agencje rządowe innych krajów, dane odnośnie farmakoterapii, cytyzyny, narzędzi behawioralnych psychologii i psychiatrii i stosowania wyrobów innowacyjnych. Wykorzystanie wszystkich tych narzędzi razem może przełożyć się w końcu na sukces.

Z kolei prof. Witold Zatoński zadał pytanie, czy przepisywanie przez lekarza rodzinnego w procesie odwyku i wychodzenia z nałogu palenia nowatorskich wyrobów, tak jak to ma miejsce w Wielkiej Brytanii, ma sens w polskich warunkach. – Oczywiście, że ma sens! Sam widziałem dziesiątki ludzi, którzy przestali palić czy też zredukowali niebezpieczeństwo poważnej choroby, ponieważ zaczęli używać czystej nikotyny z innego źródła, tzw. e-papierosów, gumy czy plastrów z nikotyną etc. Trzeba podzielić użytkowników NDD na dorosłych i dzieci. O populację dorosłych jestem spokojny – lekarze powinni napisać protokół, kiedy i jak powinno się je stosować i podawać. Brytyjczycy poszli tą drogą – uznali, że to jest dobry środek pomagający rzucić palenie i wspierający *harm reduction*. Natomiast jeżeli chodzi o dzieci, to zupełnie inna sprawa. Jest w tej chwili mnóstwo badań naukowych, które pokazują, że czysta nikotyna w dużych dawkach prowadzi do nieodwracalnej destrukcji mózgu dzieci. Z tego powodu wiele krajów zakazało dostępu do czystej nikotyny dla dzieci. W Polsce co trzeci piętnastoletni chłopiec i 20 proc. dziewczynek używa codziennie tzw. e-papierosów czy produktów pochodnych. Polska ma jeden z najwyższych na świecie poziomów używania przez dzieci NDD. Jesteśmy u progu katastrofy, wystarczy spojrzeć na szkolne podwórka w trakcie przerwy. Niestety badania nad skutkami używania tzw. e-papierosów u dzieci, o ile wiem, nie zostały przeprowadzone, co jest kolejnym skandalem.

Podsumowując panel, postanka Hanna Gill-Piątek podkreśliła, że potrzebne są badania i dane, by zająć się problemem w Sejmie. Brakuje przede wszystkim danych dotyczących nowych zjawisk i wyrobów, porównań szkodliwości i toksyczności z klasycznymi papierosami.

W panelu nie mógł uczestniczyć przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia Tomasz Latos, który zgodził się na rozmowę z Instytutem Zdrowia i Demokracji w późniejszym terminie. O wizji Polski bez papierosów poseł Tomasz Latos rozmawiał z Grzegorzem Ziemniakiem, partnerem IZiD. – Trzeba stawiać sobie ambitne cele. Trudno uwierzyć, że jeszcze kilkanaście lat temu w PKP były przedziały dla palących. Wydawało się wtedy, że ograniczanie stref palenia jest niemożliwe. Tymczasem trzeba iść dalej. Takim celem, poza kolejnymi ograniczeniami, powinna być Polska całkowicie wolna od papierosów. Dyskusja o całkowitym wyeliminowaniu papierosów trwa już w wielu krajach. Pytanie jest zasadne, kiedy i w jaki sposób takie ograniczenia wprowadzać? Wymaga to dwóch elementów: po pierwsze powszechnej zgody politycznej, a po drugie sprzyjających warunków do tworzenia prawa (nie w ostatnich tygodniach kadencji parlamentu) i zaplanowania odpowiednio długiego *vacatio legis* pozwalającego na przyzwyczajenie się i przygotowanie do zmian. To ambitny plan – ale jest konieczny i jestem przekonany, że nikt nie będzie mieć wątpliwości, by podjąć takie nietatwe wyzwania – mówił Tomasz Latos.

Tymczasem są już pierwsze efekty debaty. W ślad za wnioskami z debaty uczestnicy 4. Kongresu „Zdrowie Polaków” wystosowali apel do Rządu i Ministra Zdrowia o podjęcie systemowych działań mających na celu ograniczenie dostępu do papierosów w Polsce, a tym samym – zmniejszanie liczby palących, która od lat utrzymuje się na bardzo podobnym stałym poziomie. Kluczowe postulaty apelu:

- stworzenie ram czasowych, budżetowych i organizacyjnych, czyli tzw. mapy drogowej projektu „Polska bez papierosów”, z wykorzystaniem doświadczeń międzynarodowych i szeroko zakrojonej profilaktyki, która doprowadziłaby do znaczącego ograniczenia dostępności papierosów w Polsce;
- stworzenie warunków skutecznego zniechęcania potencjalnych palaczy do wejścia w nałóg oraz zachęcania tych już uzależnionych, aby rozpoczęli walkę z nałogiem;

- stworzenie skutecznej polityki akcyzowej, utrudniającej dostęp do papierosowej trucizny, zwłaszcza osobom nieletnim;
- wprowadzenie prawa nakazującego producentom i dystrybutorom papierosów ujednoczenie opakowań, tak aby nie stwarzały one wrażenia atrakcyjności;
- wprowadzenie podstaw prawnych umożliwiających podwyższenie kar za sprzedaż papierosów nieletnim, popartych skuteczną egzekucją;
- uporządkowanie rynku używek nikotynowych, w tym tzw. alternatyw, poprzez prawne zdefiniowanie produktów obecnych na rynku, oznaczanie ich szkodliwości w skali bezwzględnej i porównywalnej do papierosów;
- stworzenie procedury badawczej i certyfikującej na podstawie składu i toksyczności tzw. alternatyw do papierosów – substancje wykorzystywane w płynach do e-papierosów, wkładkach do podgrzewaczy tytoniu oraz innych formach produktów zawierających nikotynę
 - lub o przekazanie takich kompetencji istniejącej już instytucji publicznej;
- przeznaczenie części kwoty wpływającej do budżetu państwa z tytułu podatku akcyzowego na papierosy na stworzenie w każdym województwie specjalistycznych poradni odwykowych współpracujących z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej.

W Polsce, zgodnie z ostatnimi danymi Eurobarometru Komisji Europejskiej, papierosy pali nałogowo 26 proc. populacji. To wynik powyżej średniej unijnej. Rośnie też liczba pacjentów palących, którzy z powodu papierosów chorują głównie na choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory płuc, krtani, gardła czy trzustki, lecz także choroby układu oddechowego. Równoległe od początku tego roku, pomimo podwyżki akcyzy, sprzedaż papierosów w naszym kraju drastycznie wzrosła – w pierwszym półroczu aż o blisko 13 proc. w porównaniu z analogicznym okresem roku ubiegłego.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 6:12:28



Uwarunkowania uczestnictwa w programach profilaktycznych. Socjologiczna analiza wybranych badań empirycznych

pod patronatem Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego oraz Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia

Moderator: dr n. hum. Krzysztof Puchalski

Uczestnicy: lek. Michał Jędrzejek, dr hab. Małgorzata Synowiec-Piłat, dr hab. Michał Wróblewski, prof. UMK

Współcześnie prowadzonych jest wiele programów profilaktycznych, których celem jest wczesne wykrywanie oraz zapobieganie chorobom. Jednak, jak pokazują dane, mimo licznych informacji przekazywanych różnymi kanałami, a nawet akcji i kampanii promujących uczestnictwo w tych programach, odsetek osób zgłaszających się na badania profilaktyczne lub nieobowiązkowe szczepienia nie zawsze jest satysfakcjonujący. Socjologiczna refleksja nad wynikami badań dotyczącymi

tego problemu, rzucając światło na przyczyny niewielkiego uczestnictwa w programach profilaktycznych, może przyczynić się do zidentyfikowania barier oraz dostarczyć rekomendacji pomocnych w zwiększaniu zainteresowania ludzi tymi programami. Czynniki będące przedmiotem zainteresowania socjologii zdrowia i medycyny, takie jak przekonania zdrowotne, opinie i postawy wobec edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób, stopień zaufania do medycyny i lekarzy czy posiadane

kompetencje zdrowotne, mogą – obok ulokowania w strukturze społecznej oraz samego procesu komunikacji – przyczynić się do większej lub mniejszej aktywności ludzi w sferze profilaktyki. W panelu przedstawiono wyniki badań dotyczących opinii Polaków o szczepieniach przeciwko COVID-19, a także szczepieniach przeciwko grypie wśród personelu medycznego, jak również demograficznych, strukturalnych oraz kulturowych uwarunkowań uczestnictwa w onkologicznych badaniach profilaktycznych.

Pierwszy z wykładów w tym panelu dotyczył bardzo aktualnego i niezwykle istotnego problemu szczepień przeciwko COVID-19. Prof. dr hab. Michał Wróblewski z Instytutu Socjologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, opierając się na wynikach reprezentatywnych badań sondażowych (n = 114), zrealizowanych na przełomie lat 2021 i 2022, pokazał, jak Polacy oceniają Narodowy Program Szczepień przeciwko COVID-19. Próba podzielona została na osoby zaszczepione i niezaszczepione w proporcjach zbliżonych do poziomu wyszczepienia dorosłych mieszkańców Polski w momencie rozpoczęcia badania (66 proc. osób zaszczepionych i 34 proc. osób niezaszczepionych).

Jak pokazały badania, respondenci, którzy skorzystali z Narodowego Programu Szczepień (NPS), wysoko ocenili organizację szczepień na poziomie ogólnym oraz szczegółowym. Zdecydowanie bądź raczej dobrze ocenilo NPS aż 91 proc. respondentów, co pokazuje, że pod względem organizacyjnym program był dla Polaków udanym przedsięwzięciem. Również na poziomie szczegółowym opinia badanych była pozytywna. Najlepiej ocenianymi elementami programu były: łatwość dotarcia do punktu (88 proc. badanych zdecydowanie zgodziło się ze stwierdzeniem „z łatwością dotarłem/am do punktu szczepień”), rejestracja (82 proc.), praca pielęgniarek (77 proc.). W badaniu zapytano również o sposoby rejestracji na szczepienie oraz miejsce przyjęcia szczepionki. Trzy najczęściej wskazywane sposoby to infolinia, strona internetowa pacjent.gov.pl oraz punkt szczepień. Tak duża popularność cyfrowego sposobu rejestracji pokazuje, że nie tylko wdrożono z sukcesem system teleinformatyczny na poziomie zarządzania punktami szczepień, lecz także odegrał on pozytywną rolę po stronie pacjentów. Z kolei najczęściej wskazywane miejsca przyjęcia szczepionki są związane z systemem ochrony

zdrowia (placówki POZ, szpitale). Wydaje się, że mimo otwarcia punktów szczepień w takich miejscach jak np. galerie handlowe, szczepienia przeciwko COVID-19 traktowane były przede wszystkim jako zabieg medyczny, w związku z czym pacjenci w celu zwiększenia poczucia bezpieczeństwa wybierali częściej przestrzenie stricte medyczne.

NPS został lepiej oceniony przez kobiety i osoby powyżej 60. roku życia. Nie jest to zaskakujące, biorąc pod uwagę z jednej strony fakt, że generalnie kobiety częściej niż mężczyźni przejawiają postawy prozdrowotne, z drugiej zaś dużą popularność i wysoką akceptację szczepień przeciwko COVID-19 wśród starszych roczników. W ocenie NPS pomiędzy respondentami nie było natomiast istotnych różnic w kontekście miejsca zamieszkania. Fakt, że niezależnie od wielkości miejscowości badani podobnie oceniają NPS, pośrednio może świadczyć o zrównoważonej organizacji programu (to znaczy był on równie dobrze zorganizowany w dużych miastach, co w gminach wiejskich) oraz o wysokiej dostępności szczepień.

Badani dobrze ocenili również kampanię promocyjną, chociaż nie tak jednoznacznie pozytywnie jak organizację NPS. 64 proc. oceniło kampanię zdecydowanie bądź raczej dobrze, a 32 proc. raczej bądź zdecydowanie źle. Istotnie różną ocenę kampanii miały osoby zaszczepione i niezaszczepione. Niższa ocena osób niezaszczepionych może wynikać z dwóch kwestii. Po pierwsze osoby niezaszczepione najprawdopodobniej są sceptyczne wobec szczepień i to może mieć wpływ na ocenę kampanii. Po drugie, osoby niezaszczepione nie czuły się odpowiednimi adresatami kampanii bądź nie uważały jej za skuteczną i przekonującą. Kampanię lepiej ocenili mieszkańcy terenów wiejskich w porównaniu do mieszkańców dużych miast. Warto tutaj dodać, że w gminach wiejskich i małych miejscowościach częściej organizowano akcje promocyjne bezpośrednio angażujące obywateli (np. festyny). Co więcej, w takich miejscach częściej korzystano z organizacji zakorzenionych w lokalnej wspólnotie (koła gospodyń wiejskich, ochotnicza straż pożarna). To wszystko mogło się przełożyć na większą widzialność działań kampanijnych o charakterze lokalnym, co wpłynęło na ogólną ocenę kampanii.

Osoby zaszczepione zapytano również o obawy związane z przyjęciem szczepionki. Większość badanych (52 proc.) wskazała, że nie miała żadnych obaw. Pokazuje to, że dużą część zaszczepionych

mogły stanowić osoby silnie zdeterminowane i pewne swojego wyboru. 25 proc. zaszczepionych respondentów obawiało się skutków ubocznych, a 17 proc. – poważnych powikłań zdrowotnych w przyszłości. Osoby niezaszczepione wśród powodów nieprzyjęcia szczepionki przeciwko COVID-19 wskazywały najczęściej: skutki uboczne (49 proc. respondentów wskazało ten czynnik), brak skuteczności szczepionki (46 proc.), przekonanie o posiadaniu przeciwciał (25 proc.). Wyniki te pokazują wyraźny sceptycyzm wobec bezpieczeństwa i efektywności szczepionek, co pośrednio może wskazywać na wpływ narracji antyszczepionkowych.

Skutki uboczne stanowiły zatem poważne źródło niepokoju społecznego. Należy zaznaczyć, że obawa przed nieplanowanymi konsekwencjami zdrowotnymi jest do pewnego stopnia naturalna, zwłaszcza w przypadku szczepień bardzo szybko wprowadzonych do powszechnego użytku. W związku z tym, oprócz działań wymierzonych w przekaz antyszczepionkowy, bardzo ważne w takich sytuacjach jest wykorzystanie narzędzi, które potencjalnie mogłyby osłabić obawy przed skutkami ubocznymi. Takim narzędziem jest bez wątpienia Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych pozwalający na wypłatę świadczeń pacjentom poszkodowanym z powodu odczynów poszczepiennych. W Polsce Fundusz Kompensacyjny przeznaczony dla pacjentów poszkodowanych wskutek szczepień przeciwko COVID-19 zaczął funkcjonować od lutego 2022 r., czyli po ponad roku od uruchomienia NPS. Biorąc pod uwagę doświadczenia innych krajów, wcześniejsze wprowadzenie Funduszu Kompensacyjnego mogłoby przyczynić się do zmniejszenia poziomu obaw w związku ze skutkami ubocznymi, a tym samym pozytywnie wpłynąć na poziom wyszczepienia.

Wyniki powyższych badań pozwalają na sformułowanie następujących rekomendacji:

- **Stworzenie przejrzystego i kompleksowego systemu kompensacyjnego dla pacjentów poszkodowanych wskutek niepożądanych odczynów poszczepiennych.** Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało, że Fundusz Kompensacyjny będzie obejmował również pacjentów przyjmujących inne szczepionki niż przeciwko COVID-19. Jest to bardzo dobry krok, niemniej rozszerzeniu stosowania wypłat kompensacyjnych powinna towarzyszyć kampania informacyjna.
- **Dalsze wdrożenie systemów teleinformatycznych.** Wykorzystanie narzędzi online do

rejestracji pacjentów i zamawiania szczepionek okazało się jednym z najmocniejszych elementów NPS. Podobna infrastruktura powinna zostać zastosowana do innych rodzajów szczepień. Tak jak w przypadku NPS wdrożenie rozwiązań cyfrowych powinno odbywać się na drodze szkoleń z wykorzystaniem metod zdalnych.

- **Podniesienie kompetencji cyfrowych personelu medycznego oraz rozwój infrastruktury internetowej.** Powiększająca się luka pokoleniowa sprzyja starzeniu się części zawodów medycznych (np. pielęgniarek). Osoby starsze są szczególnie narażone na ryzyko wykluczenia cyfrowego. Dalszemu wdrożeniu systemów teleinformatycznych powinny towarzyszyć działania zwiększające poziom kompetencji cyfrowych.
- **Inkluzywne i lokalne działania promocyjne.** Kampanie informacyjne o zasięgu ogólnopolskim są na pewno nośnikiem ważnych informacji, kształtujących postawy prozdrowotne. Niemniej duża dysproporcja w poziomie wyszczepienia pomiędzy gminami pokazuje, że potrzebne są działania bardziej nakierowane na konkretne wspólnoty lokalne. W krajach zachodnich istnieje szereg dobrych praktyk, na przykład polegających na włączaniu do działań promocyjnych lokalnych liderów opinii. W przyszłych programach szczepień powinno pojawić się więcej działań włączających mieszkańców konkretnych gmin.
- **Skuteczniejsza walka z narracjami i działaniami grup antyszczepionkowych.** Główne powody nieprzyjęcia szczepionki przeciwko COVID-19 (obawa przed bezpieczeństwem, przekonanie o nieskuteczności) pośrednio wskazują na upowszechnienie się argumentów grup antyszczepionkowych. Potrzebne są bardziej zdecydowane działania, na przykład związane z większą obecnością ekspertów w debacie publicznej, ale też zmierzające do niedopuszczenia najbardziej radykalnych przedstawicieli ruchu antyszczepionkowego do głównego nurtu dyskursu publicznego.
- **Stworzenie transparentnego kalendarza i instrukcji szczepień przeciwko COVID-19.** Zmieniające się rekomendacje dotyczące odstępów czasowych między dawkami, kolejne dawki przypominające, różne schematy dla różnych grup wiekowych czy nowe szczepionki dedykowane konkretnemu wariantowi koronawirusa

– wszystko to sprawia, że konieczne jest stworzenie jasnych, zrozumiałych i transparentnych wytycznych oraz harmonogramów szczepień. Podobnie jak w przypadku szczepień ochronnych wśród dzieci, również szczepieniom na COVID-19 powinny towarzyszyć odpowiednie protokoły i schematy, które będą skutecznie komunikowane pacjentom.

Również drugi z zaprezentowanych podczas panelu referatów dotyczył problematyki szczepień. Celem wystąpienia była krytyczna, oparta na wynikach badań naukowych refleksja nad możliwościami oraz barierami pełnienia przez personel medyczny – jako autorytet w sprawach zdrowia – roli lidera zdrowotnego w promowaniu szczepień przeciwko grypie. Jak podkreślał prelegent lek. Michał Jędrzejek z Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia, na podstawie licznych badań oraz obserwacji można stwierdzić jednoznacznie, że szczepienie przeciwko grypie jest procedurą skuteczną oraz bezpieczną (Jenkin, Mahgoub, Morales, Lambach, & Nguyen-Van-Tam, 2019), a w Polsce ze względów epidemiologicznych zalecane dla wszystkich osób od 6. miesiąca życia (Mastalerz-Migas i in., 2020), pod warunkiem braku występowania przeciwwskazań. Personel medyczny, jako szczególnie eksponowany na potencjalne infekcje, a także opiekujący się pacjentami z grup wysokiego ryzyka ciężkiego przebiegu grypy, powinien być, według rekomendacji dużych międzynarodowych organizacji zdrowotnych, szczepiony corocznie przeciwko grypie (Jędrzejek & Mastalerz-Migas, 2021b). Wiadomo jednak, że stosowanie się do powyższych zaleceń pozostaje ogólnie na niskim poziomie (w szerokim zakresie 2–60 proc.), poza tym jest ono zmienne zarówno w poszczególnych sezonach epidemicznych, jak i wśród poszczególnych grup zawodowych personelu medycznego (Jędrzejek & Mastalerz-Migas, 2021a).

Wybory zdrowotne ludzi funkcjonujących w kręgu kultury euro-amerykańskiej w coraz większym zakresie oparte są na osiągnięciach wiedzy naukowej. Profesjonaliści medyczni powinni być podstawowym źródłem informacji o zdrowiu i chorobie, w tym o znaczeniu, skuteczności oraz bezpieczeństwie szczepień. Warto podkreślić, że ze względu na wysokie kompetencje i doświadczenie zawodowe personel medyczny – szczególnie podstawowej opieki zdrowotnej – darzony jest zaufaniem, co może mieć pozytywny wpływ na zachowania zdrowotne

ogółu populacji (Jędrzejek & Synowiec-Piłat, 2020). Jednak należy pamiętać, że na porady i opiekę udzielaną pacjentom przez lekarzy mają wpływ także ich osobiste zachowania i postawy prozdrowotne (Fletcher, 2013). Badania potwierdzają, że większy odsetek pacjentów zostaje zaszczepionych przeciwko grypie, jeśli ich lekarz był również zaszczepiony (Frank, Dresner, Shani, & Vinker, 2013). Z racji, że niektórzy pracownicy ochrony zdrowia nie są (i nie chcą być) zaszczepieni, istnieje realna obawa oraz ryzyko, że niezdecydowani pracownicy mogą rozszerzyć obawy dotyczące szczepień na populację ogólną, rzadziej zalecać szczepienie swoim pacjentom, a także zmniejszyć zaufanie do szczepień (WHO, 2015). Jest to zatem kolejny argument przemawiający za wysiłkami na rzecz zwiększenia wskaźników szczepień przeciwko grypie wśród pracowników ochrony zdrowia.

Zarówno doniesienia ze światowej literatury, jak i badania własne potwierdzają, że najczęstszym deklarowanym motywem wykonywania szczepień przeciwko grypie w grupie personelu medycznego jest chęć ochrony własnej przed zachorowaniem, jak i ochrona bliskich (Jędrzejek & Mastalerz-Migas, 2021a, 2022). Z kolei wśród licznych barier można wymienić błędne przekonania na temat skuteczności oraz bezpieczeństwa szczepień, jak i bariery organizacyjne.

W związku z powyższym zasadne wydają się następujące rekomendacje:

- Z uwagi na realny i wymierny wpływ personelu medycznego jako autorytetu na wybory zdrowotne oraz fakt, że indywidualne postawy oraz przekonania personelu medycznego w zakresie szczepień mogą przekładać się bezpośrednio na wskaźniki zaszczepienia w populacji ogólnej, twórcy oraz realizatorzy kampanii mających na celu zwiększenie wskaźnika zaszczepienia przeciwko grypie powinni uwzględnić w swoich działaniach również personel medyczny jako oddzielną grupę odbiorców działań.
- Działania na rzecz promocji szczepień przeciwko grypie wśród personelu medycznego powinny odwoływać się do głównych motywów akceptacji szczepień przez tę grupę, tj. chęci ochrony własnej oraz bliskich, a także korygować błędne przekonania na temat szczepień, głównie na temat ich skuteczności oraz bezpieczeństwa, z wykorzystaniem treści edukacyjnych opartych na faktach naukowych. Dobrze zorganizowana

kampania w kontekście logistycznym również może przyczynić się do zwiększenia wskaźników zaszczepienia przeciwko grypie wśród personelu medycznego.

Trzeci z wykładów, przygotowany przez dr hab. Małgorzatę Synowiec-Piłat (Sekcja Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego; Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia) oraz lek. Michała Jędrzejka (Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia), poświęcony był społeczno-kulturowym uwarunkowaniom uczestnictwa wrocławian w onkologicznych badaniach profilaktycznych.

Nowotwory złośliwe stanowią narastający od ponad 100 lat problem zdrowotny, społeczny oraz ekonomiczny. Jest to druga, po chorobach układu krążenia, przyczyna zgonów w Polsce (KRN, 2020). Warto również dodać, że Polska należy do krajów o najwyższych wskaźnikach umieralności na nowotwory (EUROSTAT, 2018; Wojtyniak, Stokwiszewski, Goryński & Poznańska, 2012). W okresie 1965–2018 liczba zachorowań onkologicznych wzrosła czterokrotnie (ESP, 2013). Mimo znaczącego postępu efektu leczenia nowotworów w Polsce jego wyniki nadal są gorsze niż większości krajów Unii Europejskiej, a Polska zajmuje ostatnie miejsce w rankingu skuteczności leczenia. Jednym z regionów w kraju o najwyższym udziale choroby nowotworowej w ogólnej liczbie zgonów jest województwo dolnośląskie (4. miejsce w kraju). Pod względem umieralności na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności województwo dolnośląskie kolejny rok znalazło się na 1. miejscu w kraju (292,6; 291,9 w 2017 r.). W województwie dolnośląskim, w porównaniu z 2010 r., liczba zgonów z powodu nowotworów wzrosła o 21 proc. (wzrost o 15,3 proc. w przypadku nowotworów złośliwych). To województwo cechuje się wyższymi niż krajowy standardyzowanymi wskaźnikami zachorowalności na nowotwory złośliwe (ESP, 2013) zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet, a także umieralnością na nowotwory złośliwe – 439,1 dla mężczyzn (3. miejsce w kraju; 403,5 dla Polski) oraz 238,6 dla kobiet (4. miejsce w kraju; 222,4 dla Polski) (KRN, 2020).

W strukturze zgonów w grupie mężczyzn w Dolnośląskim, podobnie jak w kraju, dominuje: nowotwór płuca – 28,6 proc. (28,2 proc. dla Polski), jelita grubego – 12,8 proc. (12,6 proc. dla Polski), gruczołu krokowego – 9,4 proc. (10,1 proc. dla Polski) oraz żołądka – 5,9 proc. (5,7 proc. dla Polski) i pęcherza

moczowego – 5,7 proc. (5,6 proc. dla Polski). Z kolei w grupie kobiet w Dolnośląskim nowotwory płuca były pierwszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów – 19,2 proc. (17,6 proc. dla Polski) i tym samym wyprzedziły ponownie (po ponad dekadzie) nowotwory piersi – 14,8 proc. (15,0 proc. dla Polski); w dalszej kolejności znajdowały się nowotwory jelita grubego – 12,0 proc. (11,8 proc. dla Polski) oraz jajnika – 5,0 proc. (6,1 proc. dla Polski) (KRN, 2020).

W związku z powyższym priorytetem polityki zdrowotnej powinny być wszelkie działania ukierunkowane na promocję zdrowia, profilaktykę oraz wczesne wykrywanie zmian nowotworowych (Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., 2022). W ramach działań promocji zdrowia oraz prewencji wtórnej choroby nowotworowej należy podjąć działania mające na celu zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej, w tym w badaniach przesiewowych (skrining). W Polsce mamy trzy rodzaje badań przesiewowych: badanie cytologiczne wymazu z szyjki macicy, badanie mammograficzne piersi, krew utajona w stolcu oraz badanie endoskopowe jelita grubego.

W rozważaniach na temat przesłanek budowania programów profilaktycznych zwraca się uwagę, że ich realizacja, w tym także badań skriningowych, napotyka znaczne trudności w osiągnięciu zadowalającego poziomu realizacji, są one mało skuteczne oraz kosztowne (Ostrowska, 2011). W celu podniesienia skuteczności podejmowanych interwencji antynowotworowych niezbędne jest uwzględnienie szeregu zmiennych o charakterze społeczno-demograficznym, strukturalnym oraz kulturowym (Synowiec-Piłat, 2020). W referacie przedstawione zostały wyniki badań sondażowych (Synowiec-Piłat M., Pałęga A., Zmysłona B., Jędrzejek M., 2018) zrealizowanych w 2018 r. na populacji dorosłych (od 18. roku życia) – zdrowych (bez diagnozy nowotworowej) mieszkańcach Wrocławia (n = 898). Celem badania było określenie: 1) W jakim stopniu wrocławianie uczestniczą w onkologicznych badaniach profilaktycznych? 2) Czy uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych jest zależne od zmiennych: a) społeczno-demograficznych (wiek, płeć i stan cywilny)? b) społeczno-strukturalnych (wykształcenie respondenta, wykształcenie matki i ojca respondenta, wysokość dochodu, subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstwa domowego)? c) społeczno-kulturowych (poczucie odpowiedzialności za stan zdrowia, przekonania

zdrowotne na temat wpływu profilaktyki na zdrowie oraz znaczenia profilaktyki onkologicznej)?

Profilaktyka onkologiczna kobiet – mammografia/ USG

W profilaktyce raka piersi zalecane są następujące badania: mammografia/ USG piersi oraz samobadanie piersi. W przypadku raka piersi w Polsce prowadzone są bezpłatne badania skriningowe dla kobiet w grupach ryzyka: 50–69 lat (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018a). Skuteczność mammograficznego badania przesiewowego w wykrywaniu raka piersi na wczesnym etapie rozwoju jest ugruntowana wieloletnimi badaniami i obserwacjami klinicznymi. Wychwylenie w porę groźnych zmian daje ponad 90 proc. szans przeżycia kolejnych 5 lat po diagnozie (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018a).

W profilaktyce raka piersi jako uzupełnienie mammografii, zwłaszcza w diagnostyce sutków gruczołowych, zaleca się również wykonywanie USG piersi – przede wszystkim kobietom w wieku 20–40 lat oraz po 40. roku życia, jako że badanie to pomaga wykrywać zmiany, których może nie wykazać badanie mammograficzne (Polska Unia Onkologii, 2018b).

Jak pokazały badania własne, tylko 1/3 wrocławianek (38 proc. kobiet, w tym 8 proc. raz na pół roku, a 30 proc. minimum raz na rok) uczęszcza na zalecane przez specjalistów badania diagnostyczne piersi – mammografię lub USG. Natomiast 42 proc. uczęszcza na nie rzadziej niż raz na rok (w tym 28 proc. – minimum raz na 3 lata, a 20 proc. – rzadziej niż raz na 3 lata), zaś aż 20 proc. w ogóle.

Profilaktyka onkologiczna kobiet – samobadanie piersi

Jak podkreśla Polska Unia Onkologii, podstawowym i bardzo istotnym elementem w procesie wczesnego wykrywania raka piersi jest samobadanie piersi. Powinno być wykonywane regularnie, tzn. przynajmniej raz w miesiącu. W omawianym badaniu deklaruje wykonywanie samobadania 45 proc. wrocławianek (w badaniu – kategoria raz na pół roku), a ponad połowa nie stosuje się do zaleceń (55 proc., w tym nigdy nie bada się samodzielnie – 22 proc.).

Profilaktyka onkologiczna kobiet – wizyty kontrolne u ginekologa

Profilaktycznie do ginekologa uczęszcza 65 proc. wrocławianek (20 proc. – co pół roku lub częściej

oraz 45 proc. – minimum raz na rok). Co najmniej raz na 3 lata do ginekologa chodzi 17 proc. badanych kobiet, natomiast 9 proc. – rzadziej niż raz na 3 lata, a nigdy lub prawie nigdy – kolejne 9 proc.

Profilaktyka onkologiczna kobiet – badania cytologiczne

Regularne wykonywanie przez kobiety badań cytologicznych jest skutecznym sposobem przeciwdziałania rakowi szyjki macicy. W kierunku raka szyjki macicy prowadzone są w Polsce bezpłatne badania skriningowe dla kobiet w grupach ryzyka: 25–59 lat (Polska Unia Onkologii, 2018c). Przykładowo w takich krajach jak Kanada czy Szwecja regularne badania przesiewowe przyczyniły się do spadku wskaźników umieralności na raka szyjki macicy nawet do 70 proc. (Kazana & Zdolińska, 2006). Badania pokazały, że aż 1/4 wrocławianek nie stosuje się do zaleceń profilaktycznych odnośnie badań cytologicznych (raz na rok, bezpłatne raz na 3 lata), w tym 10 proc. wykonuje cytologię rzadziej niż co 3 lata, a 12 proc. nigdy nie miało cytologii. W tym kontekście warto dodać, że zaleca się badanie cytologiczne raz na rok, raz na 3 lata można zaś je wykonać bezpłatnie.

Analizie poddano również społeczno-demograficzne oraz strukturalne uwarunkowania uczestnictwa wrocławianek w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Potwierdzono następujące zależności:

- ze względu na wiek: im starsze kobiety, tym rzadziej uczestniczą w badaniach kontrolnych u ginekologa oraz badaniach cytologicznych; kobiety do 55. roku życia rzadziej uczestniczą w badaniach mammograficznych i USG;
- ze względu na wykształcenie: im niższe wykształcenie, tym rzadsze uczestnictwo respondentek w badaniach kontrolnych u ginekologa oraz w badaniach cytologicznych, a także rzadziej przeprowadzane jest samobadanie; im niższe wykształcenie rodziców, tym rzadsze uczestnictwo w badaniach mammograficznych/USG oraz w badaniach kontrolnych u ginekologa, a także rzadsze wykonywanie samobadania piersi;
- nie sprzyja profilaktyce również niska ocena warunków materialnych gospodarstwa domowego oraz niski dochód, w przypadku badań mammograficznych/USG, cytologicznych i wizyt kontrolnych u ginekologa.

Profilaktyka onkologiczna mężczyzn

Podstawowe badania diagnostyczne związane z nowotworem gruczołu krokowego (prostaty, stercza), to badanie per rectum oraz badanie stężenia PSA (*prostate specific antygen*), przeprowadzanego z niewielkiej próbki krwi. Badanie to pozwala wykryć raka prostaty w bardzo wczesnym stadium rozwoju. Kolejną metodą diagnostyczną to USG prostaty, dzięki któremu można ocenić wielkość gruczołu krokowego oraz dobrać właściwą metodę leczenia.

Analiza danych wykazała, że 39 proc. badanych respondentów uczestniczyło w kontrolnym badaniu prostaty przynajmniej raz w życiu; natomiast 61 proc. dorosłych wrocławian nigdy nie poddało się badaniu proktologicznemu.

Podstawą diagnostyki zmian w jądrach jest badanie ultrasonograficzne (USG). Warto dodać, że wcześniej wykryty nowotwór jąder jest w 100 procentach wyleczalny. W badaniu własnym potwierdzono, że 31 proc. mężczyzn poddało się profilaktycznemu badaniu jąder przez lekarza; 69,23 proc. dorosłych wrocławian nigdy nie uczestniczyło w tego rodzaju badaniach.

Istotną metodą profilaktyki jest w tym przypadku również regularnie wykonywanie przez mężczyzn samobadania jąder. Warto natomiast zauważyć, że aż 58,06 proc. dorosłych mężczyzn we Wrocławiu nigdy nie wykonało tego badania w ciągu całego życia.

Potwierdzono szereg istotnych statystycznie zależności pomiędzy uczestnictwem mężczyzn w onkologicznych badaniach profilaktycznych, a zmiennymi społeczno-demograficznymi i strukturalnymi. Uczestnictwu w tego rodzaju badaniach nie sprzyja:

- wiek do 45. roku życia: w przypadku badań proktologicznych jest to uzasadnione, ponieważ zaleca się tego rodzaju badania po 50. lub 55. roku życia. Niepokojące jest to jednak w przypadku nowotworu jąder, najwyższa zachorowalność występuje bowiem wśród młodych mężczyzn (pomiędzy 15. a 40. rokiem życia),
- w przypadku zmiennej stan cywilny – rzadziej poddają się badaniom proktologicznym mężczyźni samotni, co zazwyczaj wiąże się z brakiem motywującego wsparcia w działaniach profilaktycznych ze strony partnerki. Natomiast w przypadku kontroli jąder częściej nie uczestniczyli w badaniach profilaktycznych zarówno

- kawalerowie, jak i żonaci/ w związkach, a najczęściej uczęszczali na nie wdowcy i rozwodnicy,
- rzadziej uczestniczą w badaniach proktologicznych oraz w kontrolnych badaniach jąder mężczyźni bezdzietni oraz posiadający 1 dziecko, najczęściej – z 2–3 dziećmi lub więcej,
- w przypadku zmiennej wykształcenie matki, które powiązane jest z aspektem socjalizacji kwestii związanych ze zdrowiem w okresie dzieciństwa, rzadziej wykonywali samobadanie jąder mężczyźni, których matki miały niskie wykształcenie, co potwierdza często występująca w badaniach tendencja, że wyższe wykształcenie rodziców sprzyja prozdrowotnym wyborom i zachowaniom ich dzieci (także w wieku dorosłym). Odwrotną jednak zależność potwierdzono w przypadku uczestnictwa w badaniach proktologicznych – częściej nie poddawali się tym badaniom mężczyźni, których matki miały wykształcenie średnie i wyższe.

Ponadto zbadano również wybrane przekonania wrocławian oraz ich wpływ na uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych.

Przekonania wrocławian na temat profilaktyki

Subiektywne poczucie odpowiedzialności za stan zdrowia: zaledwie 1/3 ankietowanych bierze odpowiedzialność za stan swojego zdrowia (34 proc.). Aż 45 proc. wrocławian jest zdania, że za stan ich zdrowia odpowiedzialne jest przede wszystkim państwo i odpowiednie władze.

Przekonania wrocławian na temat wpływu profilaktyki na zdrowie: 94 proc. wrocławian stwierdziło, że profilaktyka ma pozytywny wpływ na zdrowie człowieka, w tym 43 proc. zdecydowanie się zgodziło z tym twierdzeniem, a 51 proc. – raczej się zgadzało, według 5 proc. badanych profilaktyka nie ma wpływu na zdrowie człowieka, a 1 proc. badanych nie miał zdania na ten temat.

Przekonania na temat znaczenia profilaktyki w przeciwdziałaniu chorobom nowotworowym: większość mieszkańców Wrocławia uważa, że należy wykonywać badania profilaktyczne pod kątem „raka” (86 proc.), w tym 51 proc. twierdziło, że dotyczy to również sytuacji, gdy nie ma się żadnych dolegliwości, a 35 proc. – tylko w sytuacji, gdy są jakieś niepokojące objawy; 11 proc. jest przeciwna wykonywaniu onkologicznych badań profilaktycznych,

w tym 8 proc. uważa, że nie trzeba ich robić, gdy nic nie dolega, 2 proc. twierdzi, że „co ma być, to będzie”, 1 proc. uważa, że „jeśli to nowotwór, to i tak nic nie da się zrobić” (3 proc. – nie ma zdania).

Analiza danych potwierdziła istnienie zależności pomiędzy uczestnictwem w onkologicznych badaniach a powyższymi, wyznawanymi przez respondentów przekonaniami zdrowotnymi:

- im większe poczucie odpowiedzialności za ogólny stan zdrowia, tym większe prawdopodobieństwo wykonywania samobadania piersi;
- im większe przekonanie o pozytywnym wpływie profilaktyki na ogólny stan zdrowia, tym większe prawdopodobieństwo uczestnictwa w badaniach prostaty, kontrolnym badaniu jąder oraz wykonywania samobadania jąder;
- im większe przekonanie o pozytywnym wpływie profilaktyki nowotworowej, tym większe prawdopodobieństwo uczestnictwa w badaniach prostaty i kontrolnym badaniu jąder.

Rekomendacje

Profilaktyka ma nieocenione znaczenie w przeciwdziałaniu chorobom nowotworowym. Jednocześnie zwraca się uwagę na niski poziom uczestnictwa społeczeństwa w realizowanych w Polsce, w tym we Wrocławiu, onkologicznych programach profilaktycznych. Badacze tego zjawiska wskazują na skłonności twórców tych programów do upatrywania źródeł niepowodzeń głównie w niskiej świadomości i braku zaangażowania społeczeństwa, co prowadzić może do tzw. syndromu obwiniania ofiary. Natomiast bagatelizowanych jest szereg czynników o charakterze społeczno-kulturowym, np. kwestia nierówności społecznych, warunków życia czy przekonań zdrowotnych. Bardzo istotną kwestią, która powinna być brana pod uwagę w działaniach na rzecz zwiększenia zgłaszalności poszczególnych grup czy zbiorowości społecznych na badania profilaktyczne, jest:

- uwzględnienie wpływu zmiennych społeczno-demograficznych oraz strukturalnych;
- analiza przekonań na temat wpływu profilaktyki na zdrowie człowieka, a także poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Jak najbardziej precyzyjne poznanie społeczno-kulturowego kontekstu funkcjonowania grupy docelowej interwencji prozdrowotnych może istotnie zwiększyć zgłaszalność na onkologiczne badania profilaktyczne.

Piśmiennictwo

EUROSTAT. (2013). Revision of the European Standard Population.

EUROSTAT. (2018). Self-perceived health statistics.

Fletcher, J. (2013). Exemplary medicine: why doctors should practise what they preach. *Canadian Medical Association Journal*, 185(8), 635–635. <https://doi.org/10.1503/cmaj.130514>.

Frank, E., Dresner, Y., Shani, M., & Vinker, S. (2013). The association between physicians' and patients' preventive health practices. *Canadian Medical Association Journal*, 185(8), 649–653. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121028>.

Jędrzejek, M., & Mastalerz-Migas, A. (2021a). Influenza vaccination in healthcare workers – vaccination coverage, determinants, possible interventions. *Medycyna Pracy*. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01068>.

Jędrzejek, M., & Mastalerz-Migas, A. (2021b). Seasonal influenza vaccination of healthcare workers: a narrative review. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01775>.

Jędrzejek, M., & Mastalerz-Migas, A. (2022). Influenza Vaccination Coverage, Motivators for, and Barriers to Influenza Vaccination among Healthcare Workers in Wrocław, Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1586. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031586>.

Jędrzejek, M., & Synowiec-Piłat, M. (2020). Rola lekarzy rodzinnych jako liderów wyborów zdrowotnych w promowaniu szczepień przeciwko grypie. W M. Kusaczuk (Red.), *Medycyna i zdrowie. Wyzwania XXI wieku* (ss. 89–104). Łódź-Kielce: Wydawnictwo Naukowe ArchaeGraph.

Jenkin, D. C., Mahgoub, H., Morales, K. F., Lambach, P., & Nguyen-Van-Tam, J. S. (2019). A rapid evidence appraisal of influenza vaccination in health workers: An important policy in an area of imperfect evidence. *Vaccine*, 37(2), 100036. <https://doi.org/10.1016/j.jvax.2019.100036>.

KRN. (2020). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 r. Warszawa.

Mastalerz-Migas, A., Kuchar, E., Nitsch-Osuch, A., Mamcarz, A., Sybilski, A., Wełnicki, M., Antczak, A. (2020). Recommendations for the prevention, diagnosis and treatment of influenza in adults for Primary care physicians: FLU COMPAS PCP – ADULTS. *Family Medicine & Primary Care Review*, 22(1), 81–96. <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2020.90629>.

Ostrowska, A. (2011). Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności (przypadek profilaktyki ginekologicznej kobiet). *Stud Socjol.*, 3(202), 73–94.

Synowiec-Piłat M. (2020), Przekonania i wiedza dotyczące chorób nowotworowych a uczestnictwo w onkologicznych

badaniach profilaktycznych. Studium socjologiczne, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, ss. 564, ISBN 978-83-7055-626-6.

Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M. (2022) „Kierunki działań w zakresie zdrowia publicznego dla mieszkańców Wrocławia na lata 2022-2026” na zlecenie Gminy Wrocław (umowa dotacyjna nr P/PZ/1/2021); Link do Uchwały z treścią dokumentu: https://baw.um.wroc.pl/UrządMiastaWroclawia/document/64219/Uchwa_proc.C5_proc.82a-XLIX_1299_22.
Synowiec-Piłat M., Pałęga A., Zmysłona B., Jędrzejek M. (2018), Projekt naukowo-badawczy finansowany ze

środków gminy Wrocław (umowa nr D/WZD/19A/68/2018) (07.05.2018 – 03.08.2018 r.) „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia wrocławian”.

WHO. (2015). Tailoring Immunization Programmes for Seasonal Influenza (TIP FLU). A guide for increasing health care workers' uptake of seasonal influenza vaccination. Copenhagen. Pobrano z http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/290851/TIPGUIDEFINAL.pdf.
Wojtyniak, B., & Goryński, P. (2020). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. Warszawa.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 5:19:02



Profilaktyka zdrowotna w ujęciu populacyjnym – komu? kiedy? jaka? Jak przygotować się na jesień 2022?

Moderator: prof. Krzysztof J. Filipiak

Uczestnicy: prof. Marcin Czech, prof. Iwona Paradowska-Stankiewicz

Dyskusja w trójkącie: epidemiolog, konsultant krajowy w ważnej dziedzinie wpływającej na zdrowie publiczne – farmakoekonomista, były wiceminister zdrowia – lekarz praktyk, kardiolog, internista, hipertensjolog, farmakolog kliniczny, siłą rzeczy dotyczyła szerokiego ujęcia problemów zdrowotnych, jakie czekają na Polaków w nadchodzących miesiącach. Poruszono kwestię trzech głównych przyczyn zgonów w Polsce w ostatnich dwóch latach:

- zgonów z powodu chorób układu krążenia;
- zgonów z powodu chorób onkologicznych;
- zgonów z powodu COVID-19.

W zakresie przygotowania Polski na ewentualną kolejną falę zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 dyskutowano o: konieczności doszczepienia szerokiej populacji, większej promocji dawki przypominającej (tzw. boostera), poszerzeniu wskazań do drugiego boostera w polskiej populacji. Prof. Iwona Paradowska-Stankiewicz w szerokim ujęciu przedstawiła problemy ze szczepieniami w Polsce i ruchami antyszczepionkowymi, prof. Marcin Czech nakreślił sytuację i potrzeby doszczepienia ponaddwumilionowej grupy uchodźców z Ukrainy, prof. Iwona Paradowska-Stankiewicz poinformowała

o sukcesach w zakresie wyszczepienia ukraińskich dzieci rodzących się już w Polsce oraz przedstawiła cały wachlarz działań na rzecz ochrony zdrowia uchodźców. Paneliści przedyskutowali także kwestię najnowszych doustnych leków przeciwwirusowych przeciwko SARS-CoV-2, kwestię ich zastosowania, wskazań, możliwości państwa w zakresie refundacji, docelowych grup chorych.

W zakresie profilaktyki populacyjnej skupiono się na kwestii szerokiego refundowania i zwiększenia dostępności tych leków, których zastosowanie będzie wiązało się z istotnym zmniejszeniem kosztownych zdarzeń i chorób w przyszłości, czego najlepszymi przykładami są:

- refundowanie nowoczesnych wieloskładnikowych preparatów hipotensyjnych (tzw. SPC – *single pill combinations*), których szersza dostępność przekłada się na lepszą populacyjną kontrolę hipotensyjną, a tym samym na skuteczniejszą prewencję zgonów, udarów mózgu, zawałów serca, niewydolności serca, przewlekłej niewydolności nerek, choroby naczyń obwodowych i chorób oczu;
- refundowanie silnych i nowoczesnych leków hipolipemizujących (czy to w postaci refundacji

powszechnej czy programów terapeutycznych), co przekłada się na lepszą kontrolę populacyjnych stężeń cholesterolu, a tym samym – prewencję zawałów serca, udarów mózgu, potrzeb w zakresie rewaskularyzacji naczyniowej, procedur kardiologii inwazyjnej i kardiochirurgii;

- refundowanie innych nowoczesnych leków, które stosowane z jednego powodu bardzo istotnie ograniczają chorobowość z innych przyczyn; przykładem takich leków są coraz lepiej refundowane w Polsce floszyny (inhibitory SGLT-2), które mogą zmniejszyć ryzyko wystąpienia niewydolności serca, cukrzyca, opóźnić postęp przewlekłej choroby nerek, zmniejszyć liczbę osób leczonych z powodu niewydolności serca czy dializowanych.

Paneliści skrytykowali dominujące w Polsce od wielu lat podejście w zakresie doceniania przede wszystkim medycyny naprawczej i zbyt mało należytego postrzegania medycyny profilaktycznej. Wskazano na rolę profilaktyki niefarmakologicznej, farmakologicznej, szczepień w czasach pandemii i poza nią.

Przedyskutowano te obszary działań profilaktycznych, w których decydenci, lekarze, środowisko medyczne radzą sobie najgorzej, a więc kwestię szerokich kampanii społecznych dotyczących np.: szczepień, walki z nadciśnieniem tętniczym, z podwyższonym cholesterolem, szerokich badań profilaktycznych w celu przesiewowej diagnostyki najczęstszych nowotworów. Zwrócono uwagę na konieczność dywersyfikacji tych kampanii w zależności od celu, wieku docelowej grupy, medium przekazywania informacji. Oprócz „starych” mediów – billboardów, prasy, radia i telewizji – podkreślono potrzebę osobnych kampanii w mediach społecznościowych: portalach, takich jak Facebook i LinkedIn, komunikatorach typu Twitter czy najnowszych mediach oddziałujących na najmłodsze grupy wiekowe, takich jak Instagram czy TikTok.

Prof. Marcin Czech zwrócił uwagę, że kampanie dotyczące np. szczepień przeciwko HPV powinno się kierować do grupy nastolatków rozpoczynających aktywność seksualną. Prof. Krzysztof J. Filipiak zauważył, że nieobecność dużych kampanii profilaktycznych w mediach społecznościowych takich jak Instagram powoduje, że właśnie tam szeroko prezentowane są poglądy antynaukowe, ruchy antyszczepionkowe, ruchy antystatynowe, działają

pseudoautorytety zniechęcające do szczepień i promujące nieprawdziwe dane.

Paneliści w podsumowaniu zgodzili się, że profilaktyka i medycyna zapobiegawcza powinny być bardziej doceniane. Zgodzili się też, że istnieje pojęcie nie tylko profilaktyki niefarmakologicznej, lecz także profilaktyki farmakologicznej, w której podawanie określonych substancji/ leków ma na celu przede wszystkim poprawę wskaźników chorobowości i śmiertelności w odległym czasie, ale też zmniejszenie kosztów procedur medycyny naprawczej.

Panel nagrywano pod koniec czerwca 2022 r., stąd wielokrotnie podkreślano, że trudno z takim wyprzedzeniem zawyrokować, jak będą wyglądały problemy zdrowotne Polaków jesienią 2022 r.. Niezależnie jednak od sytuacji pandemicznej nadal aktualne są zalecenia dotyczące uzupełnienia szczepień (przeciwko COVID-19, grypie, przeciwko pneumokokom w określonych grupach ludności), dalszej edukacji w zakresie postępowania niefarmakologicznego (dystans, maseczki, higiena rąk, nauka od najmłodsze go wieku tak elementarnych rzeczy jak prawidłowe kichanie), jak i dobrej, skutecznej terapii chorób przewlekłych.

W toku dyskusji sformułowano też kilka wskazań dotyczących poprawy polityki profilaktyki zdrowotnej państwa w zakresie:

- wdrażania zmian refundacyjnych, aby polepszyć kontrolę czynników ryzyka populacyjnego, takich jak np. nadciśnienie tętnicze; analizy farmakoekonomiczne opublikowane ostatnio przez prof. Czecha, prof. Filipiaka i wsp. (Cardiol J 2022; 29(3): 405–12, doi: 10.5603/CJ.a2022.0031. Epub 2002 May 17) wskazują na przykład, że proste zmiany związane z korzystniejszą refundacją niektórych preparatów SPC wiązałyby się z realnymi oszczędnościami w leczeniu nie tylko z perspektywy płatnika (budżetu), lecz także pacjenta płacącego za te leki w aptece (klasyczne, tzw. *win-win scenario*);
- ciągłej weryfikacji kryteriów włączania do ważnych programów terapeutycznych;
- zwiększanie dostępności najnowocześniejszych leków i procedur, które mogłyby być odpłatne, a więc mogłyby stanowić swego rodzaju zachętę do inwestowania we własne zdrowie i w profilaktykę, przy niemożności zapewnienia pełnego wachlarza takich leków i działań wszystkim osobom w warunkach ochrony zdrowia w Polsce;

- kompleksowego podejścia do kampanii społecznych, wczesnej edukacji w szkole na rzecz promowania medycyny zapobiegawczej

i racjonalnego ograniczania nakładów na medycynę naprawczą.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 3:19:14



Zdrowie kobiety – zagrożenia w okresie kryzysu ekonomicznego i politycznego

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

Uczestnicy: Grzegorz Błażewicz, prof. Leszek Czupryniak, ks. Władysław Duda, Barbara Dziuk, dr hab. Paweł Kowal, prof. ISP PAN, dr n. med. Beata Małecko-Libera, prof. Radosław Mądry, dr n. med. Janusz Meder, Grażyna Mierzejewska, dr hab. Barbara Radecka, prof. UO, Krystyna Wechmann

Medyczna Racja Stanu od dwóch lat prowadzi kampanię edukacyjno-systemową „Zdrowie kobiety – bezpieczeństwo rodziny”. Debatę poświęcono potrzebie szczególnej troski o zdrowie kobiet i nowego spojrzenia na ideę solidarności europejskiej.

– Po ataku Rosji na Ukrainę Polska otworzyła dla kilku milionów uchodźców nie tylko granice, domy, szkoły, lecz także przychodnie i szpitale. Większość przyjezdnych to kobiety i dziewczęta, a zapewnienie im bezpieczeństwa zdrowotnego to zobowiązanie, któremu musimy sprostać, i dlatego dziś, podczas Kongresu „Zdrowie Polaków”, zwracamy uwagę na skalę nowych wyzwań – powiedziała moderująca pierwszą część dyskusji Anna Jasińska, rzecznik Medycznej Racji Stanu.

Minister Grzegorz Błażewicz, zastępca rzecznika praw pacjenta, zapewnił, że uchodźcy z Ukrainy mają u nas zagwarantowany pełen dostęp do świadczeń medycznych. – Od początku wojny włączyliśmy się aktywnie w pomoc Ukrainie i jej obywatelom szukającym u nas schronienia. Mając świadomość, że także zapewnienie pomocy medycznej daje osobom po tak dramatycznych przeżyciach poczucie bezpieczeństwa, przygotowaliśmy w ich języku ojczystym dokładną informację o jej zakresie – dodał zastępca rzecznika praw pacjenta.

Krystyna Wechmann, jako liderka ruchu pacjentów onkologicznych, przedstawiła zakres pomocy onkologicznej: od zaangażowania tłumaczy przez

przygotowanie informacji w języku ukraińskim po kierowanie do specjalistów chorych, którzy powinni kontynuować leczenie rozpoczęte w ojczystym kraju.

– Musimy znaleźć sposób, jak trafić do naszych gości z Ukrainy także z informacją o szeroko rozumianej profilaktyce chorób nowotworowych, choć to nie lada wyzwanie, gdy tak trudno przebić się do świadomości Polek z przekazem o tym, jak wiele w kwestii bezpieczeństwa onkologicznego zależy od nas samych. Tymczasem udział w badaniach przesiewowych, który nigdy nie był zadowalający, spadł w czasie pandemii do poziomu 35 proc. w przypadku mammografii, a cytologii – do kilkunastu procent. To bardzo zły prognostyk – alarmowała liderka Amazonek i Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Zaniepokojenie to dzielają onkolodzy. Profesor Radosław Mądry przypomina, iż rakowi szyjki macicy potrafimy skutecznie zapobiec. – To mogłaby być choroba ultrazadka, gdyby kobiety regularnie się badały, a młode pokolenie mogło korzystać z dobrodziejstwa, jakim są szczepionki przeciwko HPV. Notujemy też znaczny wzrost diagnozowanych przypadków raka trzonu macicy i zgonów spowodowanych przez ten najczęściej występujący typ nowotworu narządu rodowego. Szybka interwencja może radykalnie zmienić rokowania. Niestety zbyt wiele pacjentek zgłasza się do specjalisty

w zaawansowanym stadium choroby. Szansą dla nich są innowacyjne terapie, bardzo w tej trudnej sytuacji oczekiwane. Wyzwaniem systemowym jest też precyzyjna diagnostyka pozwalająca na dobranie najskuteczniejszej terapii dla konkretnego pacjenta. Sukcesem, o czym należy wspomnieć, jest dostęp polskich pacjentek z rakiem jajnika do nowoczesnych metod leczenia i objęcie pełną opieką wszystkich Ukrainek.

Opinię o pozytywnych zmianach systemowych pozwalających kobietom w Polsce być beneficjentkami postępu medycyny podzieliła prof. Barbara Radecka, oceniając aktualną sytuację w leczeniu raka piersi i dostępie do innowacyjnych terapii dla polskich pacjentek.

– W przypadku jednego z najgorzej rokujących, czyli potrójnie ujemnego raka piersi, wciąż z nadzieją czekamy na decyzję refundacyjną mogącą odmienić los chorujących¹. Podobnie przedstawia się sytuacja w grupie pacjentek z wczesnym rakiem piersi o dużym ryzyku nawrotu choroby. Dla nich także pojawiła się skuteczna opcja terapeutyczna i wierzę, że już wkrótce będziemy mogli stosować ją u naszych podopiecznych. O BYĆ albo NIE BYĆ kobiety wciąż jednak przede wszystkim decyduje czujność jej samej i udział w programach badań przesiewowych oraz reakcja na każdy niepokojący sygnał organizmu rozumiana jako konsultacja ze specjalistą. Czas w onkologii ma ogromne znaczenie. To apel do kobiet i decydentów. Od szybkiej reakcji zależy tu życie!

O szybsze tempo podejmowania decyzji mających znaczący wpływ na kondycję zdrowotną naszego społeczeństwa apelowała też senator Beata Matecka-Libera.

– Dług zdrowotny to dramat chorych diagnozowanych zbyt późno. Ale nie za wszystkie trudne sytuacje możemy winić pandemię. Także w czasach ją poprzedzających świadomość, współodpowiedzialność nas samych za nasze zdrowie pozostała wiele do życzenia. Dlatego niezbędna jest od zaraz edukacja dzieci i młodzieży. To szansa dla kolejnych pokoleń. Tymczasem od lat postulowane wprowadzenie godziny dla zdrowia w polskich szkołach wciąż nie jest realizowane. Trudno też pogodzić się z faktem, że dowiedziona doświadczeniem wielu krajów skuteczność szczepień przeciwko HPV nie przekłada się u nas na tempo

realizacji powszechnej do nich dostępności. A przecież tego typu decyzje mają bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo onkologiczne zarówno dziewcząt, jak i chłopców w naszym kraju. Ranga tego wyzwania rośnie, gdy wymiernych efektów nie przynosi ani program Profilaktyka 40 PLUS, ani Narodowa Strategia Onkologiczna – apelowała przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia.

Dr Janusz Meder przypomniał, że w przeciwieństwie do COVID-19 wirusa HCV potrafimy pokonać, dysponując wysokiej skuteczności terapiami. Warunkiem jest dotarcie do nieświadomych zagrożenia nosicieli. Objawy zapalenia wątroby powodowanego wirusem mogą latami być nierozpoznane. Tymczasem HCV jest zagrożeniem dla osoby zarażonej i jej otoczenia, a choroba w stadium zaawansowanym stanowi bezpośrednie zagrożenie życia – każdego roku w Polsce umiera ponad 2000 osób na raka wątrobowokomórkowego spowodowanego tym wirusem. – Mamy skuteczne terapie, musimy TYLKO wychwycić osoby zarażone i je przeleczyć. Zainicjowaliśmy kampanię spotową w mediach, ale w ślad za nią powinien zaistnieć powszechny program badań przesiewowych w kierunku HCV. To jest wróg do pokonania, a wręcz wyeliminowania – apelował prezes Polskiej Unii Onkologii.

Moderujący drugą część dyskusji dr Michał Sutkowski przypomniał, że lekarz rodzinny wśród zlecanych badań może od kilku miesięcy skierować pacjenta także na takie badanie. – Nadal jednak uważam, że Narodowy Program Przeciwdziałania WZW C jest niezbędny do całkowitego wyeliminowania wirusa. Państwowa opieka zdrowotna (POZ) jako fundament zdrowia publicznego wymaga jednak stabilnych warunków pracy. Holistyczne spojrzenie na pacjenta, czujność onkologiczna, kardiologiczna, diabetologiczna, a nawet psychiatryczna – tak ważna w dzisiejszych czasach – nie może być realizowana pod ogromną presją wynikającą z braków kadrowych i przytłaczających obowiązków stricte administracyjnych. W tak trudnych czasach obawiam się sytuacji, w której będą POZ-y dwu prędkości. Przychodnie z obszarów oddalonych od dużych miast nie podążają wyzwaniom bez koniecznych zmian systemowych, niezbędnych, by koncepcja koordynowanej opieki nad pacjentem lekarza rodzinnego dawała obu stronom poczucie bezpieczeństwa i przede wszystkim była

¹ Od 1 listopada 2022 r. dostępne są dla polskich pacjentów kolejne terapie w leczeniu potrójnie ujemnego raka piersi.

możliwa do zrealizowania. Moim najsolidniejszym partnerem w trosce o zdrowie rodziny zawsze będzie kobieta – matka, żona, córka czy siostra tych, którzy bez jej interwencji w ogóle nie dotrą do mojego gabinetu. Dziś wiele z pań przeciążonych obowiązkami, zestresowanych coraz trudniejszą codziennością wymaga opieki psychologicznej, a nawet psychiatrycznej. Jak zapewnić fachową pomoc kilkadziesiąt kilometrów od Warszawy, gdy w stolicy są braki kadrowe? To tylko jeden z przykładów bardzo trudnych wyzwań – mówił dr Sutkowski.

Ks. Władysław Duda, duchowny z wieloletnim doświadczeniem hospicyjnym, wie, że opiekuńcza rola kobiet w najtrudniejszej funkcji czuwania nad ciężko chorymi seniorami jest nie do przecenienia, ale też staje się coraz trudniejsza. – W przypadku wielu chorób nasz system w ogóle nie uwzględnia pomocy hospicyjnej, a jej ciężar – dłożony do innych obowiązków – dźwigają żony i córki. To kolejny powód, dlaczego w Polsce depresja ma twarz kobiety.

– O godzinę dla zdrowia w polskich szkołach zabiegamy od chwili powołania Medycznej Racji Stanu – przypomniał dr Sutkowski, prosząc o głos w kwestiach wyzwań chorób metabolicznych prof. Leszka Czupryniaka, współzałożyciela think-tanku. – Przypominamy o tym od sześciu lat, które mogłyby zostać wykorzystane w walce z epidemią chorób nowotworowych czy otyłością. Spadek liczby zgłaszających się na badania i rosnąca liczba Polaków z nadwagą to także efekt zaniechań edukacyjnych. Jeśli nie zahamujemy tego procesu, to konsekwencje będą dramatyczne. Już dziś co piąty nastolatek ma nadwagę. Zagrożenie otyłością w nieodległej przyszłości rośnie, szczególnie w rodzinach, w których problem zbyt dużej wagi mają już jej inni członkowie. Z doświadczenia klinicznego wiem, że osoby borykające się z poważnymi problemami metabolicznymi same sobie nie poradzą. Dobrze, że Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o finansowaniu nowoczesnych terapii cukrzycy, które skutecznie pozwalają choremu kontrolować wagę ciała. Liczę, że wkrótce taką pomoc dostaną także inni pacjenci zagrożeni otyłością – dodał prof. Czupryniak.

– Statystyki są alarmujące – nasze dzieci tyją w szybszym tempie niż ich rówieśnicy w innych krajach europejskich. Zahamowanie tego trendu jest naszą racją stanu, ale trzeba pamiętać, że mowa nie o defekcie estetycznym, lecz ciężkiej chorobie będącej bramą do ponad 200 innych chorób, z których wiele stanowi bezpośrednie zagrożenie życia – dodała Grażyna Mierzejewska, ekspert Medycznej Racji Stanu.

Pomoc w kwestiach szeroko rozumianej profilaktyki chorób cywilizacyjnych zadeklarowała poseł Barbara Dziuk, przyznając, jak pilną potrzebą jest kształtowanie właściwych nawyków od najmłodszych lat. – Będę wspierała starania Medycznej Racji Stanu pozwalające zmniejszać zagrożenie chorobami cywilizacyjnymi dla wszystkich mieszkańców Polski, ale ze szczególną uwagą dla kobiet, które pełniąc tak wiele ważnych społecznie ról, zasługują na realne wsparcie – dodała przewodnicząca sejmowej Podkomisji Stałej ds. Onkologii.

– Powołaliśmy Medyczną Rację Stanu, by zwrócić uwagę naszego społeczeństwa, w tym klasy politycznej, na ścisły związek między kondycją zdrowotną Polaków a bezpieczeństwem narodowym. Czas pandemii potwierdził słuszność tej tezy. Postulowaliśmy też powołanie Europejskiej Unii Zdrowia, by łączyć siły systemowe i eksperckie wobec największych cywilizacyjnych wyzwań zagrażających bezpieczeństwu Europejczyków. Onkologia, choroby sercowo-naczyniowe i metaboliczne to ważne pola takiej współpracy. Nie zapominamy o pacjentach z chorobami rzadkimi. Wierzymy, że nasza skumulowana uwaga może choć trochę odmienić ich los. Każde z przytoczonych tu wyzwań klinicznych w naszym kraju dotyczy już nie tylko Polaków. Dramat Ukrainy i empatia naszego społeczeństwa wobec liczonej w milionach grupy uchodźców to dowód, że zawsze, a szczególnie w trudnych czasach – myślenie wspólnotowe ma sens. O zdrowiu Europejczyków i szczególnej sytuacji naszego kraju w związku z już podjętymi działaniami na rzecz kobiet, które znalazły u nas schronienie, rozmawiamy z przedstawicielami Komisji Europejskiej w najlepiej pojętym wspólnym interesie – poczuciu bezpieczeństwa – podsumował prof. Paweł Kowal.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqILeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 2:32:24



Otyłość jako choroba zawodowa – czy to czas na zmiany?

pod patronatem Komisji ds. Zapobiegania Otyłości i jej Następstw Komitetu Nauk
Klinicznych Polskiej Akademii Nauk

Moderator: dr hab. Edyta Sutkowska

Uczestnicy: prof. Lucyna Ostrowska, dr Paweł Wdówik

Tematyka panelu wynikała z szeroko podkreślanej w kręgach medycznych i poza nimi epidemiologii, która wskazuje na zatrważające tempo wzrostu osób spełniających kliniczne kryterium otyłości oraz obniżanie się wieku, w którym choroba ta się pojawia. Ponieważ panel skierowany jest do wszystkich osób zainteresowanych tematem, również tych, które nie są związane z medycyną, prof. Lucyna Ostrowska przypomniała, jakie są przyczyny otyłości prostej. Podkreśliła, że nadmiar w diecie wysokoenergetycznego pokarmu, ograniczanie aktywności ruchowej, także poprzez rezygnację z prostych czynności, takich jak chodzenie po schodach, spacer czy jazda na rowerze, sumują się przez lata i skutkują nadmiarem masy ciała. Prof. Ostrowska podkreśliła, że zbędne kilogramy to nie jedynie problem kosmetyczny, lecz także przyczyna ponad 200 chorób. Akceptacja wyglądu, która zapewne jest niezbędnym elementem zdrowia psychicznego, nie może uśpić naszej czujności – nie możemy zapomnieć o uszczerbkach na zdrowiu fizycznym, jakie ta choroba może powodować. Dlatego promocja zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, musi być niezwykle rozsądna i wyważona, tak aby nie opóźniać działań na rzecz dłuższego i lepszego życia. Także ostatnie dwa lata pandemii potwierdziły, że wysokie BMI (*body mass index*) per se jest czynnikiem, który pogarsza rokowanie pacjentów z COVID-19. Obecnie problemem wydaje się nie tyle brak wiedzy na temat przyczyn powstawania otyłości, co stosunek do niej zarówno samego pacjenta, jak i lekarzy. Wydaje się, że obie te grupy często skupiają się jedynie na leczeniu powikłań będących następstwem otyłości, a nie interweniują wystarczająco wcześnie, aby usunąć ich przyczynę pierwotną, czyli nadmiar kilogramów. Lekceważenie prostych działań może wynikać z niedostatecznych środków przeznaczanych na prewencję, przy dużo większych kwotach kierowanych na procedury wysokospecjalistyczne

z budżetu. Taki sposób rozumowania nigdy nie doprowadzi do redukcji skali problemu chorób cywilizacyjnych reprezentowanych m.in. przez otyłość. Jednocześnie wypacza on obraz zależności między przyczyną i skutkiem, przekonując, że przy obecnych możliwościach medycyny działania oparte na najprostszych ludzkich możliwościach nie mają sensu i są przeżytkiem. Problemem dodatkowym wydaje się także brak możliwości podejmowania przez społeczeństwo działań powszechnie uznanych jako tanie i skuteczne przy stałym podkręcanym tempie życia, co w wielu krajach jest już dostrzegane i podlega korekcie. O ile bowiem ingerencja w prawidłowe żywienie jest możliwa (dzięki szerzeniu wiedzy na temat zbilansowanej, zdrowej diety decyzja zawsze zależy finalnie od pacjenta, który ma wybór), o tyle podjęcie aktywności fizycznej nie wydaje się już tak prostym przedsięwzięciem. Oczywiście w przypadku obu tych problemów ważne są kwestie finansowe, stąd np. konieczność wspierania producentów zdrowej żywności w celu obniżania jej ceny – niska cena od zawsze była najlepszą promocją dla produktu. Niestety, nawet dobry budżet nie zrekompensuje braku czasu wolnego, który jest niezbędny dla podejmowania aktywności fizycznej. W wyniku niedostatku aktywności mięśniowej, na które jesteśmy narażeni przy obecnym tempie i stylu życia, dochodzi do ograniczenia spalania kalorii, które powinna wspierać nasza „zastępcza” aktywność. Niestety, wydaje się, że obecnie w niektórych profesjach trudne może być wdrażanie w codzienne życie nawet najlepszych postanowień dotyczących zwiększenia aktywności fizycznej.

Otyłość nie zaczyna się w wieku starszym, na emeryturze, ale wiele lat wcześniej, w okresie aktywności zawodowej człowieka. Wybór zawodu powinien więc wiązać się ze świadomością, jakie zagrożenia mogą pojawić się podczas jego wykonywania i w jaki sposób stawiać im czoła. Osoby

predysponowane do otyłości (ocena wyjściowej masy ciała, BMI, wywiad rodzinny) powinny szczególnie rozważnie podejmować decyzje o swojej zawodowej przyszłości. Także lekarze medycyny pracy powinni wykazywać szczególną troskę w obszarze behawioryzmu, przy czym nie wydaje się, aby w chwili obecnej myślano o otyłości jako o zagrożeniu związanym z wykonywaną pracą w sposób, który skutkowałby konkretnymi działaniami. Całą odpowiedzialnością za przyrost masy ciała obarcza się pacjenta. Finalnie każdy z nas ma możliwość podejmowania wyborów w kwestii behawioralnej, to jednak czynniki środowiskowe, w tym podjęta praca, która przecież zajmuje nam większą część czasu dziennej aktywności, może w mniejszy lub większy sposób weryfikować i modyfikować nasze postanowienia.

W części związanej z medycyną pracy dr Paweł Wdówik przypomniał definicję choroby zawodowej oraz zasad uznawania schorzeń za takie, które wynikają z wykonywanej pracy. Choroba zawodowa to ta, w przypadku której u pacjenta udowodniono związek między jej pojawieniem się a narażeniem zawodowym, do którego zalicza się także sposób wykonywania obowiązków. Mimo że wielu pacjentów narażonych może być na te same czynniki szkodliwe w pracy, jak i poza nią, to w przypadku odmowy przypisania powstałej patologii wykonywanym obowiązkom należy udowodnić, że czynnik działający w pracy nie odegrał istotnej roli w powstaniu choroby. Nie wolno bowiem negocjować tego, że choroba zawodowa wystąpiła w następstwie narażenia zawodowego, jeśli takie było. W kontekście otyłości podczas panelu odniesiono się do zawodu kierowcy z naciskiem na te osoby, które w ramach swojej pracy pokonują długie trasy. Pozostawanie przez wiele godzin w pozycji siedzącej za kierownicą, przerwy, które przypadają w różnych miejscach postoju i czasami w różnym czasie, obowiązki poza kierowaniem pojazdem, nieregularny czas pracy i posiłków, stres wynikający z odpowiedzialności za bezpieczeństwo w ruchu drogowym oraz w niektórych przypadkach za przewożony towar to tylko niektóre czynniki bezspornie ograniczające

możliwość podejmowania aktywności fizycznej na poziomie wystarczającym dla zdrowia.

Potwierdzeniem związku pracy kierowców z otyłością są rejestry amerykańskiej agencji Gallup¹ (USA) z 2013 r., która, analizując częstość tej choroby w różnych grupach zawodowych, potwierdziła, że w tzw. transporcie odsetek osób otyłych jest największy i wynosi 36,4 proc. Warto podkreślić, że dla wszystkich pozostałych analizowanych zawodów był on niższy od 30 proc., a różnice między różnymi profesjami nie były duże i w większości nie przekraczały 5 proc. Także badania Sofii Carlsson z 2020 r. wykazały, że u mężczyzn najwyższy odsetek cukrzycy typu 2, sztanarowego następstwa otyłości, był największy w grupie kierowców (8,5 proc. vs średnia 5,2 proc.) i zawód ten zwiększał ryzyko cukrzycy trzykrotnie w porównaniu z innymi.² Na związek zawodu kierowcy i chorób metabolicznych zwrócił już uwagę zespół kierowany przez prof. Pawła Bogdańskiego, prezesa Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, w podsumowaniu³ z 2017 r. Warto podkreślić, że dla pracowników zatrudnionych w Polsce nie ma obecnie publikowanych badań epidemiologicznych, co utrudnia obiektywną ocenę popartą liczbami.

Lista chorób zawodowych jest różna w różnych krajach, w Polsce od lat nie była modyfikowana. Powstawanie nowych profesji czy zmiany warunków pracy na przestrzeni lat wymagają krytycznego spojrzenia na obecnie obowiązujący spis chorób zawodowych. Zaliczenie choroby w poczet chorób zawodowych to nie tylko możliwość uzyskania przez pracownika odszkodowania, lecz także jego mobilizacja do działań na rzecz zdrowia, a także mobilizacja pracodawcy na rzecz prewencji.

W podsumowaniu ustalono, że:

1. Wykaz chorób zawodowych wymaga okresowych modyfikacji na podstawie obserwacji.
2. Poparciem zgłaszanych przez środowisko medyczne obserwacji odnoszących się do otyłości w grupie kierowców powinny być prawidłowo przeprowadzone badania epidemiologiczne dla polskiej populacji.

¹ <https://news.gallup.com/poll/162359/workers-lack-exercise-linked-obesity.aspx>.

² Carlsson S i wsp., Incidence and prevalence of type 2 diabetes by occupation: results from all Swedish employees. *Diabetologia*, 2020 Jan; 63(1): 95-103.

³ Krajewska O i wsp., Kierowca – zawód szczególnie narażony na ryzyko zdrowotne, *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2017; tom 8, nr 3, 112-116.

3. Wysoce uzasadnione wydaje się rozpoczęcie działań na rzecz pracowników transportu (szczególnie kierowców), których celem będzie wprowadzenie otyłości kierowcy na listę chorób zawodowych ze wszystkimi tego

konsekwencjami w postaci profilaktyki, nadzoru i rekompensaty finansowej w przypadkach uzasadnionych.

Opracowanie: dr hab. Edyta Sutkowska

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 2:32:26



Znaczenie profilaktyki zaburzeń psychicznych

Moderator: dr hab. Robert Pudło, prof. SUM

Uczestnicy: dr Anna Szczepielniak, dr hab. Jan Szczepielniak, prof. PO, prof. Adam Wichniak

W ostatnich latach lawinowo wzrasta liczba publikacji dotyczących znaczenia profilaktyki zaburzeń psychicznych. Akcentuje się pewne odrębności psychoprofilaktyki w stosunku do profilaktyki chorób somatycznych, zwłaszcza w profilaktyce pierwszorzędowej, gdzie obok konieczności utrzymania aktywności fizycznej, zdrowej diety i przestrzegania zasad higieny snu istotne jest utrzymanie równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym, świadomej hierarchii wartości i dobrych relacji społecznych.

W profilaktyce drugiej fazy kluczowe jest uznanie, że zaburzenia psychiczne nie są „normalną” reakcją psychologiczną, lecz mają swoją biologiczną dynamikę i wymagają leczenia w najwcześniejszych fazach rozwoju. Znaczenie zyskuje też profilaktyka trzeciorzędowa. Wykazano na przykład przydatność ćwiczeń aerobowych w redukowaniu większości objawów schizofrenii. Z badań epidemiologicznych wynika, że u osób o wysokiej wrażliwości genetycznej na depresję aktywność fizyczna redukuje ryzyko ujawnienia się choroby, a połączenie precyzyjnej aktywizacji ruchowej, aktywizacji

społecznej, psychoedukacji i diety poprawia pamięć, szybkość procesów psychicznych i funkcje wykonawcze u osób zagrożonych otępieniem.

Posumowaniem sesji mogą być trzy wnioski:

1. Częstość i nasilenie zaburzeń psychicznych mogą być skutecznie zredukowane za pomocą oddziaływań profilaktycznych wszystkich trzech faz.
2. Obok zdrowego stylu życia zasadnicze znaczenie ma wczesne leczenie lekceważonych zaburzeń psychicznych – bezsenności, lęku i depresji.
3. W rozwiniętych zaburzeniach psychicznych profilaktyka trzeciej fazy jest jedną z najbardziej efektywnych form oddziaływań z bardzo dobrą proporcją koszt/efekt.

Szczegółowa analiza publikacji na temat psychoprofilaktyki sugeruje, że niewystarczające efekty oddziaływań najczęściej wynikają z ich nieprecyzyjnej aplikacji.

Opracowanie: dr hab. Robert Pudło, prof. SUM

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 3:36:57



Zdrowie pracowników – niedoceniany punkt wyjścia do działań profilaktycznych

Moderator: prof. Jolanta Walusiak-Skorupa

Uczestnicy: prof. Andrzej Fal, dr n. med. Jakub Gierczyński, Jarosław Leśniewski, dr n. przyr. Andrzej Mądrała, prof. Jarosław Pinkas, Maciej Ratajczak, prof. Gertruda Uścińska

System ochrony zdrowia pracujących w Polsce, oparty na świadczeniach realizowanych przez służbę medycyny pracy, obejmuje opieką niemal 17,2 mln pracowników, u których rocznie wykonuje się ponad 5 mln obowiązkowych badań profilaktycznych do celów określonych w Kodeksie pracy.

W chwili obecnej kluczowe problemy obszaru działania służby medycyny pracy obejmują następujące zjawiska:

- opieka profilaktyczna nad pracownikami w Polsce sprowadza się najczęściej do przeprowadzania bardzo ograniczonych badań profilaktycznych, wymuszonych przepisami zawartymi w Kodeksie pracy;
- służba medycyny pracy pomimo szerokiego wachlarza zadań do niej przypisanych nie realizuje ich wszystkich ze względu na brak źródeł finansowania, większość pracodawców finansuje jedynie działania obligatoryjne;
- zakres wstępnych i okresowych badań profilaktycznych nie jest ukierunkowany na kompleksową ocenę stanu zdrowia, ale na ocenę tych układów i narządów, które są krytyczne dla występujących w pracy zagrożeń;
- zmiany demograficzne, choroby cywilizacyjne oraz tzw. dług zdrowotny po pandemii COVID-19 powodują, że wprowadzenie działań wzmacniających zdrowie pracowników staje się konieczne.

W związku z powyższym celem panelu było określenie optymalnego podejścia do ochrony zdrowia pracujących z uwzględnieniem przedstawicieli wszystkich uczestników systemu i wskazanie kierunków koniecznych zmian.

Omówiono oczekiwania nowoczesnego pracodawcy, korzyści z inwestycji w zdrowie pracownika oraz przykłady podejmowanych inicjatyw przez środowiska pracodawców, jakimi są powstałe w ostatnim czasie raporty:

- „Zawodowo zaszczepieni”, w którym Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej z udziałem profesjonalistów medycznych wypracowali stosowne rekomendacje w zakresie szczepień pracowniczych z podziałem na poszczególne grupy zawodowe w celu odbudowania zaufania do wartości szczepień, poprawienia wyszczepialności wśród pracowników, w tym zarówno pracowników medycznych, jak również innych grup zawodowych.
- „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia”, który zawiera przegląd aktualnie realizowanej profilaktyki w systemie ochrony zdrowia oraz rekomendacje dotyczące poprawy wykorzystania profilaktyki i wczesnej diagnostyki w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, co w dłuższej perspektywie czasowej zapewne przełoży się na sprawne funkcjonowanie i rozwój naszego państwa. W przygotowanym dokumencie starano się znaleźć odpowiedź na pytanie: co zrobić, abyśmy jako społeczeństwo żyli jak najdłużej i w dobrym zdrowiu, w jaki sposób państwo powinno pomagać nam w dbaniu o nasze zdrowie oraz jak najlepiej realizować działania profilaktyczne i wczesną diagnostykę.

Główne rekomendacje powyższych raportów obejmują dwa rodzaje działań:

- profilaktyka zdrowotna i wczesna diagnostyka jako inwestycja w podnoszenie efektywności systemu ochrony zdrowia, z uwzględnieniem takich elementów jak:
 - koordynacja opieki profilaktycznej;
 - zwiększenie dostępu (porządkowanie ruchu pacjentów, dodatkowy motywacyjny system finansowania, rozwój informatyzacji);
 - wytyczenie efektywnych ścieżek pacjenta od badań przesiewowych poprzez diagnozę i zapoczątkowanie procesu terapeutycznego;

- systemowa profilaktyka chorób zakaźnych realizowana na każdym etapie życia obywatela, zgodnie ze wskazaniami klinicznymi i stopniem ryzyka epidemiologicznego, w tym:
 - rozszerzenie dostępu do szczepień dla dorosłych, przede wszystkim pracowników szczególnie narażonych na zakażenie;
 - wprowadzanie rozwiązań systemowych skracających ścieżkę pacjenta do szczepień i upraszczających realizację szczepień;
 - wykorzystanie narzędzi i metod digitalowych do budowy świadomości i stymulowania zachowań prozdrowotnych (wykorzystanie doświadczeń akcji szczepień przeciwko COVID-19).
- wykorzystanie potencjału lekarzy medycyny pracy w systemie wdrażania programów profilaktycznych, w tym szczepień ochronnych.

Przedstawiciele Inspekcji Sanitarnej i Inspekcji Pracy wskazali na korzyści płynące z dobrej współpracy z pracodawcą i służbą medycyny pracy w ramach realizowanych zadań, a prezes ZUS omówiła koszty dla systemu ubezpieczeń związane z niezdolnością do pracy pracowników oraz korzyści z inwestycji w zdrowie pracownika. Wskazano także na niewykorzystane możliwości systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami i konieczność włączenia do tego systemu zadań związanych z profilaktyką, wsparciem rehabilitacji zawodowej i powrotów do pracy oraz edukacją pracowników w zakresie zachowań prozdrowotnych.

Zdaniem ekspertów biorących udział w dyskusji zmiany organizacji obszaru medycyny pracy pozwalające na optymalne wykorzystanie badań profilaktycznych pracowników przeprowadzanych do celów Kodeksu pracy powinny obejmować:

- wystandaryzowanie badań lekarskich;
- poszerzenie zakresu badania, np. o ocenę podstawowych badań laboratoryjnych;
- nadanie uprawnień lekarzom medycyny pracy do prowadzenia ukierunkowanych działań, takich jak skierowanie pacjenta do poradni specjalistycznej lub na dodatkowe badania diagnostyczne;
- opracowanie i wdrożenie do systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami działań profilaktycznych;

- ustalenie finansowania ze środków publicznych badań przesiewowych w taki sposób, by nie obciążać całością kosztów pracodawców;
- stworzenie systemu zachęt finansowych dla pracodawców zainteresowanych inwestowaniem w zdrowie pracowników;
- czynne włączanie w badania profilaktyczne elementów programów prozdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia/ Ministerstwo Zdrowia oraz stworzenie możliwości bezpośredniego kierowania pacjentów do poradni specjalistycznych finansowanych przez NFZ. Umożliwienie lekarzom specjalistom medycyny pracy realizacji programu profilaktycznego finansowanego ze środków publicznych byłoby znakomitą okazją do wczesnego wykrywania chorób oraz wdrażania działań profilaktycznych i przyczyniłoby się do zmniejszenia absencji chorobowej, a w dalszej perspektywie – przedwczesnej utraty zdolności do pracy,
- dalsza praca nad stworzeniem nowoczesnego systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami w Polsce – współdziałanie środowisk: służby medycyny pracy, pracodawców, ekspertów ds. zdrowia publicznego, ubezpieczeń społecznych i przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej,
- zwiększenie jakości opieki profilaktycznej nad pracownikami, np. przez wdrożenie systemu dobrej praktyki, tak by określone zadania były rzeczywiście realizowane przez podstawowe jednostki służby medycyny pracy.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że optymalny i nowoczesny system ochrony zdrowia pracujących powinien:

- być oparty na ścisłej **współpracy wszystkich uczestników systemu**;
- być ukierunkowany nie tylko na aspekty zdrowia związane z pracą i prewencją wypadków przy pracy, lecz także na **wszystkie aspekty zdrowia pracownika**, a więc m.in. wczesne wykrywanie chorób, promocję zdrowia, profilaktykę chorób cywilizacyjnych, chorób pośrednio związanych z pracą o przyczynach wieloczynnikowych, w tym związanych z czynnikami narażenia czy uciążliwościami środowiska pracy i działania

- wspierające zdrowe i aktywne starzenie się oraz rehabilitację medyczną, doradztwo zawodowe;
- obejmować **działania realizowane w ramach programów zdrowia publicznego** w zakresie wykrywania powszechnie występujących chorób cywilizacyjnych;

- stanowić **integralną część systemu ochrony zdrowia** i współpracować z pozostałymi jego elementami.

Opracowanie: prof. Jolanta Walusiak-Skorupa,
Beata Rorant

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 3:18:48



Jedno zdrowie (One Health)

Moderator: prof. Romuald Zabielski

Uczestnicy: prof. Stanisław Jerzy Czuczwar, prof. Wojciech Hanke,
prof. Edyta Kiedrzyńska, prof. Tomasz Okruszko,
prof. Zygmunt Pejsak

Koncepcja jednego zdrowia (One Health) obejmuje w sposób całościowy dobrostan i zdrowie naszej planety – środowisko człowieka ze światem roślinnym i zwierzęcym oraz zdrowie populacji ludzkiej, które pozostają w ścisłym sprzężeniu zwrotnym. Koncepcja budzi coraz większe zainteresowanie w kontekście postępujących zmian klimatu. Uczestnicy panelu zwrócili uwagę, że zajmowanie się zdrowiem populacji w oderwaniu od środowiska, w którym człowiek bytuje, jest nieracjonalne, aczkolwiek należy zauważyć różnice w podejściu do mieszkańców miast i obszarów wiejskich. Wśród mieszkańców wsi należałoby dodatkowo odróżnić populacje zamieszkujące na i w pobliżu ferm o intensywnej produkcji zwierzęcej. Przedyskutowano poszczególne elementy środowiska człowieka jako kluczowe w profilaktyce zdrowotnej, uznano dbałość o czystość powietrza atmosferycznego oraz systemu wód powierzchniowych i podziemnych. Sporo miejsca zajęła dyskusja nad wpływem rolnictwa (produkcji roślinnej i zwierzęcej) na środowisko człowieka, a szczególnie chemizacji rolnictwa (uprawy polowe). Poruszono również bardzo istotny wątek dotyczący ścieków powstających przy produkcji rolnej oraz ich wpływu na zanieczyszczanie wód powierzchniowych i gruntowych (odpady produkcji roślinnej i zwierzęcej). Ekspertci stwierdzili zgodnie, że największe potencjalne zagrożenie niesie za sobą nadmiernie wysokie zużycie nawozów, przyczyniające się do procesu eutrofizacji wód, oraz zużycie antybiotyków

do leczenia zwierząt gospodarskich w kontekście narastającej antybiotykoodporności. Pod tym względem Polska należy do nielicznego grona krajów UE, w których malejący trend zużycia antybiotyków został w ostatnich kilku latach odwrócony. Zwrócono także uwagę na środowiskowe konsekwencje stosowania innych leków, np. przeciwpasożytniczych i środków do dezynfekcji, stosowanych powszechnie na fermach. Nie tylko intensywna produkcja rolnicza jest tu winna. Badania wód gruntowych i powierzchniowych wykazały obecność pozostałości leków antykonceptyjnych w stężeniach nieobjętych dla organizmów wodnych i negatywnie wpływających na bioróżnorodność. Podniesiono także problem odzwierzęcych chorób zakaźnych, m.in. odpokarmowych salmonelloz i kamylobakterioz, oraz pojawienia się w 2021 r. wścieklizny u zwierząt wolno żyjących na Mazowszu.

W dalszej części dyskusji prognozowano wpływ ocieplenia klimatu na zdrowie fizyczne i psychiczne ludzi oraz jakie w związku z tym nowe wyzwania stoją w najbliższej przyszłości przed Polską w kontekście profilaktyki zdrowotnej. Zwrócono uwagę na szeroki zakres bezpośredniego wpływu jakości środowiska na zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka. Wymieniono grupy społeczne, wiekowe, które będą najbardziej dotknięte zmianami klimatu. Następnie zwrócono uwagę na zdarzenia będące skutkiem zmian klimatu na zdrowie człowieka (susze, ulewy, huragany, powodzie), niedostatki (ilościowe

i jakościowe) wody i pokarmu. Za szczególnie groźne uznano zaburzenia funkcji układu immunologicznego wskutek długotrwałego przegrzania organizmu powodujące zmniejszenie odpowiedzi organizmu na szczepienia, zwiększenie podatności na zachorowania

oraz trudniejsze i dłuższe leczenie (np. konieczność stosowania wyższych dawek leków). Na zakończenie dyskusji uczestnicy panelu postulowali uwzględnienie koncepcji jednego zdrowia w krajowych programach profilaktyki zdrowotnej.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 3:34:04



Choroby wirusowe i nowotworowe – dlaczego warto inwestować w badania przesiewowe?

Moderatorzy: dr hab. Zbigniew Pastuszak, prof. UMCS,
dr Olga Tronina

Uczestnicy: prof. Andrzej Deptała, prof. Agnieszka Szuster-Ciesielska

Tematyka panelu została poświęcona prezentacji wyników najnowszych badań i analiz dotyczących chorób wirusowych i nowotworowych oraz istoty planowania i prowadzenia badań przesiewowych. Moderatorami panelu byli lekarka, transplantolog kliniczny – dr Olga Tronina, oraz pacjent po transplantacji (LTx) – prof. Zbigniew Pastuszak, a uczestnikami – specjaliści z zakresu wirusologii i onkologii klinicznej. W trakcie dyskusji podkreślano znaczenie profilaktyki i realizacji programów badań przesiewowych w zwalczaniu chorób nowotworowych oraz ekonomicznego i społecznego wymiaru profilaktyki. Jednym z głównych wątków dyskusji było m.in. zrewolucjonizowanie leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C dzięki zastosowaniu leków o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym, dającym szansę na eradykację wirusa ponad 95 proc. zakażonym. Nowe możliwości terapeutyczne mogą mieć ogromne znaczenie dla zmniejszenia transmisji zakażeń WZW C oraz śmiertelności wynikającej z przewlekłego zakażenia, dekompensacji marskiej wątroby i raka wątrobowokomórkowego. Poza olbrzymią skutecznością leków o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym – niezależnie od genotypu, stopnia zaawansowania włóknienia wątroby czy wcześniejszego niepowodzenia leczenia przeciwwirusowego – nowe terapie

są bezpieczne, krótkie i wygodne (schematy 8–16-tygodniowe tabletek przyjmowanych raz dziennie) otwierają drogę do skutecznej walki z jednym z największych zagrożeń epidemicznych. Nigdy wcześniej nie byliśmy tak blisko możliwości eliminacji WZW C. Nowe perspektywy pozwoliły Światowej Organizacji Zdrowia na opracowanie strategii globalnej eliminacji zakażeń WZW, zakładającej do 2030 r. identyfikację problemu u 90 proc. zakażonych w populacji światowej i leczenie w 80 proc., co pozwoli na redukcję o 65 proc. zgonów związanych z powikłaniami WZW. W Polsce mimo praktycznie nieograniczonej dostępności do pangenotypowych terapii przeciwwirusowych jest mało prawdopodobne, by udało się osiągnąć założenia strategii WHO.

Wynika to z braku świadomości o zakażeniu WZW C i zagrażających życiu komplikacjach z tego wynikających, a także niewiedzy o skutecznych i bezpiecznych terapiach. Zaledwie 20 proc. zakażonych jest świadomych choroby, większość o poważnym problemie zdrowotnym dowiaduje się przypadkowo, często w momencie dekompensacji marskiej wątroby.

Bez narodowego programu badań przesiewowych i intensywnych działań edukacyjnych trudno oczekiwać zmian. A według szacunków problem dotyczy zdrowia i życia 120 tys. zakażonych WZW C.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 4:34:27



Spółeczno-kulturowe mechanizmy wyjaśniające zachowania zdrowotne. Aplikacja wiedzy socjologicznej

pod patronatem Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa
Socjologicznego oraz Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia

Moderator: dr hab. Małgorzata Synowiec-Piłat

Uczestnicy: dr n. społ. Agnieszka Borowiec, dr n. hum. Krzysztof Puchalski,
dr n. hum. Magdalena Wieczorkowska

Współcześnie wiedza na temat zależności chorób cywilizacyjnych od stylu życia określonych zbiorowości społecznych ma charakter powszechny i ogólnodostępny. Nie kwestionuje się również, a wręcz przeciwnie – mocno akcentuje potrzebę podejmowania interwencji prozdrowotnych (programów, akcji i kampanii) na rzecz modyfikacji składających się na ów styl życia zachowań zdrowotnych, określanych mianem behawioralnych czynników ryzyka. O wiele rzadziej podejmowana jest natomiast rzetelna, oparta na empirii oraz wynikająca z praktycznego doświadczenia analiza mechanizmów, które warunkują zachowania zdrowotne poszczególnych grup społecznych. Odpowiedzi na pytanie, dlaczego w określonych sytuacjach podejmowane są przez ludzi zachowania antyzdrowotne lub prozdrowotne, niewątpliwie dostarcza oparta na empirii wiedza socjologiczna. Jednym z głównych kierunków badawczych socjologii zdrowia i medycyny są właśnie zachowania i postawy zdrowotne, a także ich społeczno-kulturowe oraz strukturalne uwarunkowania. W panelu poruszone zostały takie zagadnienia, jak: systemowe uwarunkowania zachowań profilaktycznych, wpływ nierówności społecznych na styl życia, kulturowe uwarunkowania zachowań i postaw zdrowotnych (wpływ wartości, norm, przekonań, procesu socjalizacji), a także zależność zachowań zdrowotnych od środowiska społecznego (np. miejsca pracy, społeczności lokalnych, szkoły etc.). Warto podkreślić, że wiedza na temat społeczno-kulturowych mechanizmów zachowań zdrowotnych może i powinna mieć praktyczne zastosowanie w tworzonych i realizowanych programach prozdrowotnych.

Pierwszy wykład, wygłoszony przez dr Agnieszkę Borowiec z Zakładu Epidemiologii Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia

Narodowego Instytutu Kardiologii, poświęcony został niezwykle ważnemu zagadnieniu, jakim jest wpływ nierówności społecznych na zachowania profilaktyczne. Nierówności społeczne są związane ze zróżnicowaniem społecznym. Wynikają one z cech społecznych, tj. pojawiają się z powodu przynależności do różnych grup lub zajmowania różnych pozycji społecznych (Sztompka 2003). Z pojęciem „nierówności społecznych” związane jest pojęcie „stratyfikacji społecznej”, którą można zdefiniować jako „różnice w dostępie do cenionych społecznie celów, dóbr” (Sztompka 2003). Innymi słowy, nierówność społeczna sprowadza się do faktu posiadania mniejszej lub większej szansy dostępu do pewnych cenionych dóbr. Jako najważniejsze z nich są wymieniane: dobra materialne, władza, szacunek społeczny, wykształcenie i zdrowie. Posiadanie tych dóbr jest istotne nie tylko dlatego, że służą one, jak np. dochód, zaspokajaniu elementarnych potrzeb czy są cenioną wartością, lecz także dlatego, że są wymienialne na inne ważne dobra (Sztompka 2003). Do najwyższej cenionych dóbr jest zaliczane także zdrowie. Jest ono wartością autoteliczną, jest przedmiotem regulacji kulturowej, ale posiada również wartość instrumentalną jako środek do osiągnięcia wartości takich jak dochód, władza, prestiż czy wykształcenie. Posiadanie tych dóbr jest zarazem pomocne w osiągnięciu zdrowia.

Ponieważ dostęp do zdrowia, podobnie jak do innych cenionych dóbr, jest zróżnicowany w zależności od zajmowanej pozycji w społeczeństwie, poszukiwane są takie wyznaczniki pozycji społecznej, które odpowiadają za stan zdrowia i dostęp do jego podstawowych uwarunkowań. Najczęściej przyjmuje się, że jest to status społeczno-ekonomiczny, na który składają się wykształcenie, dochód, pozycja zawodowa (por. Słońska, Koziarek 2011;

Korzeniowska, Puchalski 2015; Stońska, Drygas 2017). Według definicji WHO nierówności zdrowotne to „systematyczne różnice w stanie zdrowia między różnymi grupami społeczno-ekonomicznymi spowodowane czynnikami społecznymi (a zatem mogą być modyfikowane) i jednocześnie uznawane za niesprawiedliwe” (Whitehead 1990; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy 2021).

Analizy empiryczne wskazują na związek między wyższym statusem społeczno-ekonomicznym, tj. wyższym poziomem wykształcenia, wyższą pozycją zawodową oraz wyższym dochodem, a różnymi wskaźnikami zdrowia: dłuższym trwaniem życia, niższym wskaźnikiem umieralności, mniejszą liczbą zachorowań, lepszą samooceną stanu zdrowia (Mackenbach 2006; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy 2021; Sowa 2011; Eurostat za: Drygas, Wojtyniak 2017). Jednego z wyjaśnień nierówności w zdrowiu dostarcza tzw. podejście behawioralne, które zakłada istnienie związku między pozycją społeczną jednostki a praktykowaniem zachowań (pro) zdrowotnych (zob. Cianciara 2015; Korzeniowska, Puchalski 2015; Stońska, Drygas 2017), które są zarazem zachowaniami zalecanymi w profilaktyce chorób, szczególnie chorób nowotworowych oraz chorób serca i naczyń.

Wyniki wtórnej analizy danych pochodzących z badań Centrum Badania Opinii Społecznej (wybrane komunikaty lub zbiory danych z badań z lat 1997–2019) oraz analiza danych z badań własnych (wywiad kwestionariuszowy na ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej, 2016) wskazują na zróżnicowanie wybranych zachowań profilaktycznych w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego, za którego wskaźnik przyjęto pozycję zawodową. Pojawia się wzór, zgodnie z którym najbardziej pożądanymi zachowaniami z punktu widzenia profilaktyki chorób, takimi jak: odpowiednia dieta, aktywność fizyczna, niepalenie tytoniu, niepicie nadmiernych ilości alkoholu oraz wykonywanie badań profilaktycznych, cechują się najczęściej osoby należące do kadry kierowniczej, specjaliści z wyższym wykształceniem, osoby wykonujące wolne zawody, następnie pracownicy umysłowi niższego szczebla i drobni przedsiębiorcy. W najmniejszym stopniu zachowania te cechują natomiast rolników oraz robotników. Porządek ten utrzymuje się na przestrzeni lat, mimo pewnych zmian odsetków

dla różnych kategorii. Jak się okazuje, w przypadku wzorów jadania posiłków oraz częstości picia alkoholu podobna prawidłowość nie występuje. Najbardziej pożądanymi wzorami jadania posiłków cechują się rolnicy, a wśród kategorii pijących najczęściej alkohol, obok robotników, znaleźli się przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji.

Różnice w praktykowaniu zachowań profilaktycznych wśród kategorii o różnym położeniu społecznym mogą być wyjaśniane różnicami w dochodzie i wykształceniu, a także stylu życia. Wysokość dochodu może wpływać na dostępność badań profilaktycznych, a ponadto wyższy dochód ułatwia realizację zachowań profilaktycznych. Wyższy poziom wykształcenia związany jest z większą wiedzą oraz wyższymi kompetencjami zdrowotnymi (HLS-EU Consortium 2012). Ważnym czynnikiem jest również fakt, że zachowania profilaktyczne są elementami stylu życia, który zdaniem Bourdieu (Bourdieu 2005; Bourdieu, Wacquant 2001) generowany jest przez habitus, czyli względnie stały system wzorów percepcji, ocen i działania. Habitus z kolei jest kształtowany w głównej mierze w procesie socjalizacji (wychowania) w określonej klasie/ warstwie społecznej. Na podejmowanie zachowań profilaktycznych mogą wpływać także mody, trendy, ideologie charakterystyczne dla kategorii usytuowanych w pewnych miejscach struktury społecznej, jak np. tzw. kult zdrowia (healthism) opisywany jako ideologia klasy średniej (Crawford 1980, 2006; Borowiec, Lignowska 2012). Konstruując programy profilaktyczne, należy więc uwzględniać położenie społeczne ich adresatów, szczególnie takie wymiary tego położenia jak wykształcenie i dochód.

Drugi z wykładów poświęcony został problematyce wpływu środowiska pracy na postawy i zachowania zdrowotne. Jak podkreśla dr Krzysztof Puchalski, w polityce zdrowia publicznego zainteresowanie wpływem pracy na zdrowie społeczeństwa skupia się głównie, choć nie wyłącznie, wokół kwestii ryzyka zawodowego (obecnie z dowartościowaniem roli czynników psychospołecznych, także chorób zakaźnych) oraz badań profilaktycznych w obszarze medycyny pracy. Wciąż słabo zauważany i mało doceniany jest wpływ szeroko pojętego środowiska pracy na postawy i zachowania zdrowotne społeczeństwa, a za ich pośrednictwem również na stan zdrowia obywateli. Ów wpływ istotny jest ze względu na skalę potencjalnego

oddziaływania (w Polsce jest ok. 16 mln osób pracujących, w tym ok. 12 mln w stosunku pracy, ok. 6 mln pracuje w firmach >9 osób i ok. 4 mln zatrudnionych jest w sektorze publicznym; praca absorbuje zatrudnionych ok. 1/3 doby, a 40 proc. z nich pracuje powyżej 40 godz. tygodniowo).

Środowisko pracy to coś więcej niż tylko charakterystyka najwyższych dopuszczalnych stężeń czynników szkodliwych i natężeń czynników uciążliwych. To także m.in. fizyczna infrastruktura, organizacja i procesy pracy, kultura organizacyjna (wartości, normy, wzory zachowań), relacje społeczne w pracy, praktyki zarządzania. Mogą one sprawiać, że pracownikom łatwiej lub trudniej jest realizować zdrowy styl życia (np. zdrowo odżywiać się w pracy), przyjmować postawy sprzyjające zdrowiu (np. otwarcie rozmawiać z przełożonymi o problemach zdrowotnych) lub przejawiać praktyki ryzykowne dla zdrowia (np. przychodzić do pracy w chorobie, używać substancji psychoaktywnych w celu podniesienia produktywności).

Reprezentatywne badania, prowadzone w minionych 20 latach przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, pokazują, że duży odsetek pracodawców (ok. 90 proc. w średnich i dużych firmach) podejmuje dobrowolne inicjatywy (niewymagane prawem, finansowane ze środków własnych), które mogą sprzyjać prozdrowotnym postawom i zachowaniom personelu. Należą do nich głównie: ułatwienia w dostępie do opieki medycznej, różne formy wsparcia rekreacyjnej aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania się, działania służące dobrym relacjom społecznym i ograniczeniu nadmiernego stresu. Na ogół nie są to strategie promocji zdrowia, lecz polityki benefitowe lub wizerunkowe.

Zagraniczna literatura naukowa dowodzi, że promocja zdrowia w pracy może przynosić wymierne efekty zdrowotne dla pracowników i finansowe dla firm. Także krajowe badania pokazują, że menedżerowie (ok. 45 proc. w średnich i dużych firmach) dostrzegają poprawę stylu życia i stanu zdrowia swoich podwładnych, która dokonuje się pod wpływem prozdrowotnych działań pracodawców. Podobny odsetek pracowników zauważa wzrost zainteresowania zdrowiem i poprawę zdrowia u swoich kolegów z pracy.

Mimo odnotowanych pozytywnych efektów w wielu przypadkach zarówno zakres, jak sposób

organizacji i realizacji działań prozdrowotnych w firmach odbiega od potrzeb i oczekiwań zdrowotnych personelu, a także od wypracowanych w nauce zasad prowadzenia skutecznych programów promocji zdrowia w zakładach pracy. Częściej niż co czwarty pracownik zgłasza różne zastrzeżenia do prozdrowotnej oferty (m.in. brak kontynuacji atrakcyjnych działań, nieodpowiedni czas lub miejsce, dostęp tylko dla uprzywilejowanych grup, niedostatek informacji, dostosowanie głównie do potrzeb młodszych grup), natomiast jedynie kilka procent potwierdza, że firma interesowała się ich potrzebami związanymi ze zdrowym stylem życia.

Oczekiwane efekty promocji zdrowia w firmach ograniczane są często nie tylko przez nie zawsze wysoką jakość wdrożeń, lecz także przez niesprzyjającą zdrowiu ogólną kulturę organizacyjną czy praktyki zarządzania, które generują wśród pracowników nadmierny stres, przemęczenie i wypalenie, zniechęcają do dbania o zdrowie i utrudniają prowadzenie zdrowego stylu życia. W zakładach pracy, mimo przywołanych ograniczeń, przy sprzyjających postawach pracodawców, tkwi ogromny, a niedoceniany potencjał dla wzmocnienia zdrowia publicznego poprzez stymulację i wsparcie prozdrowotnych postaw i stylów życia pracujących.

Rekomendacje i postulaty

Potencjał zakładów pracy umożliwiający kreowanie prozdrowotnych postaw i zachowań społeczeństwa, a tym samym poprawę stanu zdrowia, można aktywizować poprzez:

- dowartościowanie zagadnień promocji zdrowia w środowisku pracy w rządowych dokumentach, strategiach i programach dotyczących zdrowia publicznego, z uwzględnieniem mechanizmów finansowych sprzyjających realizacji działań w tym obszarze;
- inicjowanie przez władze publiczne i tworzenie propozycji rozwiązań prawnych, w tym fiskalnych, sprzyjających rozwojowi promocji zdrowia w zakładach pracy;
- animowanie i wspieranie rozwoju platformy współdziałania administracji rządowej i samorządowej, organizacji reprezentujących pracodawców oraz pracowników, ekspertów, dostawców usług prozdrowotnych dla firm, menedżerów zarządzających zdrowiem i dobrostanem w organizacjach, organizacji obywatelskich

oraz mediów na rzecz rozwoju promocji zdrowia w zakładach pracy;

- wypracowanie i wdrożenie mechanizmów certyfikacji strategii/ programów promocji zdrowia w zakładach pracy oraz mechanizmów wsparcia (m.in. finansowego, medialnego) pracodawców realizujących certyfikowane działania prozdrowotne;
- wsparcie przez państwo studiów i kursów dla osób zarządzających tworzeniem i realizacją strategii i programów promocji zdrowia w firmach (np. dofinansowanie uczestnictwa, wsparcie dla instytucji edukacyjnych);
- szerokie wdrożenie, na mocy decyzji politycznej, programów promocji zdrowia w zakładach pracy sektora publicznego, troska o ich wysoką jakość oraz popularyzacja wzorów dobrej praktyki w środowiskach biznesu i społeczeństwie.

Trzeci składający się na panel wykład, przygotowany przez dr Magdalenę Wieczorkowską z Zakładu Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, poświęcony został natomiast społeczno-kulturowym uwarunkowaniom zachowań zdrowotnych osób starszych. Odpowiedni styl życia i właściwe zachowania zdrowotne to czynniki mogące poprawić kondycję osób starszych. Należy jednak pamiętać o tym, że osoby starsze stanowią niejednorodną grupę, a sam proces starzenia w wymiarze fizycznym i psychospołecznym jest zindywidualizowany, choć można znaleźć jego uniwersalne wyznaczniki. Wyróżnia się starzenie pomyślne, zwyczajne oraz patologiczne, zaś celem zachowań prozdrowotnych wśród osób starszych, rozumianych jako świadome działania ludzi nakierowane na zwiększenie potencjału zdrowia oraz eliminację zachowań zagrażających, jest pomyślne starzenie. Zachowania zdrowotne są elementem stylu życia, a ich dynamikę wyznaczają czynniki osobowościowe związane z jednostką oraz czynniki środowiskowe.

Istnieje szereg ogólnych uwarunkowań społecznych, które oddziałują na zachowania zdrowotne osób starszych oraz ich ogólny stan zdrowia:

- negatywne postawy wobec seniorów często prowadzą do działań dyskryminujących (ageism), które z kolei prowadzą do braku możliwości podejmowania działań prozdrowotnych;
- aktywność społeczna osób starszych (uniwersytety trzeciego wieku, kursy, warsztaty,

wyjazdy, wolontariat, aktywność fizyczna) jest czynnikiem opóźniającym proces starzenia się biologicznego, pozytywnie wpływa na dobrostan psychiczny poprzez zaspokajanie potrzeby bycia użytecznym, kontaktów społecznych i sprzyja działaniom prozdrowotnym;

- sieci i kontakty społeczne umożliwiają zaspokajanie wielu potrzeb, wzmacniają potencjał zdrowia, w sytuacji choroby stanowią zaś źródło wsparcia, natomiast różnorodność ról społecznych sprzyja zachowaniu dobrego zdrowia.

Drugą grupą są zmienne psychologiczne, jak np.: świadomość własnej skuteczności, wewnętrzne usytuowanie kontroli zdrowia, optymizm życiowy, wysokie poczucie koherencji czy prężność, które pozytywnie korelują z zachowaniami prozdrowotnymi wśród osób starszych, sprzyjają aktywności prozdrowotnej zarówno w obszarze zdrowia fizycznego, jak i psychicznego.

Badania poszczególnych obszarów zachowań zdrowotnych osób starszych pokazują istotną rolę takich zmiennych jak: wiek, wykształcenie, region zamieszkania, sytuacja materialna czy sytuacja rodzinna.

- Zachowania zdrowotne w sytuacji choroby – wraz z wiekiem pojawia się coraz więcej chorób, dlatego zachowania zdrowotne osób starszych to w dużym stopniu zachowania w sytuacji choroby, ukierunkowane na kontakty z służbą zdrowia, a rzadziej dotyczą wzmacniania potencjału zdrowia. Kolejnymi zmiennymi wpływającymi na zachowania w sytuacji choroby są miejsce zamieszkania (dostępność), wykształcenie (lepszemu samopoczuciu zdrowia i rzadsze wizyty), sytuacja rodzinna (wsparcie i monitorowanie choroby) i ekonomiczna (prywatne usługi).
- Zachowania zdrowotne w sytuacji zdrowia są także determinowane wiekiem. Dodatkowo praktyki prozdrowotne są determinowane poziomem wykształcenia, sytuacją rodzinną oraz uczestnictwem w uniwersytetach trzeciego wieku. Ważną zmienną są także zasoby osobiste oraz uwarunkowania psychologiczne. Znaczące dla podejmowania aktywności fizycznej w starszym wieku są wiek, wykształcenie i w pewnym zakresie miejsce zamieszkania. Prawidłowe nawyki żywieniowe osób starszych są także determinowane poziomem

wykształcenia, sytuacją materialną oraz regionem zamieszkiwania. Istotne jest także unikanie zachowań antyzdrowotnych, takich jak palenie tytoniu czy stosowanie używek. Niestety promocja zdrowia wśród osób starszych napotyka na działania o charakterze dyskryminującym – panuje przekonanie, że osoby starsze nie potrzebują działań profilaktycznych ze względu na swój stan zdrowia, który wymaga raczej interwencji. Przekłada się to na brak programów profilaktycznych kierowanych do tej grupy, a także na dyskryminujące kryteria wiekowe wielu programów profilaktycznych na poziomie krajowym (np. badania przesiewowe w kierunku raka piersi).

- Zachowania zdrowotne w obszarze zdrowia psychospołecznego – kondycja psychospołeczna związana jest z posiadaniem sieci wsparcia społecznego. Samotne zamieszkiwanie, którego doświadcza co piąta osoba starsza w Polsce, sprzyja poczuciu osamotnienia. W sytuacji choroby lub niepełnosprawności tylko połowa osób starszych może liczyć na wsparcie rodziny. Czynnikiem determinującymi zapotrzebowanie na wsparcie są: stan zdrowia, płeć (bycie kobietą) oraz wykształcenie (wraz ze wzrostem jego poziomu maleje potrzeba wsparcia, rośnie zaś samoocena stanu zdrowia, co może być pośrednią przyczyną).

W związku z powyższym nakreślić można następujące rekomendacje dotyczące promocji zdrowia osób starszych:

- podjęcie działań zmierzających do eliminacji podstaw ageistycznych w systemie ochrony zdrowia;
- uwzględnienie osób starszych jako grupy docelowej strategii promocji zdrowia na szczeblu krajowym i lokalnym;
- uwzględnienie osób starszych w programach profilaktycznych poprzez objęcie ich takimi programami (zmiana kryterium wieku) oraz stworzenie programów kierowanych do tej grupy;
- wzmacnianie sieci kontaktów nieformalnych wśród osób starszych;
- rozwój deinstytucjonalnych form wsparcia osób z ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu;
- rozwój form społecznej aktywności osób starszych wzmacniających kapitał typu *bonding*

i typu *bridging* oraz uwzględniających komponent edukacji prozdrowotnej.

Piśmiennictwo

- Borowiec A., Lignowska I., 2012, Czy ideologia healthismu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce? *Kultura i Społeczeństwo* 3:95-111.
- Bourdieu P., 2005, *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Bourdieu P., Wacquant Loic J. D., 2001, *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*, Oficyna Naukowe, Warszawa.
- Cianciara D., 2015, Przyczyny i przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu, *Hygeia Public Health* 2015, 50(3): 435-440.
- Crawford R., 1980, Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, t. 10, wyd. 3, 365-88.
- Crawford Robert, 2006, Health as a meaningful social practice, *Health*, t. 10 wyd. 4, s. 401-20.
- Drygas W., Wojtyniak B., 2017, Sytuacja zdrowotna ludności Polski na tle innych krajów, w: W. Drygas, Z. Słońska (red.) *Jak poprawić stan zdrowia i wpływać na redukcję nierówności społecznych w zdrowiu w społecznościach lokalnych?* Narodowy Instytut Kardiologii, Warszawa.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, Online publication: <http://www.health-literacy.eu>.
- Korzeniowska, E., Puchalski, K. 2015, Nierówności edukacyjne a zachowania zdrowotne i zdrowie. *Socjologia Medycyny w Polsce z Perspektywy Półwiecza*.
- Mackenbach Johan, 2006, *Health Inequalities: Europe in Profile*, Department of Public Health, Erasmus MC University Medical Center Rotterdam.
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, 2021, *Nierówności w zdrowiu i znaczenie ich pomiaru w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ)*, https://imid.med.pl/files/imid/projekty/Nier_proc.C3_proc.B3wno_proc.C5_proc.9Bci_proc.20w_proc.20zdrowiu/Nier_proc.C3_proc.B3wno_proc.C5_proc.9Bci_proc.20w_proc.20zdrowiu_proc.20i_proc.20znaczenie_proc.20ich_proc.20pomiaru.pdf.
- Słońska Z., Drygas W., 2017, Tworzenie długofalowego Programu działania na rzecz poprawy stanu zdrowia i zmniejszenia społecznych nierówności w zdrowiu w społeczności lokalnej w: W. Drygas, Z. Słońska (red.) *Jak poprawić stan zdrowia i wpływać na redukcję nierówności społecznych w zdrowiu w społecznościach lokalnych?* Narodowy Instytut Kardiologii, Warszawa.
- Słońska Z., Koziarek J., 2011, Społeczne nierówności w zdrowiu – efekt medykalizacji promocji zdrowia? *Zdrowie*

Publiczne i Zarządzanie, Tom IX, nr 2/2011: 64–75, doi: 10.4467/20842627OZ.11.001.0338.

Sowa Agnieszka, 2011, Społeczne uwarunkowania stanu zdrowia w Polsce, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, Tom IX, nr 2/2011: 28–37, doi: 10.4467/20842627OZ.12.015.0552

Sztompka Piotr, 2003, Socjologia, Wydawnictwo Zak, Kraków.

Whitehead Margaret, 1990, The Concepts and Principles of Equity and Health, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 6:19:16



Udział nauk medycznych i nauk o zdrowiu w realizacji działań profilaktycznych

Moderator: dr hab. Anna Staniszevska

Uczestnicy: prof. Dagmara Mirowska-Guzel, prof. Aneta Nitsch-Osuch, dr hab. Dominik Olejniczak, prof. Alicja Wiercińska-Drapało

Nauki medyczne i nauki o zdrowiu to dziedziny, które wzajemnie się uzupełniają i mają wspólne obszary działania, między innymi w zakresie realizacji programów profilaktycznych. I taka też tematyka była przedmiotem dyskusji ekspertów reprezentujących różne specjalności w ramach panelu prowadzonego przez dr hab. Annę Staniszevską.

W swoim wystąpieniu, dotyczącym **miejsca farmakoprofilaktyki we współczesnej medycynie**, prof. Dagmara Mirowska-Guzel przedstawiła zakres działań profilaktycznych z punktu widzenia farmakologa klinicznego i neurologa. Pani profesor, rozpoczynając swoją wypowiedź, wyjaśniła pojęcie „farmakoprofilaktyki”, określając je jako zastosowanie produktów leczniczych w celu zapobiegania chorobom. Podkreśliła również, że taka rola leków jest zawarta w definicji produktu leczniczego, i przypomniała, że jest on stosowany nie tylko w celach terapeutycznych i diagnostycznych, lecz także właśnie profilaktycznych. Wskazała też, że farmakoprofilaktyka jest uzupełnieniem innych działań i zachowań, które minimalizują lub niwelują ryzyko wystąpienia choroby. Ponadto zasygnalizowała, że leki stosowane są w zapobieganiu wielu jednostkom chorobowym, co interesujące – czasami w przypadku tej samej choroby stosuje się inne leki profilaktycznie, a inne terapeutycznie. Zwróciła dodatkowo uwagę, że aby leki mogły skutecznie zapobiegać chorobom, muszą być stosowane racjonalnie, tak aby ograniczyć możliwość wystąpienia zjawiska lekooporności, a także

działań niepożądanych. Kolejnym poruszonym przez prof. Dagmarę Mirowską-Guzel aspektem była próba oszacowania skuteczności farmakoprofilaktyki, co nie jest łatwe. Pani profesor zaakcentowała, że farmakoprofilaktyka jest szeroko stosowana m.in. w zapobieganiu żylnej chorobie zakrzepowo-zatorowej, incydentom sercowo-naczyniowych, a np. w migrenie jej skuteczność sięga około 65 proc., w malarii zaś nawet 90 proc. Na zakończenie podsumowała, że skuteczne działania farmakoprofilaktyczne nie tylko zapobiegają chorobie, lecz także pozytywnie wpływają na jakość życia chorych czy ograniczają koszty, a żeby przynosiły korzyści, wymagają również edukacji pacjentów.

Następną prelegentką, która omówiła **rolę farmakoprofilaktyki chorób zakaźnych**, była prof. Alicja Wiercińska-Drapało. Na samym początku zaakcentowała niezwykle ważną kwestię, że szybkie wykrywanie osób zakażonych jest pierwszym działaniem zapobiegającym powstawaniu chorób zakaźnych. Dodatkowo leczenie osoby zakażonej czy nosiciela zapobiega zakażeniu innej osoby, co jest niezwykle istotną formą ograniczenia rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Zatem lecząc pojedynczego pacjenta, dbamy o zdrowie całego społeczeństwa. Przecięcie drogi szerzenia się zakażenia jest kolejnym elementem profilaktyki chorób zakaźnych. Istotnym postępowaniem jest również uodpornienie organizmu, dzięki czemu nie ulegnie on zakażeniu, pomimo kontaktu z patogenem czy wniknięciem

go do organizmu. Do uodpornienia organizmu na dany drobnoustroj dochodzi dzięki stosowaniu odpowiedniej szczepionki, jednak nadal nie opracowano szczepionki skierowanej np. przeciwko wirusowi HIV, HCV czy boreliozie. Niektórym chorobom zakaźnym można zapobiegać, unikając kontaktu z patogenem, stosując tzw. profilaktykę przedekspozycyjną. Przykładem takich działań jest stosowanie różnych kombinacji produktów leczniczych zapobiegających zakażeniom wirusem HIV czy malarii. Przed ryzykownym zachowaniem, poprzez stosowanie dostępnych na receptę dwóch leków antyretrowirusowych, mogą uchronić 4 tabletki – znacząco zmniejszają transmisję zakażenia wirusem HIV. Inną formą profilaktyki przedekspozycyjnej w przypadku tego wirusa jest tzw. profilaktyka ciągła, czyli przewlekle stosowanie leków antyretrowirusowych pod kontrolą lekarza. W przypadku ograniczenia ryzyka zakażenia wirusem HIV czy HBV możliwa jest także do zastosowania profilaktyka poekspozycyjna. Prof. Wiercińska-Drapała, kończąc swoją wypowiedź, zwróciła uwagę, iż pacjent musi być świadomy istnienia chorób zakaźnych, znać drogi transmisji patogenów oraz wiedzieć, jakimi metodami można zapobiegać zakażeniom.

Natomiast dr hab. Dominik Olejniczak wyjaśnił uczestnikom konferencji, jaka jest **rola zdrowia publicznego we wdrażaniu idei profilaktyki**. Według niego w podejmowaniu działań profilaktycznych znaczący udział przypada praktykom i to z ich doświadczenia należy korzystać. Współpraca międzysektorowa, budowanie partnerstw między instytucjami, a także z organizacjami pozarządowymi jest podstawą skutecznych działań profilaktycznych. Przykładem takiej kooperacji jest kampania zdrowotna propagująca badania cholesterolu i glukozy w zakresie badań medycyny pracy #WeźSięZbadaj realizowana przez koalicję składającą się z Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani, Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy oraz konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny pracy. Taki interdyscyplinarny zespół, w którego skład wchodzi specjalści z różnych dziedzin medycyny, a także absolwenci kierunku zdrowie publiczne, stanowi niepodważalny fundament w propagowaniu wiedzy

z zakresu profilaktyki. Sam pacjent natomiast powinien być wyedukowany w zakresie podejmowania odpowiednich działań profilaktycznych, wiedzieć, jak ważne jest współdziałanie w tym zakresie pomiędzy nim a personelem medycznym, np. stosowanie się do zaleceń medycznych. Podkreślił także, że budowanie świadomości pacjentów jest procesem długotrwałym, wymaga działań systemowych, powinno być zapoczątkowane na szczeblu lokalnym, sposób edukacji powinien zaś być dostosowany do odbiorców tych działań.

Cicha pandemia antybiotykooporności – jak zapobiegać? Tak zatytułowany wykład wygłosiła prof. Aneta Nitsch-Osuch. Prelegentka przypominała, iż choroby zakaźne są przyczyną 20 proc. zgonów na świecie, a zakażenia wywoływane przez bakterie wieloantybiotykooporne są nadal istotnym i nawracającym problemem. Podkreśliła również, że odkrywca pierwszego antybiotyku – Alexander Fleming – już kilkadziesiąt lat temu wskazał, że istnieje niebezpieczeństwo, że niewykształcony i nieświadomy człowiek będzie przyjmował penicylinę w zbyt niskiej dawce i drobnoustroje staną się odporne. Od tego momentu nie upłynęło wiele czasu, kiedy zaczęły pojawiać się drobnoustroje odporne na antybiotyki. Współcześnie dużym problemem jest pojawienie się bakterii produkujących karbapenemazy, tzw. superbakterie, oraz narastająca liczba pęteczek jelitowych, tzw. ESBL plus, gdzie nieskuteczne są antybiotyki beta-laktamowe i należy stosować karbapenemy. Według danych WHO liczba zgonów w wyniku zakażeń wywołanych przez bakterie wielolekooporne jest większa niż zgonów w wyniku chorób zakaźnych (tj. zakażenia wirusem HIV), malarii czy raka piersi. W krajach europejskich 33 tys. osób umiera rocznie z powodu zakażeń wywołanych przez bakterie wieloantybiotykooporne, w Polsce – ok. 300–500 tys. Natomiast roczne koszty bezpośrednio spowodowane leczeniem tych zakażeń oszacowano w naszym kraju na 800 mln zł. Ponadto w Polsce przed pandemią COVID-19 wykorzystanie antybiotyków było wyższe niż w Unii Europejskiej, a w pandemii spadło: było niższe w lecznictwie ambulatoryjnym, jednak zwiększyło się w lecznictwie zamkniętym. Wyzwaniem w stosowaniu antybiotyków jest racjonalne ich stosowanie w uzasadnionych przypadkach klinicznych.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 5:28:45



Wzrost zaufania do szczepień ochronnych

Moderator: prof. Jarosław Pinkas

Uczestnicy: dr Klaudiusz Komor, prof. Ernest Kuchar, Zofia Małas,
Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, Krzysztof Płaciszewski

Tematem panelu była wizja rozwoju promocji szczepień – jak skutecznie zachęcać do profilaktyki? Jak ułatwić do niej dostęp? W ramach dyskusji poruszono szereg istotnych zagadnień związanych z obszarem szczepień ochronnych oraz odniesiono się do doświadczeń związanych z pandemią COVID-19. Prelegenci zastanawiali się nad kryzysem autorytetów i wyzwaniem w zakresie edukacji prozdrowotnej, m.in. w jaki sposób przekonywać do szczepień tych, którzy się wahają. Dyskutowano nad odpowiedzialnością przedstawicieli zawodów medycznych w promowaniu szczepień ochronnych, ale również doceniono, że w ramach szczepień przeciwko COVID-19 aktywną rolę odgrywali farmaceuci. Umożliwienie szczepień w aptekach było, zdaniem uczestników panelu, dobrą decyzją, która pozwoliła na łatwiejszy dostęp do szczepionek. Zastanawiano się nad możliwością wprowadzenia kolejnych usprawnień, w tym technologicznych, aby przełamywać bariery, które utrudniają dostęp do świadczeń.

Prelegenci zgodzili się, że wzrost liczby odmów szczepień jest niepokojącym zjawiskiem, niemniej należy podkreślić, że zdecydowana większość Polaków szczepi swoje dzieci zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych.

Podniesiono również temat znaczenia szkoleń prowadzonych dla lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów w zakresie szczepień ochronnych.

Rekomendacje i postulaty

1. Promocja szczepień jako skuteczna i bezpieczna forma profilaktyki chorób zakaźnych powinna być medyczną racją stanu.
2. Należy rozwijać Program Szczepień Ochronnych, by możliwie jak największej grupie obywateli zapewnić powszechny i nieodpłatny dostęp do szczepionek.
3. Należy aktywnie wspierać w ramach systemu szczepień ochronnych rolę takich zawodów jak pielęgniarka/ pielęgniarz czy farmaceutka/ farmaceuta.
4. Wszystkie rozwiązania, w tym technologiczne i cyfrowe, umożliwiające łatwiejszy dostęp do świadczeń medycznych, w szczególności szczepień, powinny być rozwijane, tak by niwelować przeszkody, które zniechęcają rodziców do szczepień najmłodszych.
5. Należy przekonywać tych, którzy się wahają i mają wątpliwości. Rzetelna komunikacja oparta na wiedzy medycznej i faktach powinna być łatwo dostępna dla każdego obywatela. Dlatego dobrym pomysłem jest rozwijanie takich projektów jak MedvsFake, w którym specjaliści, bazując na przeprowadzonych badaniach i ugruntowanej wiedzy, obalają mity na temat szczepień.

Dezinformacja w zakresie szczepień ochronnych powinna być piętnowana i traktowana jako realne zagrożenie dla bezpieczeństwa publicznego.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 4:28:49



Program szczepień ochronnych oraz znaczenie planowej realizacji kalendarza szczepień dla populacji polskich dzieci

Moderator: prof. Ewa Helwich

Uczestnicy: dr hab. Ewa Augustynowicz, prof. Teresa Jackowska

Szczepionka jest lekiem pochodzenia biologicznego, zawierającym substancje (drobnoustroje lub ich produkty) pozbawione cech chorobotwórczych, zdolne do wytworzenia odpowiedzi immunologicznej bez wywołania choroby. Niedojrzały układ odpornościowy dzieci jest pobudzany poprzez podanie szczepionki angażującej komórki B, cytotoksyczne limfocyty T lub limfocyty pomocnicze T lub potężną odpowiedź humoralną i komórkową. Szczepienia mają udowodnioną i udokumentowaną naukowo **skuteczność** w zapobieganiu zachorowaniom na określone choroby. Udowodnione jest także **bezpieczeństwo** tego postępowania.

Pierwszym etapem nabierania odporności przez mające się urodzić dziecko jest trzeci trymestr ciąży, kiedy zachodzi transfer przeciwciał matki przez łożysko do płodu. Jest to uodpornienie biernie nabyte, a jego warunkiem jest obecność przeciwciał poszczepiennych w organizmie matki. W celu uzyskania optymalnego zabezpieczenia przed chorobami zakaźnymi u noworodka rekomenduje się szczepienia kobiet przed ciążą (ospa wietrzna, odra, świnka i różyczka) i w czasie ciąży (np. grypa). Należy ustalić, kiedy podano ostatnie szczepienie przeciwko krztuścowi i czy zrealizowano szczepienie przeciwko WZW B.

Szczepienia noworodków urodzonych przedwcześnie

Urodzenie przedwcześnie jest wskazaniem do realizacji szczepień bez opóźnień, bo ze względu na niedojrzałość układu odpornościowego ryzyko zachorowań jest zwiększone. Szczepienia wcześniaków realizowane są zgodnie z ich wiekiem kalendarzowym (chronologicznym). W pierwszej kolejności podawana jest szczepionka przeciwko gruźlicy i WZW B. Celem terminowego szczepienia wcześniaków należy kontynuować szczepienia jeszcze w czasie hospitalizacji pourodzeniowej szczepionkami

DTPa-IPV-Hib/PNC i przez 48 godz. obserwować ew. bezdech, bradykardie lub spadki saturacji. Po opuszczeniu oddziału szczepienia powinny być kontynuowane przez lekarzy pediatrów i lekarzy rodzinnych odpowiadających za prawidłową realizację obowiązującego PSO. Rodzice naszych pacjentów pytają często, czy szczepienie przeciw gruźlicy można odłożyć do późniejszego wieku dziecka. Będzie można, kiedy zachorowalność spadnie <5/100 000, a tymczasem w Polsce w 2016 r. wynosiła ona 6,8/100 000, a w związku z masową emigracją liczba ta mogła się jeszcze znacząco zwiększyć. Wczesne uodpornienie populacji naszych noworodków przeciwko gruźlicy wyeliminowało groźną chorobę, jaką jest gruźlicze zapalenie opon mózgowych i mózgu.

Propozycje zmian

Uzasadnione jest wprowadzenie szczepionek 6-składnikowych DTPa-IPV-Hib-HBV, eliminujących podawanie monowalentnej szczepionki HBV w pierwszej dobie po urodzeniu dzieciom matek HBs-ujemnych, jak również skrócenie odstępu pomiędzy trzecią a czwartą dawką DTPa-IPV-Hib-HBV do sześciu miesięcy.

Celem ułatwienia przekazywania informacji rodzicom warto przygotować i dystrybuować ekspercki tekst o znaczeniu szczepień dla dzieci i całego społeczeństwa. Przy szczepieniu rodzice powinni zostać poinformowani o postępowaniu w razie wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) oraz o dawkowaniu leków przeciwbólowych, przeciwgorączkowych (paracetamol, ibuprofen) w razie wystąpienia niepokoju o znacznym nasileniu lub gorączki $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Powinno to ułatwić pracę neonatologom i ograniczyć niepokoje źle poinformowanych rodziców.

Opracowanie: prof. Ewa Helwich

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 6:49:04



Problematyka zaburzeń psychofizycznych u dzieci i młodzieży w aspekcie kompleksowej rehabilitacji oraz działalności sportowo-rekreacyjnej

pod patronatem Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej
Polskiej Akademii Nauk

Moderatorzy: prof. Jolanta Kujawa, prof. Bartosz Molik

Uczestnicy: dr hab. Andrzej Myśliwiec, prof. AWF,
prof. Wiesław Osiński, dr hab. Barbara Remberk

Dr hab. Andrzej Myśliwiec, prof. AWF

Komputerowa ocena spontanicznej ruchliwości noworodka (OSESEC) jako propozycja wczesnego rozpoznawania i dokumentowania problemów w rozwoju motorycznym

W obecnych czasach postępowanie diagnostyczne w zakresie stanu funkcjonalnego wynikającego z analizy spontanicznej ruchliwości niemowląt opiera się na subiektywnej ocenie lekarza lub fizjoterapeuty i jest w zdecydowanej większości uzależnione od ich doświadczenia i wiedzy. Trudno jest zobiektywizować to badanie z uwagi na nierozpoznane na ten moment stosowne narzędzie. Noworodek i niemowlę nie należą do łatwych pacjentów w zakresie tego rodzaju diagnostyki, gdyż ich spontaniczna ruchliwość jest zmienna, uzależniona od pozycji lub zawieszenia, a ułożenie i symetria ciała powiązane są w dużej mierze z ustawieniem głowy. Szeroki zakres badań naukowych wskazuje wyraźny kierunek dla poszukiwania rozwiązań w diagnostyce i archiwizacji parametrów ruchowych niemowląt z wykorzystaniem algorytmów do oceny obrazu. Celem wystąpienia było przedstawienie dorobku interdyscyplinarnego zespołu w tym zakresie, a w szczególności wskazanie na możliwości oceny spontanicznej ruchliwości niemowlęcia w pierwszych miesiącach życia

z wykorzystaniem systemu OSESEC (Objective System for Evaluation and Support of Early Childhood). Przedstawiono parametry ruchów pozyskiwane na podstawie analizy ruchliwości punktów naniesionych na ciało niemowlęcia zarejestrowanego kamerą wideo. System w sposób automatyczny nanosił na wskazane punkty ciała markery, których ruch był rejestrowany i opracowywany matematycznie. Uzyskiwano parametry bezwzględne, takie jak: prędkość, przyśpieszenie i kierunek, jak również pochodne współczynniki dla poszczególnych części ciała. Tego typu podejście pozwala na wykorzystanie systemu w warunkach gabinetu i ambulatorium, jak również może być podstawą do stworzenia algorytmów stosowanych w sieciach społecznościowych. Obecnie system jest poddawany analizie pod kątem różnorodnych typów asymetrii.

Opracowanie: dr hab. Andrzej Myśliwiec, prof. AWF,
dr hab. Małgorzata Matyja, prof. AWF, dr Iwona Doroniewicz, dr inż. Daniel Ledwoń, dr inż. Monika Bugdol

Prof. Bartosz Molik

Stan kondycji fizycznej dzieci i młodzieży polskiej – raport z badań

W 2022 r. opublikowano największy w ostatnich latach raport dotyczący stanu kondycji fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce. Raport realizowany był w ramach projektu Ministerstwa Edukacji i Nauki „WF z AWF – aktywny powrót do szkoły”. W ramach programu przeprowadzono badania kondycji fizycznej (wzrost i masa ciała, obwód talii, cztery testy sprawności fizycznej) oraz badania ankietowe

dotyczące postaw dzieci wobec zajęć wychowania fizycznego oraz sytuacji zdrowotnej dzieci po pandemii. Wyniki badań porównano z podobnymi badaniami realizowanymi w 2010 r.

Raport wskazał na dramatyczny spadek wytrzymałości (wydolności krążeniowo-oddechowej) dzieci i młodzieży w Polsce. Wskazano również na wyraźny wzrost liczby dzieci z nadwagą i otyłością. U ponad

15 proc. dzieci i młodzieży potwierdzono również występowanie w ostatnich 6 miesiącach niekorzystnych objawów związanych z pojawieniem się koronawirusa, takich jak: kaszel, ból w klatce piersiowej, ból głowy, ból mięśni, chroniczne zmęczenie.

Alarmujący stan kondycji fizycznej, pogarszający się już od lat 90. XX wieku, wymaga wdrożenia natychmiastowych działań systemowych. Ważne jest promowanie i uświadamianie społeczeństwu, zarówno dzieciom, jak i rodzicom, potrzeby

regularnego uczestniczenia w różnych formach aktywności fizycznej. Wskazana jest poprawa jakości zajęć wychowania fizycznego w szkołach, m.in. poprzez wprowadzanie systemowych oraz innowacyjnych programów, włączenie nauczycieli wychowania fizycznego do zajęć wychowania fizycznego w klasach I–III w szkołach podstawowych. Korzystne jest, wzorem innych krajów, wdrażanie pojęcia „alfabetu fizycznego”, umożliwiającego podniesienie poziomu kondycji fizycznej społeczeństwa.

Prof. Wiesław Osiński

Profilaktyka nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży w aspekcie ukierunkowanej aktywności fizycznej

Konsekwencje nadwagi i otyłości dotyczą co najmniej kilkudziesięciu jednostek chorobowych. U osób dorosłych uznaje się, że nadwaga i otyłość przyczynia się do: przedwczesnego zgonu (25–50 proc.), choroby wieńcowej (200 proc.), cukrzycy typu 2 (350 proc.), raka okrężnicy (25–50 proc.), zapalenia kości i stawów (200 proc.) [Bouchard, Haskell 2007]. W efekcie narastającego problemu wiele chorób – występujących wcześniej niemal wyłącznie wśród osób dorosłych – obecnie dość powszechnie występuje również wśród dzieci i młodzieży. Uogólniając, w przedziale 7–18 lat nadwaga i otyłość dotyczy ok. 18,4–23,2 proc. dziewcząt oraz ok. 14,6–30,4 proc. chłopców [Natpol 2011, WOBASZ 2013–2016, Kulaga 2016]. W niektórych pracach nie bez racji uznaje się, że bardziej powszechną przyczyną nadwagi i otyłości jest ograniczona aktywność fizyczna aniżeli przejadanie się [Gibson, Wagner Heyward 2019]. Aktywność fizyczna m.in.: przyspiesza metabolizm, zwiększa ilość masy szczupłej, reguluje poziom hormonów, obniża ryzyko efektu jo-jo, obniża cholesterol LDL, zwiększa sprawność immunologiczną ustroju. Aktywności fizycznej nie można zastąpić ani zdrową dietą, ani witaminami czy suplementami.

W ostatnich latach na znaczeniu zyskuje trening interwałowy o wysokiej intensywności (HIIT)

stosowany w różnych wariantach. Wiele badań prowadzi się również nad rolą w ogólnym bilansie energetycznym wysiłków niezwiązanych z ćwiczeniami (*non exercise activity thermogenesis* – NEAT). Obecnie w treningu ukierunkowanym na redukcję nadmiernej masy ciała wykorzystuje się również nowoczesne technologie informacyjne, urządzenia monitorujące oraz aplikacje, w tym gry interaktywne. Zastosowanie znajdują m.in.: bieżnie mechaniczne, stacjonarne rowery, ergometry wioślarskie, różnorodne specjalistyczne trenażery.

Podsumowanie

W trosce o przeciwdziałanie nadwadze i otyłości wśród polskich dzieci i młodzieży niezbędne jest przygotowanie i realizowanie całościowej, ponadresortowej i długofalowej polityki zdrowotnej. Wymaga to determinacji i zdecydowanych inicjatyw na szczeblu państwowym, wojewódzkim i lokalnym. Konieczne jest zaangażowanie: służby zdrowia, edukacji, mediów, biznesu i przemysłu, odpowiedzialnych za sferę komunikacji i urbanizacji. Niezbędne są także zmiany w organizacji życia społecznego.

Opracowanie: prof. Wiesław Osiński, dr hab. Adam Kantanista, prof. AWF, dr hab. Rafał Stemplewski, prof. AWF

Dr hab. Barbara Remberk

Konsekwencje zespołów depresyjnych u dzieci i młodzieży oraz ich profilaktyka i terapia na drodze działalności sportowo-rekreacyjnej

Zaburzenia depresyjne dotyczą 6–8 proc. dzieci i młodzieży. Jest to schorzenie przewlekłe, związane z ryzykiem utrzymywania się zaburzeń nastroju w późniejszym wieku. Dodatkowo młodzież

z depresją może w wieku dorosłym mieć także inne trudności, tj.: kłopoty z ukończeniem szkoły, bezrobocie, wczesne rodzicielstwo. Dlatego profilaktyka depresji i wczesne podjęcie działań ma duże

znaczenie zarówno na poziomie indywidualnego pacjenta, jak i z perspektywy zdrowia publicznego.

Posiadanie jakiegokolwiek hobby było wskazane jako jeden z czynników chroniących przed depresją. Jeżeli jednak hobby związane jest z aktywnością fizyczną, korzystne są również zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym będące skutkiem wysiłku fizycznego.

Pojedynczy epizod wysiłku fizycznego związany jest z poprawą przepływu mózgowego i wydzielaniem neurotransmiterów. Regularna aktywność fizyczna wiąże się z angiogenezą, synaptogenezą oraz neurogenezą. Potwierdzono także pozytywny związek aktywności fizycznej z funkcjonowaniem poznawczym.

Przeglądy literatury jednoznacznie wiążą aktywność fizyczną z różnorodnymi wskaźnikami dobrostanu psychicznego. Dotyczy to nie tylko badań przekrojowych – które polegają na ocenie stanu osób badanych w jednym punkcie czasowym i nie dostarczają informacji na temat związków przyczynowo-skutkowych – lecz także badań kontrolowanych.

Aktywność fizyczna ma znaczenie zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu depresji. W 2018 r. Europejskie Towarzystwo Psychiatryczne wspólnie z Międzynarodowym Towarzystwem Fizjoterapeutów w Zdrowiu Psychicznym przedstawiło rekomendacje, w których uznano, że aktywność fizyczna

powinna być zalecana w łagodnej i umiarkowanej depresji u dorosłych. Również w 2018 r. opublikowano metaanalizę, w której potwierdzono korzystny efekt aktywności fizycznej w leczeniu depresji w wieku 12–25 lat. Zazwyczaj badania dotyczyły różnych form aktywności aerobowej. Ze względu na różnorodność analizowanych protokołów ograniczona ilość danych nie pozwala na sformułowanie rekomendacji, jaki rodzaj i jaka intensywność ćwiczeń są najwłaściwsze.

Piśmiennictwo

- Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M, Brand S, Cordes J, Malchow B, Gerber M, Schmitt A, Correll CU, De Hert M, Gaughran F, Schneider F, Kinnafick F, Falkai P, Möller HJ, Kahl KG. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry*. 2018 Oct;54:124–44. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.07.004.
- Bailey AP, Hetrick SE, Rosenbaum S, Purcell R, Parker AG. Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychol Med*. 2018 May;48(7):1068–83. doi: 10.1017/S0033291717002653.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiEL0M5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 4:12:44



Endokrynologia i diabetologia wieku rozwojowego – profilaktyka i nowoczesne formy terapii

pod patronatem Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej

Moderator: prof. Mieczysław Walczak

Uczestnicy: prof. Artur Bossowski, prof. Artur Mazur, prof. Małgorzata Myśliwiec

Endokrynologia i diabetologia dziecięca

Prof. Mieczysław Walczak podkreślił, że somatotropinowa niedoczynność przysadki (SNP) jest stosunkowo rzadką przyczyną niskorosłości. Wrodzona SNP występuje z częstością ok. 1/2500–1/10 000 żywych urodzeń. Objawem dominującym ciężkiego, wrodzonego niedoboru hormonu wzrostu (GH) są nawracające stany hipoglikemii w okresie

noworodkowym i niemowlęcym. U dzieci tych występuje przedłużająca się żółtaczką, a u chłopców – mikropenis. Nierzadko stwierdza się także wady linii pośrodkowej ciała, przede wszystkim w obrębie twarzoczaszki. GH jest wówczas lekiem ratującym życie, ponieważ podanie tego leku powoduje natychmiastowe ustąpienie nawracających stanów hipoglikemii zagrażających życiu dziecka.

W przypadku znacznego niedoboru GH pogłębiającą się niskorosłość obserwuje się najwcześniej w 2.–3. roku życia dziecka, a najczęściej w wieku przedszkolnym. Niskorosłości towarzyszy narastające opóźnienie wieku szkieletowego, a w wieku szkolnym – opóźnienie dojrzewania płciowego.

Do zdiagnozowania SNP niezbędna jest hospitalizacja dziecka w specjalistycznym oddziale endokrynologii dziecięcej. Wymagane jest wykonanie wielu badań, w tym co najmniej dwóch testów stymulujących sekrecję GH. Niezbędny jest także pomiar stężenia IGF-I oraz IGFBP3, jak również m.in. obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego, przede wszystkim okolicy podwzgórzowo–przysadkowej, optymalnie metodą rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej, z użyciem kontrastu.

Dzieci z SNP leczone są hormonem wzrostu refundowanym ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Aktualnie w Polsce leczonych jest blisko 5500 dzieci z SNP. Poza pierwotną przyczyną SNP ok. 20–25 proc. dzieci leczonych hormonem wzrostu stanowią dzieci z nabytą przyczyną SNP. Najczęściej w następstwie chorób rozrostowych i ich terapii.

Po zakończeniu procesów wzrastania, co najmniej miesiąc od zakończenia terapii GH, przeprowadza się tzw. retesting – ok. 10 proc. dzieci z SNP i ponad 80 proc. dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki wymaga dalszej terapii.

Reasumując, w celu zdiagnozowania niskorosłości każde dziecko winno być dokładnie mierzone na każdej wizycie, a wynik tego pomiaru powinien być naniesiony na indywidualną dla każdego dziecka siatkę centylową. Jest bardzo dużo przyczyn niskorosłości. Dlatego każde patologicznie niskie dziecko powinno być jak najszybciej skonsultowane przez endokrynologa dziecięcego.

Otyłość olbrzymia u dzieci i młodzieży – zasady diagnozowania i terapii

W kolejnym wystąpieniu prof. Artur Mazur stwierdził, że otyłość jest jednym z największych problemów zdrowia publicznego. Szczególnie niebezpieczna i groźna – z uwagi na możliwość wystąpienia wielu powikłań – jest otyłość olbrzymia. BMI dziecka musi być na poziomie lub powyżej 99. percentyla dla jego wieku i płci. Otyłość olbrzymia u dziecka może wynikać z dodatniego bilansu energetycznego pomiędzy ilością spożywanej energii a jej wydatkowaniem. Jednak może także wynikać z występowania rzadkich

schorzeń genetycznie uwarunkowanych oraz innych zaburzeń, m.in. podwzgórza.

Konsekwencje otyłości olbrzymiej u dzieci są bardziej niebezpieczne niż w przypadkach nadwagi i otyłości o mniejszym nasileniu. Dzieci z otyłością olbrzymią są bardziej niż inne narażone na wystąpienie powikłań w postaci nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, zespołu metabolicznego, metabolicznej stłuszczeniowej choroby wątroby, miażdżycy czy też otyłości w wieku dorosłym.

Dokładna ocena i diagnoza dziecka z otyłością olbrzymią jest podstawą do wdrożenia skutecznej terapii. Szczegółowy, dokładny wywiad i badanie fizykalne są ważne dla odróżnienia otyłości wynikającej z nieprawidłowego stylu życia od monogenowej otyłości i zespołu metabolicznego.

Opcje leczenia otyłości olbrzymiej u dzieci obejmują terapię modyfikacji stylu życia, farmakoterapię oraz chirurgię bariatryczną. Priorytetem powinna być modyfikacja stylu życia. Chociaż poczyniono postępy, to bezpieczne i skuteczne leczenie otyłości olbrzymiej u dzieci nadal stanowi wyzwanie. Potrzebne są zatem dalsze wysiłki i innowacje, aby znaleźć rozwiązanie dla ogromnego medycznego problemu, jakim jest diagnostyka i leczenie tych dzieci.

Wole guzkowe w wieku rozwojowym

W kolejnym wykładzie prof. Artur Bossowski podkreślił, że wole guzkowe u dzieci pozostaje nadal ważnym zagadnieniem klinicznym. Częstość występowania wyczuwalnych palpacyjnie guzków w tarczycy u dzieci jest rzadsza niż u dorosłych i wynosi ok. 1–2 proc., a zmian ogniskowych stwierdzanych w badaniu USG tarczycy – nawet do 18 proc. Jednak ryzyko, że zmiany te okażą się zmianami złośliwymi jest zdecydowanie większe i stanowi śr. 26 proc. Na podstawie liczby guzków rozpoznaje się zmianę pojedynczą lub wole wieloguzkowe. Sam guzek tarczycy może być guzkiem hiperplastycznym, gruczolakiem lub rakiem.

Etiopatogeneza zmian ogniskowych jest nie do końca wyjaśniona, aczkolwiek predyspozycja do przebudowy guzkowej jest uwarunkowana czynnikami genetycznymi, środowiskowymi i hormonalnymi. Na początku dochodzi do uogólnionego miąższowego powiększenia, a następnie do guzkowej przebudowy tarczycy w rezultacie naprzemiennych procesów rozrostu i zmian wstecznych. Czynniki pobudzającymi wzrost tarczycy są tyreotropina, czynniki wzrostu (w tym IgF-1, naskórkowy czynnik

wzrostu – EGF, czynnik wzrostu fibroblastów – FGF i płytek – PDGF), cytokiny i immunoglobuliny, w tym TGI-immunoglobulina pobudzająca wzrost tarczycy. Dodatkowo podkreśla się rolę niedoboru jodu, ekspozycję na promieniowanie jonizujące, czynniki wolotwórcze, w tym naturalne goitrogeny (goitryna, tiocyjanki), związki chemiczne (np. węglan litu) oraz zanieczyszczenia środowiskowe (ftalany, fenole, węglowodory aromatyczne). Ważną rolę odgrywają czynniki genetyczne, głównie mutacje genu receptora TSH i mutacje onkogenu RAS (prowadzące przede wszystkim do rozwoju gruczolaka pęcherzykowego), mutacje i polimorfizmy genów peroksydazy tarczycowej, tyreoglobuliny, symportera sodowo-jodkowego.

Obraz kliniczny związany jest z obecnością guzków na szyi lub powiększeniem gruczołu tarczowego. Schemat badań diagnostycznych zasadniczo pokrywa się z algorytmem występującym u dorosłych i obejmuje pomiar fT3, fT4, TSH i przeciwciał przeciwtarczycowych (ze względu na możliwości współwystępowania procesów autoimmunizacji) oraz w niektórych przypadkach badanie molekularne. Wśród badań obrazkowych można wykonać: RTG klatki piersiowej, USG tarczycy z ewentualną elastografią, TK czy MRI oraz scyntyografię. Nadal złotym standardem diagnostycznym jest biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) pod kontrolą USG, dotycząca nie tylko zmian ogniskowych o średnicy powyżej 10 mm, lecz także mniejszych, które wykazują cechy kliniczne i/lub ultrasonograficzne wzmożonego ryzyka złośliwości. Obecnie przyjętym systemem rozpoznania cytologicznych materiału BAC jest system Bethesda.

Wybór leczenia jest zależny od kategorii rozpoznania cytologicznych, szybkości wzrostu zmiany, stopnia ryzyka złośliwości klinicznej czy ultrasonograficznej, a także wyniku badań molekularnych.

Nowoczesne metody prewencji cukrzycy typu 1

Prof. Małgorzata Myśliwiec stwierdziła, że cukrzyca typu 1 (T1DM) jest przewlekłą chorobą autoimmunologiczną, w przebiegu której dochodzi do destrukcji komórek β trzustki i stopniowej utraty wydzielania insuliny. Szacuje się, że globalna zapadalność na T1DM w populacji wieku rozwojowego zwiększa się 3–4 proc. rocznie, zwłaszcza wśród dzieci poniżej siódmego roku życia. Polska należy do krajów o dużej zapadalności na T1DM, która podwaja się co 10 lat.

Na świecie prowadzone są liczne badania nad zastosowaniem nowoczesnych metod mających

na celu zachowanie funkcji komórek β trzustki na wczesnym, bezobjawowym etapie rozwoju T1DM oraz u pacjentów z nowo rozpoznaną T1DM, z częściowo zachowaną funkcją komórek β trzustki. Utrzymanie insulinosekrecji we wczesnych fazach T1DM może pozwolić na wydłużenie okresu niezależności od insuliny oraz regulować wahania glikemii, a tym samym chronić przed rozwojem późnych powikłań choroby.

Podjęmowane są próby zastosowania komórek macierzystych, przeszczepu wysp trzustkowych i modyfikacji mikrobioty. Prowadzone są też terapie genowe, immunoterapie oraz terapie celowane na konkretne cytokiny biorące udział w patogenezie cukrzycy typu 1.

Terapia z użyciem limfocytów T regulatorowych (Tregs) CD4+CD25+FoxP3+ budzi duże nadzieje. Tregs są odpowiedzialne za utrzymanie tolerancji immunologicznej i hamują nadmierne reakcje immunologiczne u osób predysponowanych genetycznie do T1DM. Hamują również działanie komórek prezentujących antygeny, komórek NK oraz limfocytów B. Czasami są określane jako „inteligentne sterydy”, ponieważ wykazują działanie immunosupresyjne, nie powodując ich działań ubocznych. Udowodniono, że Tregs są odpowiedzialne za wyciszenie procesu autoimmunologicznego, są w stanie powstrzymać autoreaktywne limfocyty przed destrukcją komórek β wysp trzustkowych. Ich liczba i funkcja w okresie *prediabetes* zmniejsza się, a w momencie rozpoznania T1DM jest mała, przez co ich ochronny udział wobec komórek β trzustki również jest ograniczony.

Potencjał terapeutyczny limfocytów Tregs został wykazany w badaniach klinicznych prowadzonych pod kierownictwem prof. Piotra Trzonkowskiego oraz prof. Natalii Marek-Trzonkowskiej i prof. Małgorzaty Myśliwiec w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (GUMed). Pacjenci z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 1, z zachowaną funkcją wydzielniczą komórek β trzustki, poddani leczeniu Tregs wykazywali większe stężenie c-peptydu i niższe zapotrzebowanie na insulinę w porównaniu do pacjentów, którzy nie otrzymali tej terapii. Obok efektów klinicznych wykazano także bezpieczeństwo takiej terapii.

Autorzy dotychczasowych badań dotyczących immunointerwencji podkreślają konieczność stosowania terapii skojarzonych, powodujących nie tylko stymulację, lecz także deplecję wybranych linii komórkowych układu immunologicznego. Większość

dotychczas stosowanych monoterapii nie przyniosła jednak długotrwałych efektów. W badaniach prowadzonych w GUMedzie do terapii Tregs dołączono rytuximab, dzięki czemu uzyskano jeszcze lepszy efekt wydłużający okres remisji choroby poprzez zachowanie insulinosekrecji.

Wyniki wstępnych badań zachęcają do prowadzenia badań przesiewowych w grupach ryzyka, głównie u krewnych pierwszego stopnia osób z T1DM, w celu wyodrębnienia osób w fazach *prediabetes* i zastosowania u nich terapii skojarzonej.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 4:28:12



Zespół metaboliczny – (nie)nowa, globalna, niezakaźna epidemia – konsekwencje, terapia, profilaktyka

Moderator: prof. Piotr Małkowski

Uczestnicy: dr n. o zdr. Mariusz Jaworski, prof. Wojciech Lisik, prof. Jolanta Małyszko, prof. Piotr Pruszczyk, prof. Piotr Socha, prof. Krzysztof Tomaszewicz

Zespół metaboliczny nie jest konkretną jednostką chorobową, lecz dobrze zdefiniowanym zbiorem objawów i przyczyn metabolicznych, których łączne wystąpienie oznacza wysokie ryzyko wystąpienia innych niebezpiecznych chorób. Najogólniej można powiedzieć, że jest to współwystępowanie takich stanów jak: otyłość i nadciśnienie tętnicze, cukrzyca oraz hiperlipidemia. Zespół metaboliczny jest patologią cywilizacyjną występującą na całym świecie. Dotyczy obecnie około 25 proc. populacji krajów rozwiniętych, a odsetek chorych otyłych stale rośnie. Wywołana jest nadmierną ilością spożywanego pokarmu i nieprawidłową dietą oraz spadkiem aktywności fizycznej. Jednocześnie jest zespołem czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, stłuszczeniowego zapalenia wątroby, niewydolności nerek oraz, co dotychczas pomijano w praktyce lekarskiej, wielu nowotworów złośliwych. Przedstawione podczas sesji wykłady dotyczyły konsekwencji zdrowotnych zespołu metabolicznego, prób ich terapii oraz profilaktyki. I to właśnie profilaktyka zespołu metabolicznego jest kluczem do przyszłego sukcesu. Zapobieganie wprowadzane od najwcześniejszych lat życia,

początkowo dzięki stosowaniu rekomendowanych przez lekarzy diet dla niemowląt, dzięki modyfikowaniu stylu życia i nawyków żywieniowych dzieci starszych, szczególnie tych będących w grupie ryzyka lub już z otyłością. W Polsce aktualnie 30 proc. nastolatków, szczególnie chłopców, ma stwierdzaną nadwagę lub otyłość. Czynniki, takie jak: brak szkolnych lekarzy, mogących wcześniej zdiagnozować zagrożenie, redukcja godzin zajęć wychowania fizycznego i siedzący – najczęściej przy komputerze – tryb życia, powodują narastanie problemu. Inną istotną konsekwencją wzrostu częstości występowania zespołu metabolicznego będzie pogarszanie się stanu zdrowotnego znacznej części naszego społeczeństwa, a co za tym idzie – środki przeznaczone na ochronę zdrowia za kilka, kilkanaście lat będą obciążone kosztami leczenia lawinowo rosnącej liczby pacjentów z zawałami serca, marskością wątroby oraz nowotworami przewodu pokarmowego, piersi i szyjki macicy. To, że ta epidemia nie dotyczy tylko Polski, ale i innych krajów, nie jest pocieszeniem.

Opracowanie: prof. Piotr Małkowski

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 6:38:52



Wczesne rozpoznanie kluczem do sukcesu terapeutycznego w neurologii dziecięcej

pod patronatem Komitetu Nauk Neurologicznych Polskiej Akademii Nauk –
Zespół Neurologii Dziecięcej

Moderatorzy: prof. Ewa Pilarska,
prof. Maria Mazurkiewicz Bętdzińska

Uczestnicy: dr n. med. Magdalena Krygier, lek. Anna Lemska

Pierwsza prezentacja dotyczyła padaczki, która jest jedną z częstszych chorób układu nerwowego. Ze względu na swoje rozpowszechnienie, wynoszące około 1 proc. ogólnej populacji, stanowi znaczący problem diagnostyczny, terapeutyczny i społeczny. Padaczka to przewlekły stan choroby o zróżnicowanej etiologii, charakteryzujący się występowaniem nawracających napadów padaczkowych. Zgodnie z zaleceniami Międzynarodowej Ligi Przeciwpadaczkowej wyodrębniamy padaczki o podłożu: genetycznym, metabolicznym, strukturalnym, immunologicznym, infekcyjnym i nieznanym. Obraz kliniczny napadu jest następstwem wyładowań nieprawidłowo zsynchronizowanych grup neuronów i zależy od rozmiaru obszaru nieprawidłowego pobudzenia oraz jego lokalizacji. W zależności od zakresu wyładowań napad padaczkowy manifestuje się nagłymi, stereotypowymi zaburzeniami: świadomości, postrzegania, uczucia, zachowania, emocji lub czynności ruchowych. Bardzo ważne jest przeprowadzenie wnikliwej diagnostyki różnicowej ze względu na istnienie znacznej liczby niepadaczkowych stanów napadowych, które mogą być mylone z padaczką. Uogólnione napady padaczkowe rozpoczynają się w określonym punkcie sieci neuronalnych, obejmującym obie półkule mózgu i szybko się w obrębie tej sieci rozprzestrzeniają. Napad ogniskowy to taki, który rozpoczyna się w obrębie sieci neuronalnych jednej półkuli mózgu. Podczas napadu padaczkowego świadomość pacjenta najczęściej jest zaburzona – pacjent nie nawiązuje kontaktu, przerywa wykonywaną czynność. Rzadziej pacjent jest świadomy trwającego napadu, ale nie jest w stanie go przerwać. Napady o ogniskowym początku dzielimy w zależności od stanu świadomości na napady o ogniskowym początku bez zaburzeń świadomości oraz napady o ogniskowym początku z zaburzeniami świadomości. Rzetelnie przeprowadzony wywiad z pacjentem

oraz świadkami napadu ma decydujące znaczenie w rozpoznawaniu padaczki. W procesie różnicowanym padaczki należy wykluczyć występowanie epizodów napadowych niepadaczkowych, np. zaburzeń natury psychogennej (napady rzekomopadaczkowe), zaburzeń metabolicznych, zaburzeń snu, zaburzeń kardiologicznych, pulmonologicznych czy innych niepadaczkowych zaburzeń napadowych, jak chociażby tików. W procesie diagnostycznym należy prawidłowo zakwalifikować występujące u pacjenta napady i dobrać odpowiedni lek. Większość pacjentów jest skutecznie leczonych jednym lekiem przeciwpadaczkowym, u około 70 proc. udaje się uzyskać pełną kontrolę napadów. Znajomość morfologii napadów i zjawisk niepadaczkowych jest podstawą prawidłowego rozpoznania i leczenia.

W drugim wykładzie przedstawiono wskazania do wykonywania badań genetycznych, które przedstawiają się następująco:

- Badaniem genetycznym pierwszego rzutu u dzieci z zespołem wad wrodzonych, niepełnosprawnością intelektualną i opóźnieniem rozwoju psychoruchowego, nieodpowiadającym znanemu zespołowi genetycznemu, jest badanie w kierunku aberracji chromosomowych metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy aCGH.
- W diagnostyce genetycznej chorób jednogennych stosuje się klasyczne sekwencjonowanie i sekwencjonowanie następnej generacji.
- Sekwencjonowanie następnej generacji (NGS) to wysokoprzepustowa technika sekwencjonowania, polegająca na równoległym, masowym sekwencjonowaniu od kilku tysięcy do kilkuset milionów cząsteczek DNA.
- Im cięższa niepełnosprawność intelektualna, tym większe prawdopodobieństwo, że przyczyną jest aberracja chromosomowa lub choroba jednogenna.

- Wiele chorób neurorozwojowych i metabolicznych uwarunkowanych jednogenowo ma bardzo zbliżony obraz kliniczny do mózgowego porażenia dziecięcego.

Określenie „czas to mózg” ma ogromne znaczenie w diagnostyce chorób nerwowo-mięśniowych, a zwłaszcza rdzeniowego zaniku mięśni (SMA), która jest chorobą dziedziczną w sposób autosomalnie recesywny. Wadliwy gen odpowiedzialny za występowanie objawów jest najczęściej przekazywany przez oboje rodziców, którzy są nosicielami wady genetycznej. Nosiciele nie mają objawów klinicznych, tak więc często przed urodzeniem się chorego dziecka nie są świadomi posiadanej mutacji. Schorzenie dotyka osób w różnym wieku, jednak zdecydowana większość chorych pierwszych objawów doświadcza w niemowlęctwie lub we wczesnym dzieciństwie. SMA było najczęstszą genetycznie uwarunkowaną przyczyną zgonów dzieci do drugiego roku życia do czasu wprowadzenia leków modyfikujących przebieg choroby. Dzięki dostępnej diagnostyce i programowi badań przesiewowych w kierunku SMA obecnie choroba może być uchwycona na wczesnym etapie, nawet przed pojawieniem się pierwszych objawów. Daje to możliwość wdrożenia terapii pozwalającej na spowolnienie lub też zatrzymanie procesu chorobowego. Ostatnie lata przyniosły niewątpliwy rozwój terapii modyfikujących przebieg SMA. Z dostępnych obecnie wymienia się głównie trzy leki: Nusinersen, Risdiplam i Onasemnogen Asepawowek. Rdzeniowy zanik mięśni przed erą leczenia był chorobą postępującą i nieuchronnie prowadzącą do niepełnosprawności fizycznej, a w przypadkach

cięższych także do śmierci. Obecnie, dzięki dostępnym metodom terapeutycznym, powoli zmienia się postrzeganie SMA z choroby śmiertelnej na chorobę przewlekłą.

Problem bólów głowy u dzieci i młodzieży był poruszony w kolejnym doniesieniu. Bóle głowy są jednym z najbardziej powszechnych objawów chorobowych występujących u dzieci i dorosłych. Stanowią bardzo poważny problem diagnostyczny i leczniczy. Mogą występować w każdym wieku, mieć różne przyczyny i różny obraz kliniczny, zawsze jednak rzutują na zachowanie dziecka, jego apetyt, sen, a przede wszystkim wyniki w nauce i prawidłowe funkcjonowanie, zwłaszcza w grupie rówieśników.

Diagnostyka bólów głowy powinna być bardzo wnikliwa i prowadzona wielokierunkowo, ponieważ u ich podłoża mogą leżeć różne, często poważne przyczyny, np. guz mózgu.

Badania wskazują, że około 60 proc. populacji dziecięcej doświadcza bólów głowy, z czego znaczna część jest z ich powodu hospitalizowana.

W diagnostyce bólów głowy bardzo duże znaczenie ma wywiad zebrany zarówno od rodziców/opiekunów, jak i od samego dziecka. Konieczna jest znajomość objawów alarmowych (*red flags*), aby podjąć właściwą decyzję odnośnie badań neuroobrazowych – zwłaszcza rezonansu magnetycznego (MRI) głowy.

Znaczną grupę stanowią tzw. bóle głowy typu napięciowego, które należy rozpoznać po wykluczeniu przyczyny organicznej bólów głowy, jak również migreny. W przypadku tych bólów głowy ważne znaczenie ma terapia psychologiczna i techniki relaksacyjne.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 1:02:25



Profilaktyka i innowacja w neurologii

pod patronatem Komitetu Nauk Neurologicznych Polskiej Akademii Nauk

Moderatorzy: prof. Urszula Fiszer, prof. Tomasz Trojanowski

Uczestnicy: prof. Anna Członkowska, dr hab. Maciej Radek, prof. UM w Łodzi,
dr hab. Anna Sarnowska, prof. IMDiK PAN

Prof. Anna Członkowska

Profilaktyka udaru mózgu

Zgodnie z najnowszymi badaniami epidemiologicznymi udar mózgu jest na świecie przyczyną 10 proc. zgonów i w 5 proc. utratą lat życia w zdrowiu (określanych wskaźnikiem DALY). Rocznie na udar zapada 17 mln ludzi, 1/3 z nich umiera w ciągu miesiąca, a 35 mln żyje z następstwami udaru (głównie niepełnosprawnością ruchową i zaburzeniami poznawczymi). Częstość ryzyka zachorowania na udar i jego niekorzystnych następstw jest zróżnicowana w zależności od regionów – tymi o dużym a tymi o niskim lub umiarkowanym dochodzie – nawet ponaddziesięciokrotnie. Badania epidemiologiczne i badania nad patomechanizmem powstawania udaru prowadzone intensywnie w drugiej połowie XX w. wykazały, że 80 proc. ryzyka populacyjnego udaru związane jest z 5 czynnikami: nadciśnieniem tętniczym, paleniem tytoniu, otyłością brzuszną, dietą, brakiem aktywności fizycznej, a dodatkowo 10 proc. – z cukrzycą, czynnikami psychospołecznymi, spożyciem alkoholu, chorobami serca, zaburzeniami lipidowymi. Jednocześnie wykazano, że 40 proc. chorych z udarem w ciągu 5 lat doznaje powtórnego udaru. Tak więc mimo niewątpliwego postępu w leczeniu chorych z udarem (oddziały

udarowe, leki przeciwplatekcyjne, leki trombolityczne, zabiegi wewnątrznacyniowe) zasadniczą rolę w łagodzeniu społecznych następstw udaru przede wszystkim odgrywają profilaktyka pierwotna i profilaktyka wtórna. Co ważniejsze, 65 proc. udarów związanych jest z niewłaściwym stylem życia. Chociaż głównym i niemodyfikowalnym czynnikiem ryzyka udaru jest wiek, jednak 60 proc. udarów zdarza się u ludzi poniżej 70. roku życia. Tak więc profilaktyka pierwotna polegająca na prawidłowym stylu życia i leczeniu czynników ryzyka wdrażana już od wczesnych lat powinna być priorytetem w programach zdrowotnych. Profilaktyka wtórna (zależna od typu udaru i chorób współistniejących) musi być wdrożona już w oddziale udarowym i ściśle monitorowana długoterminowo. Postulaty te znalazły swoje odbicie w wielu światowych i regionalnych dokumentach, m.in. *Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030*, przygotowanym przez Europejską Organizację Udarową (ESO), i *Stan polskiej neurologii i kierunki strategicznego rozwoju w perspektywie 2030 r.*, przygotowanym przez Polskie Towarzystwo Neurologiczne (PTN) i Uczelnię Łazarskiego.

Prof. Urszula Fiszer

Udział czynników naczyniopochodnych w patogenezie chorób neurodegeneracyjnych

Choroby neurodegeneracyjne prowadzą do poważnych zaburzeń funkcjonowania pacjentów, jak również do problemów w systemie ochrony zdrowia.

Obecnie nie są znane przyczyny tych schorzeń, nie ma także skutecznych terapii.

Patogeneza różnych chorób neurologicznych ma kilka wspólnych cech. Jedną z nich jest nieprawidłowe gromadzenie i agregacja białek specyficznych dla choroby, które, jak się sugeruje, prowadzą

do neurodegeneracji. Obecnie uważa się, że zmiany naczyniowe stają się wspólnym mianownikiem chorób neurodegeneracyjnych.

Coraz więcej dowodów wskazuje na to, że patologia naczyń mózgowych jest najważniejszym czynnikiem przyczyniającym się do otępienia, w interakcji z procesem neurodegeneracyjnym. Najczęstszym mechanizmem powstawania zaburzeń poznawczych naczyniowych jest przewlekła,

związana z wiekiem, dysregulacja przepływu mózgowego, lecz także inne procesy patologiczne, jak choćby zapalenie czy zaburzenia sercowo-naczyniowe.

Naczyniowe czynniki ryzyka są powszechne w otępieniu naczyniopochodnym, a jeśli są oceniane w wieku średnim, prognozują upośledzenie funkcji poznawczych i otępienia w późniejszym życiu (szczególnie nadciśnienie, wysoki poziom cholesterolu, cukrzyca i palenie tytoniu w wieku średnim są związane z 20–40 proc. zwiększonym ryzykiem otępienia).

Złogi peptydów beta-amyloidowych wokół naczyń mózgowych są głównym czynnikiem przyczyniającym się do dysfunkcji naczyń w chorobie

Alzheimera. Występują zaburzenia w jednostce nerwowo-naczyniowej, bariery krew–mózg i funkcji gleju, co sprzyja reakcji zapalnej, a także dysfunkcji synaptycznej i neurodegeneracji.

W chorobie Parkinsona występowanie patologii naczyniowej jest ważnym czynnikiem patofizjologicznym choroby, poprzez aktywację pericytów, zaburzenie funkcji bariery krew–mózg i regresji naczyń przy współistniejącej patologii metabolicznej.

Postępowanie prewencyjne i terapeutyczne dla zaburzeń neurodegeneracyjnych powinno obejmować kontrolę wymienionych naczyniopochodnych czynników ryzyka. Szczególną uwagę należy zwracać na styl życia (właściwe odżywianie, odpowiednia ilość aktywności ruchowej i snu).

Dr hab. Maciej Radek, prof. UM w Łodzi

Profilaktyka w chorobie zwyrodnieniowej kręgosłupa

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa dotyczy do 100 proc. populacji, oczywiście z różnym tempem i nasileniem rozwoju zmian, jednak proces zwyrodnieniowy jest postępujący i nieodwracalny. Skutkiem choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa jest ograniczenie aktywności człowieka, co wiąże się z wynikającym z tego ryzykiem. Postępująca choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa jest przyczyną absencji w pracy, wymaga wieloprofilowej terapii, co skutkuje ogromnymi kosztami.

Nie ma jednej przyczyny rozwoju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, a najczęściej dochodzi do współistnienia wielu czynników. Za najbardziej istotne uważane są: czynniki genetyczne, wiek, ciężka praca fizyczna, warunki miejsca pracy, warunki wypoczynku, siedzący tryb życia, nadmierna aktywność fizyczna, nieprawidłowa dieta, otyłość, wrodzone wady kręgosłupa, urazy i stany zapalne. Przyczyny choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa mogą pojawiać się już w bardzo młodym wieku. Przez wielu fizjoterapeutów i terapeutów manualnych podnoszone są kwestie niekorzystnych następstw wymuszania zbyt wczesnego rozpoczęcia chodzenia przez niemowlęta czy też zbyt wczesnego ich odpieluchowywania. W obu tych przypadkach może dojść do rozwoju zaburzeń funkcji stawów biodrowych oraz miednicy, co może w przyszłości powodować nieprawidłowości funkcji kręgosłupa i być jedną z przyczyn rozwoju choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. W kolejnych latach rozwoju zbyt ciężkie tornistry noszone przez dzieci i młodzież,

duża ilość czasu spędzanego przed ekranem komputera czy nad urządzeniami mobilnymi są przyczynami przeciążenia kręgosłupa i niewątpliwie sprzyjają rozwojowi zaburzeń czynnościowych i rozwojowi choroby zwyrodnieniowej.

Objawy choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa to przede wszystkim: ból, ograniczenie ruchomości kręgosłupa, wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych oraz objawy neurologiczne zależne od zajętego poziomu kręgosłupa. Leczenie skutków choroby zwyrodnieniowej uzależnione jest od stopnia jej zaawansowania. Wskazania bezwzględne do leczenia operacyjnego to objawy uszkodzenia rdzenia czy nerwów rdzeniowych pod postacią: niedowładów, porażień, zaburzeń funkcji zwieraczy i zaników mięśni. Leczenie operacyjne jest też proponowane pacjentom, u których leczenie zachowawcze nie przynosi efektu. Obecnie w leczeniu operacyjnym coraz większe znaczenie zyskują techniki małoinwazyjne, które poprzez zmniejszenie urazu operacyjnego pozwalają na skrócenie pobytu w szpitalu i szybszy powrót do aktywności. Leczenie zachowawcze polega zawsze na modyfikacji stylu życia, farmakoterapii i rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, szpitalnych lub uzdrowiskowych. Duże znaczenie ma terapia manualna oraz psychoterapia.

Natomiast profilaktyka to zespół działań i środków stosowanych w zapobieganiu występowania zjawisk niepożądanych i negatywnych w przyrodzie, w tym w życiu ludzkim, jednostkowym bądź

społecznym. W przypadku choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa celem profilaktyki jest opóźnienie jej rozwoju, spowolnienie postępu, uniknięcie konieczności leczenia operacyjnego lub jak najszybszy powrót do sprawności po jej zastosowaniu. Profilaktyka u dzieci powinna polegać na promowaniu uprawiania ogólnorozwojowych sportów, ograniczeniu przeciążenia kręgosłupa nadmiernym ciężarem przyborów szkolnych, edukacji w kwestii odpowiedniego korzystania z urządzeń mobilnych. W pracy sprowadza się do ograniczenia dźwigania poprzez wprowadzanie przepisów BHP oraz urządzeń eliminujących konieczność dźwigania, a także wprowadzanie ergonomicznych sprzętów oraz ograniczenie czasu spędzanego

w pozycji siedzącej. W przypadku wypoczynku istotne jest stosowanie odpowiedniej jakości materacy do spania. Zalecany jest aktywny wypoczynek, ale należy pamiętać, że zbyt intensywna aktywność i sporty sprzyjające urazom i przeciążeniom kręgosłupa również mogą być przyczyną rozwoju i postępu choroby zwyrodnieniowej. Profilaktyka urazów polega w dużym stopniu na edukacji szkolnej i medialnej oraz na wprowadzaniu regulacji prawnych i rozwoju technik zwiększających bezpieczeństwo na przykład w środkach transportu. W celu wprowadzenia skutecznej profilaktyki, nie tylko choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, konieczna jest ukierunkowana i bardzo konsekwentna polityka.

Dr hab. Anna Sarnowska, prof. IMDiK PAN
Terapie komórkowe w neurologii: regulacje prawne, perspektywy i zagrożenia

Obecnie obserwujemy szybki rozwój medycyny regeneracyjnej opartej na zastosowaniu komórek macierzystych. Szybka komercjalizacja takiego leczenia nie zawsze poparta jest wiedzą podstawową i przeprowadzana zgodnie z zasadami medycyny opartej na faktach. Wśród chorób, w których terapia komórkowa jest proponowana pacjentom, znajdują się choroby neurodegeneracyjne z powodu braku skutecznego leczenia farmakologicznego. Niestety, w odróżnieniu od dermatologii lub ortopedii, w neurologii nie udowodniono skuteczności tej terapii i jest ona nadal przeprowadzana w ramach eksperymentu medycznego, podlegając związanym z tym regulacjom prawnym, tj. dobrowolny udział i brak jakichkolwiek kosztów ponoszonych przez pacjenta.

Pomimo wielu dyskusji i zastrzeżeń dotyczących mezenchymalnych komórek macierzystych/stromalnych (MSC) w świetle dotychczasowych doniesień i wieloletnich obserwacji klinicznych są one grupą komórek stosowanych najczęściej

w próbach klinicznych, a ich mechanizm działania jest oparty głównie na właściwościach parakrynych. Obecnie w chorobach neurologicznych zarejestrowanych jest ok. 220 badań klinicznych z zastosowaniem MSC, z czego w większości sponsorem jest jednostka publiczna. W kilku wskazaniach, w tym w stwardnieniu zanikowym bocznym, udarze i stwardnieniu rozsianym, z uwagi na obserwowaną nieznaczną poprawę u pewnej grupy chorych FDA zaakceptowała rozpoczęcie badań klinicznych fazy IIb i III. Krytyczna dyskusja dotycząca racjonalności prowadzenia terapii z zastosowaniem MSC jest bardzo wskazana. Należy jednak wnikliwie i obiektywnie oceniać pojawiające się nowe doniesienia, a badania zarówno przedkliniczne, jak i kliniczne powinny być kontynuowane. W celu rzetelnego ich przeprowadzenia sponsorem powinny być wyspecjalizowane ośrodki publiczne, a badania prowadzone zgodnie z zasadami prawa i etyki zawodowej, mając na uwadze przede wszystkim bezpieczeństwo i dobro pacjentów.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 4:07:25



Innowacyjne podejście do chorób neurodegeneracyjnych i neuronaczyniowych

pod patronatem Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej
im. Mirosława Mossakowskiego Polskiej Akademii Nauk

Moderator: dr n. med. Anna Barczak

Uczestnicy: prof. Leonora Bużańska, prof. Bartosz Karaszewski,
dr hab. Alina Kuryłowicz, prof. IMDiK PAN,
dr hab. Anna Sarnowska, prof. IMDiK PAN

Wygłoszony przez prof. Leonorę Bużańską wykład pt. **Modelowanie in vitro chorób neurodegeneracyjnych i neuronaczyniowych** omawiał nowoczesne możliwości wykorzystania ludzkich indukowanych pluripotencjalnych komórek macierzystych (iPSC) otrzymanych dzięki reprogramowaniu dojrzałych komórek pacjentów z krwi lub fibroblastów skóry, bez interwencji w zarodek ludzki, tak więc w sposób niebudzący kontrowersji etycznych. Komórki iPSC można różnicować we wszystkie typy komórek organizmu, w tym neurony, a następnie badać w hodowli 2D ich wzajemne interakcje (np. tworzenie sieci neuronalnych), a także ich wrażliwość na leki lub czynniki toksyczne. Model komórkowy 2D, choć dostarcza wielu ważnych informacji na temat molekularnych podstaw defektów rozwoju ośrodkowego układu nerwowego (OUN) lub chorób neurodegeneracyjnych, nie odzwierciedla jednak budowy i interakcji przestrzennych typowych dla tkanki lub organu. Dlatego zdolność komórek pluripotencjalnych do samoorganizowania się w trójwymiarowe struktury zwane organoidami okazała się nieocenionym przełomem w badaniach nad wczesnym rozwojem mózgu, których prowadzenie in vivo u człowieka jest niemożliwe. Badaczom udało się otrzymać w hodowli in vitro organoidy, które w trójwymiarze odzwierciedlają budowę struktur współtworzących mózg człowieka z pełną jego zwartością, architekturą i funkcjami (organoidy całego mózgu, ang. *whole brain organoids*). Stosując morfogeny wspomagające różnicowanie OUN, możliwe jest również otrzymywanie organoidów dla konkretnych części mózgu (ang. *region specific brain organoids*). Takie organoidy, typowe dla określonych regionów mózgu, można łączyć, tworząc „asembldy”, w których badane jest oddziaływanie między różnymi obszarami OUN i znaczenie tego

oddziaływania w mechanizmach odpowiedzialnych za obserwowane patologie.

Organoidy mózgu otrzymane w hodowli z komórek pacjentów z ciężkimi schorzeniami neurologicznymi stanowią modele do badań tych chorób. Dodatkowo, nowoczesne narzędzia molekularne pozwalają na precyzyjne wprowadzenie zmian w genomie ludzkich „zdrowych” komórek iPSC, dzięki czemu możemy otrzymać tzw. linie komórkowe izogeniczne, które modelują genetycznie uwarunkowaną formę choroby neurodegeneracyjnej. Ponadto jeśli mamy do czynienia z chorobą genetycznie uwarunkowaną, dzięki możliwości edycji genomu komórek pacjenta może zostać przeprowadzana molekularna naprawa genomu i korekta tej zmiany. Organoidy mózgu wyprowadzone w hodowli in vitro z linii izogenicznych stanowią nieocenioną wartość dodaną do badań nad mechanizmami chorób neurorozwojowych, neurodegeneracyjnych i neuronaczyniowych. Możliwa jest również ocena wpływu farmakoterapii na chorobę poprzez dokładne ustalenie patomechanizmu choroby i mechanizmu działania badanej substancji farmakologicznej.

Badania z wykorzystaniem organoidów obejmują wiele chorób neurorozwojowych, np. autyzm, schizofrenię, mikrocefalię, a także neurodegeneracyjnych, jak choroba Alzheimera czy Parkinsona, oraz chorób nerwowo-mięśniowych, np. stwardnienie zanikowe boczne. Wprowadzanie naczyń krwionośnych do organoidów mózgu w hodowli in vitro oraz w modelach zwierzęcych in vivo stało się faktem, co umożliwia dalszą funkcjonalizację tych struktur i ma duże znaczenie dla poznania patomechanizmów schorzeń naczyńiowych mózgu. Otrzymanie modeli określonych schorzeń neurologicznych z zastosowaniem organoidów mózgu jest bezsprzecznie krokiem milowym w zrozumieniu

patomechanizmów tych chorób. Personalizacja badań z zastosowaniem organoidów mózgu będzie kluczowa dla określenia i dostosowania możliwych terapii chorób neurodegeneracyjnych i neurodegeneracyjnych do potrzeb konkretnego pacjenta.

Dr hab. Alina Kuryłowicz, prof. IMDiK PAN, przedstawiła wykład: **Czy mikrobiom może wpływać na rozwój chorób neurodegeneracyjnych?**, który dotyczył mikroorganizmów znajdujących się w olbrzymiej liczbie w ciele człowieka i przetwarzających docierające do jelit substancje odżywcze. Mikrobiom, poprzez udział np. w przemianie kwasów żółciowych czy aminokwasów, przyczynia się do zachowania homeostazy organizmu, ale w przypadku toksycznych substancji, może je przemienić w jeszcze bardziej szkodliwe dla organizmu produkty rozkładu. Mikrobiom reguluje funkcje wielu narządów, również mózgu, nie tylko poprzez metabolity, lecz także bezpośrednio – poprzez reakcje komórek neuroendokrynnych błony jelita oraz działanie immunomodulujące (poprzez produkcję cytokin, substancji prozapalnych). Prawidłowo działający mikrobiom uczestniczy w regulowaniu m.in. naszego stanu emocjonalnego, ale jego wadliwe działanie sprzyja powstaniu chorób neurodegeneracyjnych, np. choroby Alzheimera czy Parkinsona. Jest to spowodowane rozszczelnieniem bariery jelitowej i bariery „krew–mózg”. Toksyny przenikają poprzez nieszczelną barierę jelitową do układu krążenia, a stamtąd poprzez uszkodzoną barierę „krew–mózg” dostają się do ośrodkowego układu nerwowego. Naprawa szczelności bariery jelitowej wpływa na poprawę sprawności funkcji poznawczych. Odbywa się to poprzez suplementację probiotyków, prebiotyków lub kombinacji obu – symbiotyków. Mózg również wpływa na skład mikrobiomu i funkcjonowanie jelit poprzez aktywację osi „podwzgórze – przysadka – nadnercza” i produkcję kortyzolu, pobudzającego reakcje zapalne w jelitach. Modulując działanie i skład mikrobiomu, np. w przypadku udaru mózgu, powodującego wzrost produkcji kortyzolu, który z kolei pogarsza stan pacjenta poprzez właściwą suplementację, można przyspieszyć proces zdrowienia po incydencie naczyniowym.

Terapiom eksperymentalnym w neurologii (doniesienia naukowe 2021) poświęciła swoje wystąpienie dr hab. n. med. Anna Sarnowska, prof. IMDiK PAN. Największym zainteresowaniem

w obszarze neurologii cieszą się obecnie terapie przeciwzapalne. W przypadku stwardnienia zanikowego bocznego większość leków oddziałuje na układ immunologiczny. Substancja o nazwie masitinib pozwala na przedłużenie życia pacjentów o 25 miesięcy pod warunkiem, że zostanie zastosowana we wczesnej fazie schorzenia. Szybka diagnoza, będąca gwarantem skuteczności terapii, jest obecnie możliwa dzięki badaniom z zastosowaniem biomarkerów. Największa nadzieja jest pokładana w badaniu poziomu lekkich łańcuchów neurofilamentów z krwi obwodowej, a ich ocena również pozwala na monitorowanie zaawansowania choroby i pomaga w różnicowaniu innych chorób wynikających z uszkodzenia nerwów. Pozwala to nie tylko na szybsze rozpoznanie, lecz także lepszy dobór leków. W stwardnieniu rozsianym stosowanie najnowocześniejszych leków przeciwzapalnych (evrutinib) skutkuje mniejszą liczbą zmian rzutowych obserwowanych w badaniu rezonansu magnetycznego. Przeciwciała przeciwapłytkowe (aducanumab i donemab) sprzyjają zmniejszeniu liczby złogów beta amyloidu w mózgu, ale tylko w grupie osób z bardzo wczesnymi etapami choroby Alzheimera, potencjalnie spowalniając postęp otępienia. Również terapie komórkowe poprzez łagodzenie stanu zapalnego są skuteczne w wielu chorobach neurologicznych. Innym nurtem badań jest zastosowanie najnowocześniejszych osiągnięć robotyki i technik komputerowych poprzez stymulowanie wszczepionymi do mózgu elektrodami niesprawnymi kończyn pacjentów.

Choroby neuronaczyniowe – postęp terapeutyczny to temat poruszony podczas panelu przez prof. dr. hab. n. med. Bartosza Karaszewskiego. Udary mózgowie stanowią powszechny, poważny problem medyczny, a ze względu na często nieodwracalną niesprawność – również społeczny. Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego odbywa się w rozbudowanym systemie obejmującym ratownictwo medyczne, leczenie szpitalne z uwzględnieniem metod wczesnej interwencji farmakologicznej i mechanicznej (wewnątrznaczyniowej) oraz w dużej części specyficzne dla wczesnej fazy tej choroby postępowanie intensywistyczne i usprawniające, co łącznie skutkuje znacznym zwiększeniem szans na korzystne rokowanie. Jednym z zasadniczych kierunków rozwoju terapii udarów niedokrwienych mózgu jest

personalizacja kwalifikacji do terapii udrażniających naczyń na podstawie oceny tkankowej, to jest z jednej strony z uwzględnieniem wielkości już dokonanej martwicy, z drugiej – objętości tkanki objętej niedokrwieniem i innymi procesami patologicznymi wtórnymi do niedokrwienia, ale potencjalnie odwracalnymi, a nie tylko czasu od zamknięcia naczyń do interwencji. W algorytmach postępowania, tzw. przedłużonych oknach terapeutycznych, wiodącą rolę odgrywają określone techniki neuroobrazowe. W rozwijaniu protokołów postępowania w udarach mózgu rozważa i bada się także rolę farmakoterapii adjuwantowej dla trombektomii mechanicznej, konstruowanie i zastosowanie nowych farmakotrombolityków, specjalne schematy u pacjentów wcześniej przyjmujących leki przeciwkrzepliwe, w dalszej zaś perspektywie także metody naprawcze, zarówno w rozumieniu strukturalnym, jak i funkcjonalnym, z uwzględnieniem stymulacji mechanizmów neuroplastyczności oraz wykorzystaniem wyników badań na organoidach.

Zważywszy na specyfikę choroby, szczególnie duże znaczenie w rokowaniach w medycynie udarów mózgu ma sprawność systemu ochrony zdrowia – logistyka postępowania we wczesnej fazie, która pomimo znaczących postępów, jakie dokonały się w Polsce w tej sferze w ostatniej dekadzie, wciąż wymaga określonych zmian.

Diagnostyka przedkliniczna i prewencja chorób neurozwyrodnieniowych mózgu była tematem wystąpienia dr n. med. Anny Barczak. Choroby neurodegeneracyjne są grupą wrodzonych lub nabytych schorzeń układu nerwowego, a w ich przebiegu dochodzi do postępującego zaburzenia funkcji ruchowych i/lub poznawczych pacjenta, ograniczających jego samodzielne funkcjonowanie. W większości przypadków choroby neurodegeneracyjne mają

ukryty początek, a faza przedkliniczna („nie ma”) w niektórych przypadkach może trwać nawet kilka dekad. Współczesne techniki diagnostyczne pozwalają na wykrycie niektórych chorób w okresie przedklinicznym. Niestety, większość z metod diagnostyki chorób neurodegeneracyjnych jest bardzo kosztowna, inwazyjna lub trudno dostępna.

Wobec narastających problemów polskiej neurologii oraz coraz większej liczby pacjentów z chorobami mózgu profilaktyka chorób mózgu stanowi jeden z kluczowych elementów efektywnej ochrony zdrowia. W przypadku otępienia (fazy klinicznej chorób neurodegeneracyjnych) czynniki modyfikowalne odpowiadają za 40 proc. ryzyka rozwinięcia się schorzenia. W zależności od etapu życia inne czynniki mają kluczowe znaczenie. W młodym wieku jest to głównie poziom wykształcenia. Utrata słuchu, uszkodzenie mózgu, nadciśnienie tętnicze, nadużywanie alkoholu (powyżej 21 jednostek/tydzień) oraz otyłość są najważniejsze dla prewencji w wieku średnim, a u osób starszych są to: palenie tytoniu, depresja, izolacja społeczna, brak aktywności fizycznej, zatrucie środowiska (np. smog) oraz cukrzyca. Zgodnie z zasadą: „Lepiej zapobiegać, niż leczyć”, działania profilaktyczne, również w postaci edukacji prozdrowotnej, powinny być powszechnie wdrażane od najwcześniejszych lat życia człowieka i kontynuowane przez cały czas jego trwania.

Kończąca panel dyskusja z udziałem wykładawców, prowadzona przez dr Annę Barczak, skupiła się na przyszłości diagnozy i leczenia chorób neurodegeneracyjnych i neuronaczyniowych z uwzględnieniem roli profilaktyki, konieczności prowadzenia dalszych badań naukowych, które mogą być pomocne w poznaniu mechanizmów chorób mózgu i w poszukiwaniu skutecznych metod leczenia tych schorzeń.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 1:02:27



Interdyscyplinarne spojrzenie na proces zapalny w chorobach immunizacyjnych

Moderator: prof. Brygida Kwiatkowska

Uczestnicy: prof. Artur Mamcarz, prof. Grażyna Rydzewska-Wyszkowska,
dr hab. Irena Walecka-Herniczek, prof. CMKP

Rozwój współczesnej medycyny spowodował konieczność utworzenia odrębnych specjalizacji dedykowanych konkretnym narządom i układom, co skutkowało fragmentaryzacją kształcenia i brakiem spojrzenia holistycznego na diagnostykę i leczenie danego pacjenta.

Dużym wyzwaniem współczesnej medycyny są przewlekłe choroby zapalne, często o podłożu autoimmunologicznym, w których pacjent może mieć manifestację choroby ze strony różnych narządów i układów, a toczący się proces zapalny zwiększa ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych i nowotworów.

W panelu poruszono problem ujednoczenia i opracowania wspólnych standardów reumatologiczno-kardiologicznych profilaktyki incydentów sercowo-naczyniowych poprzez właściwe obniżanie stężenia kwasu moczowego, zdrowy wysiłek fizyczny i leczenie zaburzeń lipidowych, zmniejszając w ten sposób ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych i przedwczesnego zgonu u chorych z zapalnymi chorobami reumatycznymi.

Spondyloartropatie to grupa zapalnych chorób reumatycznych o początku choroby w młodym wieku, w których częściej niż w populacji ogólnej obserwuje się współistnienie nieswoistej zapalnej choroby jelit, łuszczycy czy zapalenia błony naczyniowej oka. Choroby te mogą wyprzedzać pojawienie się spondyloartropatii, co najczęściej obserwuje

się w przypadku łuszczycy poprzedzającej łuszczycowe zapalenie stawów lub pojawić się w trakcie już rozwiniętej spondyloartropatii.

Wymaga to współpracy reumatologa z dermatologiem, gastroenterologiem, okulistą i odwrotnie. Leczenie tych chorób opiera się częściowo na tej samej grupie leków, ale zasady kwalifikacji i czasu leczenia w programach lekowych są różne w zależności od choroby. W Polsce dostępność leków refundowanych w programach lekowych w chorobach reumatycznych, łuszczycy i nieswoistych zapalnych chorobach jelit jest mała. Wynika to z niskiej wyceny obsługi tych programów, co zniechęca wielu dyrektorów szpitali do zwiększania kontraktów, a z drugiej strony kryteria kwalifikacyjne pozwalają włączać chorych z bardzo dużą aktywnością choroby. Zarówno w reumatologii, jak i w gastroenterologii postuluje się utworzenie sieci współpracujących ze sobą referencyjnych ośrodków, co będzie skutkowało skróceniem opóźnień diagnostycznych i poprawą skuteczności leczenia.

Jednocześnie w ramach personalizacji medycyny i zwiększenia bezpieczeństwa oraz efektywności leczenia opieka nad pacjentami z tymi chorobami powinna się opierać na opiece interdyscyplinarnej, umocowanej prawnie w systemie, a nie na osobistych kontaktach kierownika oddziału/ kliniki czy lekarza prowadzącego.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 7:18:49



Onkologia i hematologia dziecięca

pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej

Moderator: prof. Jan Styczyński

Uczestnicy: Anna Apel, Jolanta Czernicka-Siwecka,
Ewa Gorzelak, prof. Paweł Łaguna

Nowotwory u dzieci to choroby rzadkie, zachorowalność wynosi ok. 1:7000 dzieci na rok; w ciągu pierwszych 18 lat życia choroba nowotworowa rozwija się u ok. 1:600 dzieci. W Polsce populacja dzieci to ok. 7 mln (18 proc.), a liczba nowych rozpoznanych nowotworów u dzieci w Polsce to ok. 1100–1200/rok (0,8 proc. ogółu nowotworów w Polsce), czyli średnio troje dzieci każdego dnia. Choroba nowotworowa to druga (po wypadkach) przyczyna zgonu w wieku do 18 lat. Obecnie wśród osób 20-letnich 1:750 jest osobą wyleconą z choroby nowotworowej, a dziecko wyleczone z choroby nowotworowej ma przed sobą 60–70 lat życia! Wyleczalność w onkologii dziecięcej obecnie przekroczyła 80 proc.

Przyczyny większości nowotworów dziecięcych pozostają nieznanne i nie można im zapobiec ani ustalić optymalnego algorytmu badań profilaktycznych. Rozwój każdego nowotworu jest złożonym procesem o podłożu genetycznym, molekularnym, immunologicznym oraz wynikającym z wpływu

czynników wrodzonych i nabytych, środowiskowych, w tym infekcyjnych, toksycznych, promieniotwórczych i chemicznych.

Onkologia i hematologia dziecięca jest szczególną dziedziną medycyny odpowiadającą dwu dziedzinom w przypadku pacjentów dorosłych i istotnie się od nich różni. W Polsce onkologią i hematologią dziecięcą zajmuje się 18 ośrodków zlokalizowanych na III poziomie referencyjności, w uczelniach medycznych lub instytutach resortowych. 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 potencjału ośrodków onkologii i hematologii dziecięcej w kontekście możliwości profilaktyki pierwotnej i wtórnej u dzieci z chorobami hematologicznymi i onkologicznymi, w tym możliwości współpracy z organizacjami pożytku publicznego (OPP).

Prof. Jan Styczyński

Od objawu do rozpoznania i wyleczenia w onkologii i hematologii dziecięcej

Kluczową zasadą w onkologii dziecięcej jest wczesne rozpoznanie i skierowanie pacjenta do ośrodka onkologii i hematologii dziecięcej (OHD). Ośrodek OHD zajmuje się diagnozowaniem (wspólnie z pionami diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej i histopatologicznej) i leczeniem tych pacjentów. Ośrodek OHD koordynuje leczenie skojarzone z udziałem chirurgii i radioterapii oraz leczenie wspomagające i leczenie powikłań, w tym krwiolecznictwo i rehabilitację. Ze względu na ogromne zróżnicowanie pacjentów i chorób z zakresu onkologii i hematologii dziecięcej ostateczne diagnozowanie i leczenie musi być prowadzone wyłącznie w specjalistycznych ośrodkach onkologii i hematologii dziecięcej.

Leczenie w onkologii i hematologii dziecięcej opiera się na pracy różnych specjalistów medycznych

oraz psychologów, dietetyków, farmakologów, pedagogów i pracowników socjalnych, z jednoczesnym udziałem rodziców pacjenta (postępowanie interdyscyplinarne). W tym postępowaniu integralnym ogniwem jest praca pionu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Po opuszczeniu środowiska szpitalnego i planowej kontroli ambulatoryjnej, pod względem opieki medycznej pacjent pozostaje głównie pod opieką POZ, który pełni rolę strategiczną w systemie opieki zdrowotnej.

Skuteczne i bezpieczne postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w onkologii opiera się na trzech fazach: wczesne rozpoznanie, precyzyjna diagnostyka oraz leczenie choroby. Każde podejrzenie choroby nowotworowej u dziecka powinno skutkować skierowaniem pacjenta do ośrodka

onkologii dziecięcej. Im szybciej rozwijają się objawy, tym szybciej dziecko powinno trafić do szpitala. W przypadku wolno rozwijających się objawów, trwających co najmniej kilka tygodni, pacjent może być skierowany na konsultację do poradni hematologii lub onkologii dziecięcej.

Wczesne rozpoznanie (kliniczne lub laboratoryjne, lub obrazowe) ma na celu jak najwcześniejsze skierowanie pacjenta z podejrzanymi objawami do ośrodka onkologii dziecięcej. Kluczowe jest stwierdzenie obecności objawów chorobowych (standardowych lub alarmujących), wykrycie nieprawidłowości w podstawowych badaniach laboratoryjnych bądź obrazowych. Ta faza jest szczególnie zależna od lekarzy POZ.

Na wczesne rozpoznanie mogą mieć wpływ również przedstawiciele innych grup zawodowych, którzy mają bezpośredni kontakt z dzieckiem: personel w szkole, przedszkolu czy żłobku. Chodzi o jak najwcześniejsze rozpoznanie

objawów i skierowanie dziecka do ośrodka onkologii dziecięcej.

Objawy chorób nowotworowych u dzieci to najczęściej: utrata masy ciała, bóle głowy i wymioty (poranne), narastający obrzęk i ból kończyn, guz, krwiaki lub wysypka krwotoczna, ciągłe, często nawracające infekcje, biały kolor źrenic, nudności, zmęczenie lub bladość, nagłe zaburzenia wzroku, nawrotowe i utrzymujące się gorączki.

Objawy chorób nowotworowych u dzieci można połączyć akronimem „ONKOLOGIA”

- **O**brzęk/guz
- **N**udności/wymioty/zaparcia
- **K**rwawienia i zmiany krwotoczne
- **O**słabienie
- **L**eukokoria
- **O**bníženie masy ciała
- **G**orączka
- **I**nfekcje
- **A**larmujący ból

Prof. Paweł Łaguna

Profilaktyka w hemofilii wczoraj i dziś

Hemofilia jest chorobą należąca do wrodzonych osoczowych szkodliwych. W zależności od rodzaju brakującego czynnika krzepnięcia wyróżniamy hemofilię A, charakteryzującą się zmniejszeniem/brakiem aktywności czynnika VIII, oraz hemofilię B, będącą wynikiem niedoboru/braku aktywności osoczowego czynnika IX. Objawy kliniczne tej choroby uzależnione są od stężenia niedoborowego czynnika krzepnięcia krwi. W postaci ciężkiej, czyli poniżej 1 proc. czynnika VIII lub IX, występują krwawienia samoistne lub po urazie, zarówno do stawów i mięśni, jak i zagrażające życiu krwawienia po zabiegach operacyjnych. Podstawowym sposobem leczenia dzieci chorych na hemofilię jest stała profilaktyka, czyli podawanie im koncentratu brakującego czynnika krzepnięcia. Została ona wprowadzona w Polsce w 2008 r. w ramach programu „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B”. Do tego czasu dzieci były leczone „na żądanie”, czyli otrzymywały preparaty brakującego czynnika krzepnięcia tylko w czasie wylewu lub krwawienia. Niestety leczenie to przy nawracających krwawieniach, np. do stawu, powodowało niszczenie stawu, a w konsekwencji kalectwo. Wprowadzenie stałej profilaktyki dla dzieci pozwoliło na znaczącą poprawę komfortu życia pacjentów z hemofilią. Postęp dokonywał się nie tylko w metodach leczenia,

lecz także w samych preparatach. Kolejno pojawiały się czynniki liofilizowane, rekombinowane i ich nowe generacje, różniące się między sobą zawartością składników osoczopochodnych, a także czasem półtrwania i bezpieczeństwem wirusologicznym. W dobie czynników rekombinowanych tzw. III generacji potencjalne przeniesienie czynników zakaźnych na populację chorych na hemofilię jest niemożliwe. Ważnym krokiem w postępowaniu z chorymi na hemofilię było powstanie ośrodków pediatrycznych leczenia wrodzonych szkodliwych. Ośrodki te prowadzą kompleksową opiekę nad chorymi na hemofilię, na którą składa się nie tylko leczenie domowe, lecz także opieka pielęgniarska, psychologiczna, rehabilitacja i dostęp do wszystkich niezbędnych pacjentowi specjalistów. Podawanie czynnika krzepnięcia odbywa się w domu. Koncentrat podawany jest dożylnie początkowo przez opiekuna, a w późniejszym okresie życia, najczęściej powyżej 12. roku życia, przez samego chorego. W 2020 r. Światowa Federacja Hemofilii (WFH) zmieniła definicję profilaktyki u chorych na hemofilię, rozszerzając ją o zapis – aby prowadząc aktywne życie, pacjenci ci mogli osiągnąć jakość życia porównywalną z jakością życia ludzi zdrowych. Żeby to osiągnąć, w oparciu o aktualną farmakokinetykę preparatów brakującego czynnika

krzepnięcia u danego pacjenta, wprowadzono indywidualne jego dawkowanie dostosowane do aktywności fizycznej chorego, a tym samym do jego aktualnego zapotrzebowania hemostatycznego. Ta metoda

leczenia chorych na hemofilię, zwana personalizacją terapii, wydatnie przyczynia się do zmniejszenia częstości krwawień i znacznie poprawia komfort życia pacjentów.

Ewa Gorzelak

Wspieranie dzieci w trakcie leczenia onkologicznego

Fundacja Nasze Dzieci przy Klinice Onkologii w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” jest organizacją OPP działającą od 2006 r. Opiekuje się wszystkimi pacjentami kliniki w trakcie leczenia i po jego zakończeniu. W Klinice Onkologii codziennie przebywa ok. 50–60 pacjentów. Leczenie onkologiczne dzieci trwa od pół roku do dwóch lat. Wiadomość o chorobie nowotworowej dziecka jest dla rodziców wstrząsem. Pojawia się wówczas myśl, że wyrok już zapadł. Staramy się uświadamiać, że aż 80 proc. przypadków jest wyleczalnych! Wychodzimy z założenia, że gdy dziecko zachoruje na chorobę przewlekłą – a za taką można uznać chorobę nowotworową – razem z nim choruje cała rodzina. Choroba dziecka wywraca życie do góry nogami, a szpital na czas leczenia staje się drugim domem. Dlatego też fundacja w swojej działalności otacza wieloprofilową opieką nie tylko dzieci, lecz całe rodziny.

Rolą fundacji w procesie zdrowienia dzieci jest z jednej strony zbudowanie pozytywnych skojarzeń z pobytem w szpitalu, wypełnienie wolnego czasu zajęciami, dostarczanie radości i rozrywki, z drugiej zaś – wspieranie rodziny w trudnym okresie leczenia poprzez niesienie pomocy psychologicznej, socjalnej, finansowej i rzeczowej. Refundujemy koszty związane z leczeniem (rodzice mają możliwość założenia dzieciom subkonta) oraz udzielamy pomocy doraźnej najbardziej potrzebującym rodzinom. Dzięki naszym darczyńcom mamy możliwość wyposażenia Kliniki Onkologii m.in. w sprzęt diagnostyczny, rehabilitacyjny, medyczny czy socjalny. Finansujemy również nierefundowane leki oraz niestandardową chemioterapię. Ma to wymierny wpływ i na leczenie dzieci, i zdejmuje z rodziców część zmartwień związanych z sytuacją finansową rodziny. Im rodzic ma mniej stresu, tym pełniej może towarzyszyć w chorobie swojemu dziecku, a to rodzic jest największym wsparciem. Staramy się również towarzyszyć rodzicom i rodzeństwu dzieci, które przegrały walkę z chorobą – z innymi organizacjami współorganizujemy grupę wsparcia dla rodzin w żałobie.

Wychodzimy z założenia, że należy zrobić wszystko, co w naszej mocy, aby ocalić beztraskie dzieciństwo fundacyjnych podopiecznych – dzieci są dziećmi i takimi mimo choroby chcą pozostać. Potrzebują radości, zabawy, odrobiny szaleństwa. W myśl zasady, że z dobrym samopoczuciem i nastawieniem psychicznym łatwiej przejść obciążające leczenie, prowadzimy szereg działań w bezpośrednim kontakcie z dziećmi. W czasie organizowanych przez fundację zajęć dla dzieci rodzice mają czas na odpoczynek i odprężenie, co również wpływa pozytywnie na samopoczucie dziecka.

Korzystając ze wsparcia naszych wolontariuszy, regularnie – raz, dwa razy w tygodniu – prowadzimy warsztaty artystyczne angażujące wszystkie dzieci w tworzenie prac plastycznych (zbiorowo na świetlicy bądź indywidualnie w salach z dziećmi, które mają danego dnia gorsze samopoczucie). Organizujemy urodzinową niespodziankę dzieciom, które w dniu swoich urodzin przebywają na oddziale. Jest tort, prezent, dużo uśmiechu i wspaniała zabawa. Jako pierwsza organizacja w Polsce wprowadziliśmy do dziecięcej kliniki onkologicznej dogoterapię (współpracujemy ze Stowarzyszeniem Zwierzęta Ludziom). Jak pokazują badania, dogoterapia zmniejsza traumę hospitalizacji u dzieci oraz pozwala łagodniej przejść przez pobyt w szpitalu. Ponadto organizujemy imprezy okolicznościowe oraz zapraszamy na oddział ciekawych gości. Naszym dużym corocznym projektem jest Wakacyjna Kropla Szczęścia – dwutygodniowe kolonie dla dzieci będących po leczeniu lub w ostatniej jego fazie. Uczestnicy przebywają pod opieką przeszkolonych wolontariuszy oraz personelu medycznego (lekarz i pielęgniarka z oddziału). Samodzielny wyjazd bez rodziców wzmacnia poczucie wartości, pomaga uwierzyć we własne siły, uczy samodzielności. Dzieci choć na chwilę wracają do normalnego życia i zapominają o swojej chorobie. Ponownie z beztraskim uśmiechem patrzą na świat.

Anna Apel

Wspieranie ozdowieńców i działania prozdrowotne po zakończeniu leczenia onkologicznego

Postęp w medycynie, innowacyjne terapie zwiększają szansę na wyleczenie z choroby nowotworowej. Zakończenie leczenia nie jest jednak równoznaczne z odzyskaniem pełni zdrowia. 60–70 proc. ozdowieńców doświadcza problemów będących bezpośrednim następstwem przebytej choroby, wliczając w to rozwój kolejnego nowotworu. Ryzyko jego wystąpienia u ozdowieńców powyżej 35. roku życia wzrasta pięciokrotnie. Połowa z nich, przekroczywszy 50 lat, będzie zmagać się z tzw. późnymi efektami (z ang. *late effects*) leczenia choroby nowotworowej, w tym m.in. uszkodzeniami dwóch, a nawet trzech narządów.

Problemom zdrowotnym towarzyszą trudności natury psychologicznej i społecznej. Ozdowieńcy narażeni są na wyższe ryzyko wystąpienia depresji i stanów lękowych, mają też większą skłonność do ataków paniki. Trudno im się usamodzielnąć. Ich stan psychofizyczny utrudnia reintegrację społeczną. Zmieniony wygląd, np. blizny pooperacyjne, amputowane kończyny, skutkuje obniżonym poczuciem własnej wartości i sprawczości, a nawet poczuciem społecznego odrzucenia. Formalne braki w edukacji i regres rozwojowy w następstwie długotrwałych hospitalizacji utrudniają im start w życiu, a w konsekwencji przekładają się na trudności ze znalezieniem pracy. Ozdowieńcy mają też problemy z założeniem rodziny i posiadaniem dzieci. Dlatego wtórna profilaktyka zdrowotna powinna być podjęta jeszcze w czasie leczenia przeciwnowotworowego poprzez zastosowanie, jeśli to możliwe, mniej obciążających terapii, działań rehabilitacyjnych oraz prowadzenie badań genetycznych. Wspieraniem psychospołecznym należałoby zaś objąć całą rodzinę dziecka w chorobie nowotworowej. Brakuje jednak systemowego, ujednoliconego podejścia do problemów ozdowieńców. Nie istnieje ogólnopolska, dostępna dla lekarzy

różnych specjalizacji baza danych, która umożliwiałaby m.in. wgląd do informacji na temat zastosowanych w leczeniu protokołów medycznych i wyników badań profilaktycznych.

Ozdowieńcy zmagają się też z utrudnionym dostępem do lekarzy specjalistów, którzy posiadaliby niezbędną wiedzę i sprzęt medyczny do kontynuacji badań profilaktycznych. Nie bez znaczenia jest też niska świadomość wśród samych ozdowieńców oraz ich rodzin w zakresie długofalowych następstw leczenia nowotworów wieku dziecięcego oraz ich wpływu na późniejszą jakość życia w aspekcie zdrowotnym i psychospołecznym.

Rozwiązaniem jest wypracowanie standardu długofalowej opieki i powstanie tzw. *long term follow up clinic*, która zajmowałaby się diagnostyką, profilaktyką zdrowia ozdowieńców i leczeniem długofalowych następstw choroby nowotworowej wieku dziecięcego. Poradnia ta mogłaby również odpowiadać za realizację badań w tym obszarze oraz za wyznaczanie standardów opieki nad ozdowieńcami. Potrzebne jest również wypracowanie standardów pedagogicznych pracy z dziećmi chorymi przewlekle oraz psychospołecznej pracy z całym systemem rodziny. Dlatego też jednym z filarów ogólnopolskiej strategii Fundacji Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową jest wspieranie ozdowieńców poprzez współpracę międzysektorową na rzecz wypracowania najlepszych standardów wsparcia psychospołecznego, profilaktyki zdrowotnej, leczenia późnych powikłań oraz prowadzenia badań w tym obszarze. Realizacja tej koncepcji wymaga jednak zaangażowania podmiotów sfery publicznej, społecznej i prywatnej. Ich współpraca może jednak przełożyć się w przyszłości na zapewnienia optymalnej jakości życia ozdowieńców w Polsce.

Jolanta Czernicka-Siwecka

Organizacje pacjenckie, ich rola w samorzecznictwie i budowaniu partnerstwa

Wiele organizacji pacjenckich, podobnie jak Fundacja ISKIERKA, powstało w efekcie osobistych doświadczeń choroby. Perspektywy są bardzo ważne i dają szansę na współdziałanie na rzecz poprawy jakości leczenia, opieki i różnych form wspierania w długotrwałym procesie leczenia onkologicznego dzieci.

Samorzecznictwo jest prawem do mówienia we własnym imieniu o swoich potrzebach i problemach, wynikających z osobistego doświadczenia. Jest organizowaniem samopomocy w zdobywaniu wiedzy, narzędzi i poczucia sprawstwa. To niezwykle ważny aspekt, który pozwala w konstruktywny sposób

reagować i działać na rzecz diagnozowania i definiowania potrzeb oraz problemów w obszarze opieki zdrowotnej z perspektywy pacjenckiej w celu szukania rozwiązań systemowych. Rolą samorzecznictwa jest przeciwdziałanie biernym postawom, które mają destruktywny wpływ na jakość życia osób chorych i ich opiekunów. To budowanie zaufania i partnerstwa pomiędzy grupami społecznymi oraz wpływu na podejmowanie decyzji w procesie medycznym. To również współodpowiedzialność za zdrowie publiczne i tworzenie dobrych rozwiązań systemowych w celu zwiększenia dostępności do diagnostyki, badań, metod leczenia. Pozwala na lepszą komunikację personelu medycznego z pacjentami i rodzinami pacjentów, wymianę dobrych praktyk organizacji pacjenckich oraz edukację społeczną przybliżającą specyfikę danej choroby – tego, z czym zmagają się pacjenci i z jakich form pomocy można i warto korzystać. Fundacja ISKIERKA od 2006 r. realizuje projekty w tym obszarze. Poniżej prezentujemy kilka przykładów samorzecznictwa oraz budowania partnerstwa.

- **Portal www.onkorodzice.pl**, czyli baza wiedzy o nowotworach u dzieci i webinary tworzone przez onkorodziców wspólnie z lekarzami i specjalistami. Powstał w odpowiedzi na szum informacyjny, w którym gubili się rodzice i „dr Google”. Portal działa od lutego 2021 r. pod patronatem merytorycznym Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej. Przedstawia rzetelne informacje w przystępnej dla rodziców formie na tematy związane z nowotworami u dzieci: o chorobie, leczeniu, diecie i różnych formach wsparcia. Comiesięczne, bezpłatne webinary to również wyjątkowa okazja dla onkorodziców do zadania pytań najlepszym specjalistom z dziedziny onkologii dziecięcej. Portal stał się także miejscem do współpracy i wymiany dobrych praktyk dla organizacji działających w obszarze onkologii dziecięcej.
- **Onkoporadnik** to cykl filmów i podcastów dostępnych w internecie, poruszających psychologiczne i społeczne aspekty choroby nowotworowej dzieci. Jest odpowiedzią na potrzebę niewystarczającego dostępu do pomocy psychologicznej dla dzieci i ich opiekunów w trakcie i po leczeniu. To eksperckie treści podane w przystępnej formie umożliwiające podjęcie działań samopomocowych. Scenariusze odcinków powstawały przy zaangażowaniu psychologa fundacji oraz na podstawie rozmów

i ankiet przeprowadzonych wśród onkorodziców. Przedstawiają w nich swoje doświadczenia i potrzeby, aby udzielić wsparcia innym rodzinom i przyjmować właśnie rolę samorzeczników. Powstały w sumie 22 odcinki dostępne na kanale YouTube fundacji oraz podcasty na najpopularniejszych platformach streamingowych.

- **Poradniki „JedzONKO”** i warsztaty kulinarne przygotowane przez onkorodzica dietetyka i kierowane do dzieci chorych onkologicznie oraz ich opiekunów. Ten projekt edukacyjny narodził się w 2016 r. w wyniku rozmów z rodzicami dzieci przebywających na oddziałach onkologii, zgłaszających problem z obszaru diety i zdrowego żywienia. Jak w szpitalnej przestrzeni przyrządzać zdrowe posiłki wzmacniające dziecko? Jakich produktów można użyć, a czym zastąpić te, które są niewskazane czy wręcz zakazane? Jak dieta może wpływać na wyniki leczenia? Czy w końcu - jak zachęcić chore dziecko do zdrowego odżywiania? Idąc za tą potrzebą, Fundacja ISKIERKA zorganizowała i nadal organizuje warsztaty kulinarne na oddziałach onkologii dziecięcej. Zainicjowała i prowadzi je Katarzyna Stankow – nie tylko dietetyczka i pasjonatka zdrowej kuchni, lecz przede wszystkim mama, która przeszła chorobę nowotworową córki. Szybko ujawniła się potrzeba wydania z jej udziałem poradników kulinarnych, zawierających proste przepisy i praktyczne porady z zakresu diety dzieci onkologicznych. Powstała seria wydawnicza „JedzONKO”. We współpracy z Fundacją DKMS ukazał się również poradnik z przepisami dedykowany dzieciom przed przeszczepieniem i po. Wydawnictwa są udostępniane bezpłatnie rodzicom dzieci onkologicznych.
- **Książka „O, choroba!”** to unikatowe wydawnictwo dla dzieci Agory i Fundacji ISKIERKA pokazujące w formie komiksowej, na czym polega choroba nowotworowa z perspektywy dziecka i pomagające oswoić emocje. To historia 12-letniej Adeli, która powstała na podstawie prawdziwych opowieści dzieci zmagających się z nowotworem oraz tych, którym udało się już wrócić do zdrowia. Opisał ją Boguś Janiszewski, zilustrował Max Skorwider, a ogólnopolska dystrybucja jest możliwa dzięki partnerowi – sieci Empik. Była konsultowana merytorycznie ze specjalistami z zakresu psychologii, onkologii i hematologii dziecięcej, a przede wszystkim „przetestowana

na dzieciach". Wydanie książki przyczyniło się do wielu publikacji w mediach i stało się pretekstem do rozmów na temat choroby, tego, jak towarzyszyć i wspierać, szczególnie dzieci i nastolatków. To też książka cegiełka, z której dochód jest przeznaczony na wsparcie psychologiczne dla podopiecznych fundacji. „O, choroba!” otrzymała m.in.: nagrodę główną w kategorii książka dla dzieci 8–17 lat w XX edycji konkursu „Świat przyjazny dziecku” Komitetu Ochrony Praw Dziecka w 2022 r., wyróżnienie w konkursie Polskiej Sekcji IBBY – „Książka Roku” 2021 i nagrodę edytorską „Dobre Strony” 2021.

Samorządztwo, budowanie relacji i partnerstwa to ogromny zasób możliwości dających realny wpływ i szanse, aby tak traumatyczne doświadczenie, jakim jest choroba nowotworowa dziecka, przekuć w konstruktywne działania – dla rodziców, lekarzy, personelu medycznego i całego otoczenia małego pacjenta. W tym miejscu dziękuję całemu zespołowi Fundacji ISKIERKA za ogromne

zaangażowanie każdego dnia, za bycie blisko naszych podopiecznych i rodzin, słuchanie i reagowanie na realne problemy i potrzeby. Zapraszam do zapoznania się z pozostałymi naszymi działaniami, dzielenia się doświadczeniami oraz do współpracy.

Podsumowanie

Skuteczne i bezpieczne postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w onkologii opiera się na trzech fazach: wczesne rozpoznanie, precyzyjna diagnostyka i leczenie choroby. Każde podejrzenie choroby nowotworowej u dziecka powinno skutkować skierowaniem do ośrodka onkologii dziecięcej. Optymalne leczenie w onkologii dziecięcej to zastosowanie w terapii skojarzonej wszystkich możliwych metod według zasad medycyny opartej na dowodach (EBM). W większości przypadków leczenie onkologiczne jest prowadzone według międzynarodowych protokołów diagnostyczno-terapeutycznych. Ogromną rolę wspierania pacjentów podczas leczenia onkologicznego odgrywają pozarządowe organizacje pożytku publicznego.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 4:24:15



Kardiologia prenatalna – organizacja opieki nad ciążarną z wadą serca u płodu

pod patronatem Akademii Mazowieckiej w Płocku,
Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Moderator: prof. Maciej Słodki

Uczestnicy: prof. Krzysztof Czajkowski, prof. Katarzyna Januszewska,
dr hab. Iwona Maroszyńska, prof. Maria Respondek-Liberska

Kardiologia prenatalna jako nowa dziedzina medycyny rozwija się sukcesywnie od wielu lat, jednak w dalszym ciągu, mimo obecnych już kilku tysięcy prac naukowych z jej zakresu i pojawiających się kilkuset rocznie nowych, nie jest uwzględniona jako odrębna specjalność medyczna.

Kardiologia prenatalna nie służy tylko wykryciu wrodzonej wady serca, lecz przede wszystkim jej prawidłowej diagnostyce i przygotowaniu płodu do porodu. Ponadto dzięki badaniu echokardiograficznemu możemy monitorować dobrostan płodu nie

tylko z wadą serca, lecz także z innymi patologiami zarówno jego samego, jak i kobiety ciężarnej. Odpowiednia konsultacja ciężarnej z wadą serca u płodu wymaga wiedzy z zakresu położnictwa, perinatologii, neonatologii, kardiologii, kardiochirurgii i genetyki medycznej. Znajomość zagadnień z tych specjalności łączy w sobie dopiero większość elementów kardiologii prenatalnej. Dlatego żadna obecnie specjalizacja medyczna nie pokrywa zakresu szkolenia z tej specjalności medycznej, w czym zgodni są lekarze zarówno z Polski,

Europy, jak i obu Ameryk (Stodki M, Copel JA, Rizzo G, Araujo Junior E, Axt-Flidner R, Abuhamad A et al., *Endorsed by The International Prenatal Cardiology Collaboration Group. Fetal Cardiology: Is It Time to Establish a Separate Independent Medicine Subspecialty? Pediatr Cardiol*, 2022; 43(7): 1676–77).

Dzięki diagnostyce prenatalnej można uniknąć m.in. elementu zaskoczenia, pretensji ze strony rodziców, sytuacji konfliktowej z personelem szpitalnym, i wcześniej skoncentrować się na problemach medycznych, odpowiednio wdrażać rodziców do opieki nad chorym dzieckiem i maksymalnie wykorzystywać możliwości, jakie niesie współczesna medycyna. Dla neonatologa ważne są informacje nie tylko o budowie serca płodu, rodzaju wady u pacjenta, który może mieć wdrażane właściwe postępowanie na sali porodowej, lecz także informacje dotyczące całego przebiegu okresu prenatalnego, np. związanego ze zwolnionym rozwojem płodu, ponieważ to może implikować odmienny sposób wdrażania żywienia dla danego noworodka.

Tradycyjna dotychczasowa opieka położnika nad płodem polega m.in. na zbieraniu informacji z badania USG, Dopplera, KTG, badań genetycznych. Jednak dopiero analiza budowy serca i wydolności układu krążenia pozwala na poznanie stanu pacjenta-płodu w danym jego wieku płodowym, a poprzez monitorowanie stanu chorego płodu możliwa jest ocena rokowań, sposób przygotowania chorego noworodka do porodu, wybór miejsca i czasu porodu, tak aby uniknąć zbędnego cięcia cesarskiego, aby uniknąć: wcześniactwa, transportu karetką, opóźnienia wdrożenia leczenia i kosztów długotrwałej rehabilitacji. Jest to najlepsza, najdokładniejsza metoda oceny dobrostanu płodu.

Najwyższa pora, aby ta wiedza – zgromadzona już w licznych polskich wydawnictwach – mogła zostać wprowadzona do nauczania studentów medycyny oraz programów specjalizacji przyszłych lekarzy (położników, genetyków, pediatrów, kardiologów dziecięcych i kardiochirurgów), a sama kardiologia prenatalna doczekała się zaistnienia jako nowa dziedzina medycyny.

Obecnie wszystkie wady serca, zwykle izolowane, mogą być anatomicznie lub fizjologicznie skorygowane przez kardiochirurga. Od diagnosty-

ki prenatalnej zależy plan działania dla noworodka, a m.in. miejscem porodu powinien być szpital położniczy połączony z kliniką kardiologiczną i kardiochirurgiczną, co pozwala uniknąć transportu noworodka w stanie zagrożenia życia. Plan operacyjny w klinice kardiochirurgicznej musi uwzględniać nieurodzonych pacjentów. Problem ten jest poruszany regularnie podczas konferencji wielospecjalistycznych, na których kardiologzy prenatalni przedstawiają indywidualne przypadki. Dzięki wdrożeniu wymienionych rozwiązań skraca się okres pomiędzy datą urodzenia a datą operacji. W grupie pacjentów po diagnostyce prenatalnej częściej występuje lepszy stan ogólny, rzadziej zachodzi konieczność wentylacji mechanicznej, rzadziej występuje niewydolność nerek, wątroby, kwasica metaboliczna, mniej jest zgonów przedoperacyjnych. Diagnostyka prenatalna wychwytuje dzieci z ciężkimi wadami serca, często krytycznymi, i daje lepsze odległe wyniki neurologiczne, chociaż nie wpływa bezpośrednio na wyniki leczenia operacyjnego.

1. Prenatalna diagnostyka kardiologiczna jest dzisiaj niezbędna dla neonatologów, aby w sposób prawidłowy, bez opóźnienia mogli wdrożyć odpowiednie postępowanie. Brak takiej diagnostyki może prowadzić do zgonów noworodków, których można było uniknąć.
2. Problemy kardiologiczne u płodów powinny być szerzej prezentowane w czasie szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego dla lekarzy. Obowiązkowy Rejestr Problemów Kardiologicznych Płodów mógłby się stać podstawą badań epidemiologicznych jako prewencji pierwotnej wad serca i wykluczenia wpływu zanieczyszczenia środowiska.
3. Zatrudnienie w klinikach położniczych lekarzy z podspecjalizacją z kardiologii prenatalnej poskutkowałoby obniżeniem liczby cięć cesarskich oraz kosztów leczenia noworodków z wrodzoną wadą serca.
4. W aktualnej ofercie NFZ zawierającej badanie echokardiograficzne płodu (dedykowane wykrywaniu wad serca) powinno dodatkowo znaleźć się badanie i konsultacja płodu z wadą serca wykonywana przez lekarza z umiejętnością/podspecjalizacją z kardiologii prenatalnej.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 4:12:27



Choroby nerek w wieku podeszłym w Polsce

Moderator: prof. Magdalena Durlik

Uczestnicy: prof. Ryszard Gellert, prof. Andrzej Więcek, prof. Tomasz Zdrojewski

Prof. Tomasz Zdrojewski i współt.

Zdecydowany sukces w kontroli nadciśnienia tętniczego u osób starszych i najstarszych w ostatniej dekadzie w Polsce – wyniki badania PolSenior2

Cel. Ocena zmian w rozpowszechnieniu, wykrywaniu i skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego (NT) w ostatniej dekadzie w Polsce u osób w wieku 65 lat i więcej.

Metody. Porównano wyniki uzyskane w dwóch narodowych przekrojowych badaniach: PolSenior, wykonanym w latach 2008–2009, i PolSenior2, wykonanego w latach 2018–2019 i zakończonego przed pandemią COVID-19. W obu identycznie realizowanych projektach zbadano reprezentatywne próby starszych mieszkańców Polski: 4950 osób w wieku 65–104 lata w badaniu PolSenior i 5057 osób w wieku 65–106 lat w badaniu PolSenior2. Ciśnienie tętnicze krwi mierzyły pielęgniarki podczas dwóch oddzielnych wizyt w domu badanych osób. Podczas każdej wizyty ciśnienie mierzono trzykrotnie, stosując trzy rodzaje mankietów w zależności od obwodu ramienia. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami ESC/ESH podczas każdej wizyty wartość ciśnienia skurczowego (*systolic blood pressure* – SBP) i rozkurczowego (*diastolic blood pressure* – DBP) obliczano jako średnią z pierwszego i drugiego pomiaru SBP i DBP. NT rozpoznawano, gdy w trakcie każdej z dwóch wizyt średnie SBP wynosiło co najmniej 140 mmHg i/lub średnie DBP wynosiło co najmniej 90 mmHg lub jeśli badany przyjmował leki hipotensyjne z powodu rozpoznanego uprzednio NT. Zmierzono także parametry antropometryczne, pytano o świadomość NT oraz wszystkie stosowane leki.

Wyniki. W dekadzie od badania PolSenior 2008–2009 do badania PolSenior2 2018–2019 stwierdzono w populacji osób w wieku 65+ znaczną redukcję SBP wynoszącą 7,4 mmHg u kobiet (z 146,5 mmHg do 139,1 mmHg) i 6,9 mmHg u mężczyzn (z 146,9 mmHg do 140,0 mmHg) oraz DBP równą 7,7 mmHg

u kobiet (z 85,7 mmHg do 78,0 mmHg) i 4,0 mmHg u mężczyzn (z 83,2 mmHg do 79,2 mmHg). We wszystkich 5-letnich kategoriach wieku od 65 do ponad 90 lat znacznej redukcji, co najmniej o 4,7 do 7,1 mmHg, uległo SBP i DBP. Rozpowszechnienie NT u osób w wieku 65 i więcej lat w analizowanym okresie nie zmieniło się i wynosi ok. 78 proc. Odsetek osób świadomych NT wzrósł w ostatniej dekadzie u kobiet z 79,6 proc. do 84,6 proc., oraz u mężczyzn z 70,2 proc. do 78,1 proc. – w obu badaniach był wyższy u kobiet niż u mężczyzn. Wśród wszystkich chorych z NT odsetek pacjentów z dobrą kontrolą ciśnienia krwi (<140/90 mmHg) wzrósł u kobiet z 25,1 proc. do 35,3 proc., zaś u mężczyzn z 19,9 proc. do 32,2 proc. Tylko co ósma starsza osoba w Polsce ma wartości ciśnienia krwi w granicach ciśnienia optymalnego lub prawidłowego.

Wnioski. W ostatniej dekadzie osiągnięto duży postęp w kontroli NT u seniorów w Polsce. Odsetek chorych z dobrze kontrolowanym NT wzrósł w kraju przez 10 lat o prawie 40 proc. Znaczna redukcja SBP i DBP w całej populacji 65+ oraz tak duży wzrost odsetka osób z NT, w tym po 80. i 90. roku życia, skutecznie leczonych stanowi bardzo korzystną zmianę. Niemniej w dalszym ciągu istnieje duża rezerwa dla poprawy sytuacji, ponieważ tylko co trzeci chory ma w naszym kraju dobrą kontrolę nadciśnienia, a główne wskaźniki dotyczące rozpowszechnienia i kontroli NT w porównaniu do liderów na świecie można uznać co najwyżej za dostateczne.

Współautorzy: prof. Andrzej Więcek, dr Łukasz Wierucki, Kacper Jagiełto, Przemysław Ślusarczyk, dr hab. Małgorzata Mossakowska, prof. Jerzy Chudek, dr n. med. Barbara Wizner, dr hab. Piotr Bandosz, prof. Tomasz Grodzicki

Prof. Andrzej Więcek

Epidemiologia i czynniki ryzyka chorób nerek w wieku podeszłym. Wyniki badania PolSenior i PolSenior2

W związku z systematycznym starzeniem się populacji krajów rozwiniętych na świecie wskazane jest dokonywanie okresowych analiz stanu zdrowia populacji w wieku podeszłym. W Polsce w ostatnich kilkunastu latach przeprowadzono dwa duże badania w tym zakresie: PolSenior (w latach 2008–2009) oraz PolSenior2 (w latach 2018–2019). W każdym z tych badań populacyjnych ocenie stanu zdrowia poddano odpowiednio około 5000 oraz 6000 osób w wieku powyżej 60. roku życia. W analizie obejmującej tylko osoby powyżej 65. roku życia (definicja starości wg WHO) wykazano w badaniu PolSenior, że częstość występowania przewlekłej choroby nerek w tej populacji polskiej wynosi 29,4 proc., znacząco więcej niż średnio w całej populacji (około 10–12 proc.). Na uwagę zasługuje również fakt, że tylko 3,2 proc. tych osób była świadoma występowania u nich przewlekłej choroby nerek. Warto również podkreślić, że częstość występowania przewlekłej choroby nerek rosła znamienne wraz z wiekiem badanej populacji i w poszczególnych okresach wieku 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89 oraz \geq 90 wynosiła odpowiednio: 18,1 proc., 27,0 proc., 34,0 proc., 47,1 proc., 56,5 proc. oraz 67,8 proc. Chorzy z przewlekłą chorobą nerek charakteryzowali się większą współchorobowością obejmującą zwłaszcza większą częstość występowania nadciśnienia tętniczego, cukrzycy oraz chorób układu sercowo-naczyniowego.

Wyniki badania PolSenior pozwoliły na ustalenie następujących wniosków:

- wiek jest niezależnym czynnikiem ryzyka występowania przewlekłej choroby nerek w populacji polskiej;
- świadomość występowania przewlekłej choroby nerek w populacji osób starszych w Polsce jest bardzo mała;
- podobnie u osób młodszych jak również w starszym wieku gorsza czynność nerek może przyczynić się do zwiększenia ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych i skrócenia czasu przeżycia.

Badanie PolSenior2 wykonano 10 lat po przeprowadzeniu badania PolSenior wg takiej samej

metodologii badania, ale w innej populacji osób starszych w Polsce. W badaniu tym wykazano, że w odróżnieniu od okresu 2008–2009 w latach 2018–2019 częstość występowania przewlekłej choroby nerek w populacji osób powyżej 65. roku życia w Polsce istotnie zmniejszyła się – z 29,4 proc. do 21,3 proc. Takie istotne zmniejszenie występowania przewlekłej choroby nerek wykazano we wszystkich badanych przedziałach wieku u kobiet i u mężczyzn. W badaniu PolSenior2 wykazano ponadto, że przewlekła choroba nerek u osób w wieku powyżej 65. roku życia występowała częściej u kobiet niż u mężczyzn (odpowiednio 22,0 proc. oraz 20,1 proc.), częściej u mieszkańców wsi (21,6 proc.) niż w miastach pow. 200 tys. (20,3 proc.) oraz u osób z wykształceniem podstawowym lub niepełnym podstawowym (31,0 proc.) niż u osób z wykształceniem wyższym (13,1 proc.). Wyniki badania PolSenior2 mogą sugerować, że zmniejszenie częstości występowania przewlekłej choroby nerek w ostatnich latach jest wynikiem zwiększenia wiedzy na temat dużej częstości występowania tej choroby u osób w starszym wieku oraz podjętych właściwych działań profilaktycznych (np. lepsza kontrola ciśnienia tętniczego). Analiza uzyskanych wyników w badaniu PolSenior2 będzie miała z pewnością istotne znaczenie dla dalszego planowania polityki zdrowotnej u osób w wieku podeszłym w Polsce, nie tylko w celu zmniejszenia częstości występowania przewlekłej choroby nerek, lecz także w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia groźnych dla życia następstw tej choroby, głównie ze strony układu sercowo-naczyniowego. W pierwszej kolejności należy uwzględnić konieczność skuteczniejszego leczenia chorób uczestniczących w patogenezie przewlekłej choroby nerek, w tym oprócz nadciśnienia tętniczego (co już miało miejsce w ostatniej dekadzie), również cukrzycy (stosowanie nowych leków przeciwcukrzycowych, które wykazują działanie nefro- i kardioprotekcyjne) oraz leczenie kamicy i zakażeń dróg moczowych, których częstość występowania znamienne wzrosła w ostatniej dekadzie. Na podkreślenie zasługuje konieczność zwiększenia działalności profilaktycznej i edukacyjnej przez lekarzy rodzinnych w tym zakresie.

Przeszczepianie nerek u osób w podeszłym wieku

Przeszczepienie nerki jest metodą z wyboru leczenia nerkozastępczego, ponieważ w porównaniu z dializoterapią przedłuża życie, poprawia jego jakość, a w przewlekłej opiece jest tańsze niż dializoterapia. Wyniki przeszczepienia nerki od żywego dawcy są lepsze niż od zmarłego, także wyniki przeszczepienia wyprzedzającego, przed rozpoczęciem dializ, są lepsze niż u osób dializowanych. Optymalnym postępowaniem jest przeszczepienie nerki wyprzedzające od żywego dawcy. W Polsce jednak jest to bardzo rzadkie postępowanie, ponieważ odsetek transplantacji od żywego dawcy wynosi 5 proc. wszystkich zabiegów. Również często zbyt późne zgłoszenie pacjenta do ośrodka transplantacyjnego uniemożliwia przygotowanie go do przeszczepienia przed okresem dializ (potrzebne są 3–6 miesięcy).

Postęp medycyny przyczynił się do wydłużenia życia, stąd obserwujemy zjawisko starzenia się populacji, dotyczy to także rosnącej liczby starszych dawców i starszych biorców nerki. W Polsce odsetek osób >65. roku życia zarejestrowanych w Krajowej Liście Oczekujących jako potencjalni biorcy nerki sięga 20 proc. i systematycznie rośnie. W USA w latach 2014–2017 przeszczepiono nerkę 19 proc. biorcom w wieku 65–90 lat – odsetek ten systematycznie wzrasta od 1995 r., kiedy to wynosił 6,9 proc.

W Polsce na koniec 2021 r. dializowano 19 416 osób, w tym 58 proc. powyżej 65. roku życia. Główną przyczyną schyłkowej niewydolności nerek w Polsce i na świecie jest cukrzyca typu 2 (30 proc. dializowanych). Tylko około 3 proc. dializowanych otrzymało przeszczep nerki w 2021 r., na aktywnej liście oczekujących na transplantację było tylko 5,43 proc. wszystkich dializowanych. Do końca listopada 2022 r. wykonano w Polsce 694 transplantacje nerki. To liczba porównywalna z dwoma ostatnimi latami pandemii i o 200 transplantacji mniejsza niż w 2019 r. Wzrastająca liczba osób zgłaszanych do transplantacji powoduje, że kolejka się wydłuża, średni czas oczekiwania na pierwsze przeszczepienie nerki wynosi 442 dni.

Wskazaniem do przeszczepienia nerki jest schyłkowa niewydolność nerek własnych. Potencjalnego biorcę można zgłosić na listę oczekujących, gdy czynność jego nerek osiągnie piąte stadium, czyli eGFR<15 ml/min. Wiek nie jest przeciwwskazaniem

do transplantacji, należy uwzględnić choroby współistniejące, zespół kruchości. W Polsce zbyt niski odsetek osób ze schyłkową niewydolnością nerek otrzymuje przeszczep nerki, w tym również w wieku podeszłym.

Transplantacja nerki u starszego biorcy związana jest z lepszą przeżywalnością w porównaniu ze starszymi chorymi dializowanymi. Starzenie się układu immunologicznego powoduje zmiany w odpowiedzi wrodzonej i nabytej. Obserwuje się zmniejszoną aktywność limfocytów T i B, stąd u starszych biorców rzadziej występuje proces ostrego odrzucania. Przeżycie przeszczepu jest porównywalne lub lepsze w zestawieniu z młodszymi biorcami. Natomiast u starszych biorców opisywana jest większa częstość zgonów z czynnym przeszczepem spowodowana współchorobowością (choroby układu krążenia, infekcje, nowotwory).

Według obowiązujących w wielu państwach zasad alokacji narządów starszy biorca najczęściej otrzymuje nerkę od starszego dawcy (również w Polsce). Nerka od starszego dawcy jest zazwyczaj jakościowo gorsza, obserwuje się większe ryzyko opóźnionej funkcji przeszczepu i utraty czynności. Nerka starszego dawcy cechuje się związanym z wiekiem upośledzeniem funkcji, większą podatnością na uszkodzenie niedokrwienne i na toksyczne działanie leków, obniżonymi zdolnościami naprawczymi, zwiększoną immunogennością. Większa immunogenność może nasilać ryzyko procesu odrzucania, ale osłabiony układ immunologiczny starszego biorcy „toleruje” przeszczep od starszego dawcy.

Starsi biorcy wymagają wnikliwej oceny układu krążenia, gdyż jest to główna przyczyna zgonów po transplantacji. Należy przeprowadzić badania przesiewowe w kierunku nowotworów i monitorować ryzyko po transplantacji.

U osób w starszym wieku dochodzi do zmian w farmakokinetyce leków, zwłaszcza inhibitorów kalcyneuryny – biorcy w starszym wieku wymagają niższych dawek CNI w celu osiągnięcia porównywalnego poziomu leku we krwi. Natomiast wiek nie wpływa na farmakokinetykę i farmakodynamikę (aktywność IMPDH) MPA u starszych biorców. Nie ma wskazań do dostosowania dawki MPA do wieku biorcy.

Osoby starsze nie są włączane do randomizowanych badań klinicznych, dlatego badania oceniające skuteczność i bezpieczeństwo różnych strategii leczenia immunosupresyjnego w populacji starszych biorców nerki są nieliczne (2 badania randomizowane i 8 badań obserwacyjnych). Na podstawie przeprowadzonej analizy danych literaturowych grupa robocza ERA-EDTA-DESCARTES (Developing Education Science and Care for Renal Transplantation in European States) proponuje następujące schematy immunosupresji u starszych biorców nerki:

- starsi biorcy niskiego ryzyka immunologicznego – indukcja antyIL2R+MMF+ minimalizacja CNI+ minimalizacja GS.

Taki schemat ma na celu zmniejszenie ryzyka infekcji, nowotworów i działań ubocznych.

- Starsi biorcy wysokiego ryzyka immunologicznego – indukcja przeciwciałami deplecyjnymi+CNI+MMF+GS

Taki schemat ma na celu zapobieganie procesowi ostrego odrzucania. Ostre odrzucanie związane jest u starszych biorców z większym ryzykiem utraty przeszczepu i zgonu.

Należy podkreślić, że nie ma optymalnego schematu immunosupresji u starszych biorców, podkreśla się konieczność indywidualizacji. Decyzja o wyborze postępowania powinna brać pod uwagę przede

wszystkim ryzyko immunologiczne biorcy, a także uwzględniać czynniki ryzyka dawcy i współistniejące schorzenia u biorcy. U osób starszych częściej występują: powikłania sercowo-naczyniowe, metaboliczne, infekcje i nowotwory.

Biorca przeszczepu w starszym wieku wymaga kompleksowej opieki, która ma na celu osiągnięcie jak najlepszego przeżycia pacjenta i przeszczepu i dobrej jakości życia. Opieka ta obejmuje:

1. Zachowanie czynności przeszczepu
 - kwalifikacja biorcy;
 - pobranie narządu, prezerwacja, zapobieganie uszkodzeniu niedokrwiennie-reperfuzyjnemu;
 - monitorowanie czynności przeszczepu;
 - optymalizacja i indywidualizacja leczenia immunosupresyjnego:
 - monitorowanie poziomów leków immunosupresyjnych;
 - wykrywanie i leczenie powikłań, profilaktyka:
 - zakażenia;
 - nowotworów;
 - chorób układu krążenia;
 - zaburzeń metabolicznych.
2. Edukację pacjenta.

Podsumowując, przeszczepienie nerki w starszym wieku nie jest przeciwwskazane, biorcy odnoszą korzyść z lepszego przeżycia i jakości życia.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 6:52:23



Chirurgia robotowa we współczesnym leczeniu nowotworów głowy i szyi

Moderator: prof. Wojciech Golusiński

Uczestnicy: Dominika Kozłowska-Wojnar, dr n. med. Jakub Pazdrowski, dr n. med. Piotr Pieńkowski, dr n. med. Krzysztof Przybylski, dr n. med. Mateusz Szewczyk

Chirurgia robotowa z wykorzystaniem Systemu Da Vinci w leczeniu nowotworów głowy i szyi jest zaliczana do małoinwazyjnych metod terapeutycznych. Odpowiednia wizualizacja oraz możliwość wykonania precyzyjnego cięcia chirurgicznego stwarza doskonałe warunki do radykalnego usunięcia

guza. Jednak sukces terapeutyczny zależy od wielu istotnych czynników. Podstawowym kryterium kwalifikacji chorych do zastosowania TORS jest kliniczna ocena zaawansowania oraz lokalizacji guza. Chirurgia robotowa jest dedykowana pacjentom ze zmianami nowotworowymi w obrębie gardła

środkowego, dolnego oraz górnego piętra krtani. Przeciwwskazaniem do wykorzystania chirurgii robotowej będzie znacznie zaawansowany proces nowotworowy, do którego możemy zaliczyć: nacieki powięzi przedkręgowej, żuchwy, nieoperacyjny guz szyi, przerzuty odległe lub znacznego stopnia szczękocisk.

Aby samodzielnie operować, korzystając z systemu Da Vinci, chirurg musi przejść unikalne szkolenie zakończone uzyskaniem certyfikatu. Szkolenie ma charakter wieloetapowy: począwszy od przygotowania teoretycznego przez zajęcia praktyczne dotyczące konfiguracji sprzętu, trening w laboratorium anatomicznym aż po wykonanie samodzielnego zabiegu operacyjnego pod nadzorem eksperta chirurgii robotowej w danej dziedzinie. Niezwykle ważnym etapem ścieżki edukacyjnej jest zrozumienie szczególnych uwarunkowań anatomicznych. Pozwala to na bezpieczne wykonywanie zabiegów operacyjnych i unikanie powikłań.

Systemy egzoskopowe, takie jak Vitom 3D, pozwalają na dobrą wizualizację pola operacyjnego z trójwymiarową prezentacją obrazu. Gdy nie

posiadamy systemu Da Vinci, egzoskop umożliwia wykonanie części zabiegów dedykowanych chirurgii robotowej w obrębie gardła środkowego z jakością nieco zbliżającą się do operacji robotowych.

Chorzy operowani z powodu nowotworów głowy i szyi, również po operacjach chirurgii robotowej, wymagają odpowiedniego postępowania w okresie pooperacyjnym, w tym programu rehabilitacji. Rehabilitacja, która tak naprawdę rozpoczyna się już w okresie przedoperacyjnym, pomaga chorym w jak najszybszym powrocie do normalnego życia. Warunkiem prawidłowo przebiegającego procesu rehabilitacji jest wielospecjalistyczny zespół, który jest w stanie przygotować i zrealizować kompleksowy plan pracy z chorym po radykalnym leczeniu operacyjnym oraz radioterapii lub chemioterapii.

W najbliższej przyszłości czeka nas dynamiczny rozwój chirurgii robotowej we wszystkich dziedzinach medycyny, który przyniesie wiele nowych możliwości pozwalających operować chorych efektywnie, efektywnie i przy jak najmniejszym urazie okołoperacyjnym.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 1:02:27



Perspektywy diagnostyki i terapii genetycznie uwarunkowanego niedosłuchu

Moderator: dr hab. Monika Ołdak, prof. IFPS

Uczestnicy: dr n. med. Monika Matusiak,
dr n. med. i n. o zdr. Dominika Oziębło

Niedosłuch jest istotnym problemem medycznym oraz społecznym. Obecnie istnieją skuteczne metody leczenia objawowego niedosłuchu w postaci stosowania aparatów słuchowych i implantów ślimakowych, ale niezwykle ważne jest, żeby poznać właściwą etiologię choroby. Uważa się, że czynniki genetyczne mogą stanowić od 50 do 80 proc. przyczyn wrodzonej głuchoty i dotychczas powiązano ponad 120 różnych genów zaangażowanych w powstawanie tej choroby.

Wraz z postępem technologicznym dynamicznie rozwijają się nowe metody diagnostyki genetycznej

w niedosłuchu. Oprócz standardowych podejść ukierunkowanych na identyfikację najczęstszych wariantów lub badania pojedynczych genów (badanie locus DFNB1) dostępne stają się metody oparte na sekwencjonowaniu następnej generacji, które umożliwiają badanie zestawów genów (panele wielogenowe), badanie regionów kodujących genomu (WES) lub badanie całego genomu (WGS). Nowoczesne metody umożliwiają zwiększenie zakresu badań, ale jednocześnie generują dużą liczbę danych, które wymagają pogłębionej analizy ukierunkowanej na identyfikację wariantów sprawczych.

Prawidłowa interpretacja wyników powinna opierać się na informacjach dotyczących częstości populacyjnych wariantów, predykcjach *in silico* oraz wymaga często udziału wielu członków badanej rodziny w celu określenia segregacji wariantów z chorobą. Dla części identyfikowanych wariantów lub potencjalnie nowych genów może istnieć potrzeba przeprowadzenia dodatkowych badań funkcjonalnych w modelach komórkowych lub zwierzęcych. Kluczowa jest również współpraca genetyków i innych specjalistów w integracji danych klinicznych i genetycznych.

Badania genetyczne mogą dostarczyć informacji ważnych dla pacjenta i jego rodziny (określanie nosicielstwa wariantów genetycznych oraz szacowanie ryzyka wystąpienia choroby w kolejnych pokoleniach), jak też dla lekarzy opiekujących się pacjentem. Wyniki analiz mogą nie tylko skrócić proces diagnostyczny pacjenta i przewidzieć ewentualną progresję, lecz także pomóc przewidzieć efekty stosowanego leczenia. Ważnym kierunkiem badań prowadzonych w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu jest poszukiwanie markera molekularnego dla efektów stosowania implantów ślimakowych u dzieci. Dotychczasowe

wyniki wskazują na zależność między wariantami funkcjonalnymi genu *MMP9* oraz poziomem jego produktu białkowego w osoczu pacjentów implantowanych a ich rozwojem słuchowym.

Poznanie podłoża genetycznego niedosłuchu i poznanie molekularnego mechanizmu jego powstawania może pomóc wskazać grupy pacjentów, którzy mogą być beneficjentami terapii farmakologicznych. Takie leczenie może spowolnić progresję niedosłuchu, a w niektórych przypadkach nawet zmniejszyć jego poziom. Dodatkowo należy pamiętać, że poznanie etiologii choroby może umożliwić zastosowanie w przyszłości celowanej terapii genowej. Obecnie opracowywane terapie dla niedosłuchu polegają na zastępowaniu uszkodzonego genu, jego naprawie lub wyciszeniu. Dodatkowo niektóre z nich mogą wykorzystywać dokładny mechanizm działania wariantów patogennych i modulować proces składania transkryptu tak, żeby uratować funkcję białka. Najbardziej zaawansowane terapie genowe niedosłuchu są w 1. i 2. fazie badań klinicznych w Stanach Zjednoczonych i kierowane są do pacjentów z niedosłuchem uwarunkowanym wariantami patogennymi genu *OTOF*.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 4:24:21



Jak dziś protezujemy słuch?

Moderator: dr n. o zdr. Anna Ratuszniak

Uczestnicy: dr n. o zdr. Katarzyna Cywka, Agnieszka Słupczyńska

W panelu dyskusyjnym poświęconym protezowaniu słuchu przedstawiono zwięźle najważniejsze elementy procesu doboru i dopasowania aparatu słuchowego. Zwrócono uwagę na istotne znaczenie dokładnie przeprowadzonej diagnostyki z wyszczególnieniem najważniejszych w procesie protezowania badań audiologicznych, omówiono podstawowe cele protezowania słuchu, wskazania do zastosowania poszczególnych grup urządzeń oraz ich charakterystykę. Zwrócono uwagę na znaczenie potrzeb i oczekiwań pacjentów, rolę treningu słuchowego oraz możliwości technologiczne dostępne aktualnie w aparatach słuchowych.

Wnioski:

- proces doboru aparatu słuchowego jest złożony i powinien być poprzedzony dokładną diagnostyką;
- wybór odpowiedniego urządzenia zależy od wielu czynników, w tym przede wszystkim od wielkości ubytku słuchu, budowy anatomicznej oraz stanu miejscowego ucha;
- nadrzędnym celem protezowania jest poprawa rozumienia mowy, tym samym polepszenia możliwości komunikacji werbalnej z otoczeniem, co jednak zależy nie tylko od dobranego aparatu słuchowego, lecz także od potencjalnych

możliwości układu słuchowego oraz sprawności procesów poznawczych;

- w większości przypadków niedosłuch obustronny wymaga założenia dwóch aparatów słuchowych, co daje szansę na pozyskanie korzyści binauralnych, w tym w zakresie lokalizacji źródła dźwięku oraz poprawy rozumienia mowy, szczególnie w hałasie;
- u części pacjentów, u których z różnych względów niemożliwe jest zastosowanie aparatów na przewodnictwo powietrzne, rozwiązaniem

alternatywnym mogą być urządzenia wykorzystujące kostne przewodnictwo dźwięków, zarówno te, które nie wymagają interwencji chirurgicznej, jak i częściowo wszczepialne;

- dostępne współcześnie aparaty słuchowe są nie tylko dyskretne i estetyczne, lecz także dzięki wykorzystaniu coraz bardziej zaawansowanych algorytmów adaptacyjnych istotnie redukują ograniczenia, których doświadczają na co dzień osoby niedosłyszące.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 2:47:19



Współczesne trendy w obiektywnych badaniach audiologicznych

Moderator: prof. W. Wiktor Jędrzejczak

Uczestnicy: prof. dr hab. inż. Krzysztof Kochanek, dr n. o zdr. inż. Edyta Piłka, Małgorzata Pastucha

Podczas panelu dokonano przeglądu obecnie stosowanych metod obiektywnych, omówiono też najnowsze postępy i najbliższe perspektywy. Koncentrowano się na metodach takich jak audiometria impedancyjna, emisje otoakustyczne czy słuchowe potencjały wywołane. Podczas dyskusji zastanawiano się, jakie są problemy do rozwiązania i jaka jest przyszłość obiektywnych badań audiologicznych. Paneliści zgodzili się, że obecny rozwój technologiczny umożliwia wykonywanie badań obiektywnych nie

tylko w klinice, lecz także w domu pacjenta. Badania mogą być wykonywane również w trybie zdalnym z pomocą specjalisty, który łączy się przez internet. Niektóre badania mogą być wykonane także samodzielnie za pomocą całkowicie automatycznych procedur. Skonstatowano także, że cały czas prowadzone są prace mające na celu opracowanie metod obiektywnych umożliwiających badanie nowych obszarów układu słuchowego, jak np. procesów centralnych przetwarzania słuchowego.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 4:52:18



Rozwojowe zaburzenie językowe u dzieci

Uczestnicy: Martyna Bryłka, dr n. biol. Hanna Cygan

W Polsce 20 proc. dzieci w wieku 4–9 lat ma trudności językowe, z czego połowa to dzieci ze znacząco niskimi umiejętnościami językowymi. W przeliczeniu na populację polską liczba tych dzieci wynosi około 250 tys., co na pierwszym etapie edukacyjnym

oznacza średnio dwoje uczniów w każdej klasie. Z tych 10 proc. dzieci o znacznych trudnościach językowych większość, bo ok. 7 proc. populacji, to dzieci dotknięte rozwojowym zaburzeniem językowym, pozostałe 3 proc. to dzieci, u których zaburzenie

językowe współwystępuje z innymi zaburzeniami (tj. spektrum autyzmu, mózgowym porażeniem dziecięcym, niepełnosprawnością intelektualną).

Rozwojowe zaburzenie językowe (*developmental language disorder*, DLD) jest jednym z najczęstszych zaburzeń rozwojowych. DLD polega na zaburzeniu zdolności do przyswajania języka ojczystego, które istnieje od urodzenia, bez poprzedzającego okresu prawidłowego rozwoju i bez dającej się stwierdzić przyczyny, takiej jak upośledzenie słuchu, aparatu mowy czy niewystarczającej stymulacji ze strony środowiska. Zaburzenie ma charakter wybiórczy, odnoszący się do sfery językowej przy prawidłowym rozwoju pozawerbalnych funkcji poznawczych (inteligencji, przetwarzania wzrokowego czy uwagi).

Dzieci ze znacznym zaburzeniem rozumienia i rozwoju mowy wymagają dodatkowego wspomaganie w szkole. Informacje przekazywane przez nauczycieli przyswajane są przez dzieci z DLD ze znaczną trudnością w porównaniu z ich typowo rozwijającymi się rówieśnikami. Program edukacji dzieci z DLD powinien umożliwiać rozwój odpowiedni do możliwości intelektualnych mimo znaczących trudności językowych. Dziecko z DLD powinno uzyskać pomoc w zrozumieniu przekazu werbalnego. Szkoła powinna umożliwić wykorzystywanie w przekazie informacji wszelkich pozawerbalnych pomocy: ilustracji, wykresów, filmów, animacji, eksperymentów. Ponadto w systemie wystawiania ocen należy uwzględnić obiektywne uwarunkowania pojawiających się w wypowiedzi dziecka błędów stylistycznych, gramatycznych, nieadekwatnego użycia wyrazów i w miarę możliwości nieobniżanie ocen z tego powodu.

Problemy w komunikacji przekładają się bezpośrednio na trudności z nawiązywaniem kontaktów społecznych już od wieku przedszkolnego, gdyż rówieśnicy wolą bawić się z kolegami i koleżankami, z którymi porozumiewanie się jest łatwiejsze.

Trudności w nawiązywaniu relacji społecznych przez dzieci z DLD mogą skutkować wycofywaniem się z prób ich nawiązania oraz frustracją wynikającą z braku satysfakcjonujących kontaktów. Wzbierająca frustracja może przerodzić się w trudności z regulacją emocji, a w konsekwencji – zachowania agresywne, tj. zaczepianie innych dzieci, przeszkadzanie w zabawie, a nawet przemoc fizyczna.

Tego typu zachowania mogą być interpretowane przez dorosłych jako symptomy zaburzeń emocjonalnych, nieposłuszeństwa czy złośliwości dziecka, a nawet być świadectwem „złego wychowania”. Wymienione trudności mogą być także przyczyną rozwoju różnego rodzaju psychopatologii dziecięcych, takich jak objawy lękowe, trudności społeczne i behawioralne oraz problemy z deficytem uwagi.

Trudności z rozumieniem i rozwojem języka bezpośrednio wpływają na wyniki w szkole, które przekładają się na poziom edukacji dzieci z DLD. Gorszy poziom edukacji oraz słabsze kompetencje społeczne przekładają się na możliwość zatrudnienia. Większy poziom bezrobocia, bo nawet 2,5 razy większy wśród dorosłych z DLD, wpływa na ich dobrostan psychiczny.

Przed szeregiem konsekwencji, które wynikają z bazowych trudności z rozumieniem języka oraz mówieniem, można by było uchronić dzieci z DLD poprzez wczesną detekcję trudności oraz wspomaganie rozwoju od pierwszych etapów edukacyjnych.

Orzecznictwo o potrzebie kształcenia specjalnego w Polsce uwzględnia tylko jedną kategorię, do której można zakwalifikować dzieci z DLD i jest to podpunkt e) z niepełnosprawnością ruchową, w tym afazją. Kategoria ta dotyczy jednak głównie trudności motorycznych, które nie oddają pełnego obrazu dzieci z DLD, w których aspekt motoryczny mowy, tj. artykulacja, nie zawsze jest zaburzony. Ponadto kategoria ta w orzecznictwie nie daje gwarancji uzyskania nauczyciela wspomagającego, która w tej sytuacji zależy od indywidualnej zgody organu prowadzącego (§ 7 ust. 3 rozporządzenia).

Przez wgląd na powszechność DLD w populacji polskiej oraz szeroko idących konsekwencji, które wpływają na życie dorosłe osób z rozwojowym zaburzeniem językowym, warto zwrócić szczególną uwagę na wspomaganie ich rozwoju od początkowych etapów edukacyjnych. Wskazane jest stworzenie programów nauczania, które umożliwią edukację dzieci z DLD dostosowaną do ich trudności językowych. Istotne jest zwrócenie szczególnej uwagi na orzecznictwo, które obecnie nie uwzględnia odpowiednio problematyki najczęstszego zaburzenia rozwojowego, jakim jest DLD.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 6:55:32



Leczenie następstw urazów naczyń w warunkach wojennych

pod patronatem Komisji ds. Badań nad Leczeniem Następstw Urazów
Komitetu Nauk Klinicznych PAN oraz Sekcji Chirurgii Wojskowej i Urazowej
Towarzystwa Chirurgów Polskich

Moderator: gen. bryg. (w st. spocz.) prof. Marek Maruszyński

Uczestnicy: płk (w st. spocz.) dr n. med. Stefan Antosiewicz,
płk dr hab. Mirosław Dziekiewicz, prof. WIM

Podczas sesji przedstawiono najnowsze osiągnięcia medycyny pola walki w zakresie dokonań organizacyjnych, nowoczesnych technologii i standardów postępowania w odniesieniu do ogólnej liczby rannych i poszczególnych obrażeń. Jak wynika z doświadczeń zebranych podczas ostatnich konfliktów zbrojnych (Irak, Afganistan, Sahara, ostatnio Ukraina), każda wojna jest inna i determinuje różne wyzwania dla wojskowej służby zdrowia, której celem pozostaje nadal ratowanie życia poszkodowanych oraz dalsze zwiększenie liczby żołnierzy wracających na pole walki.

Wraz z rozwojem broni zwiększa się rozległość ran i ciężkość obrażeń. W ostatnim okresie istotnie zmienia się przyczyna wywołująca obrażenia wojenne – są to w 70 proc. wybuchy versus 30 proc. postrzały!

Niezmienny pozostaje fakt, że dominującym sprawcą zgonów pozostaje krwotok w okolicach niemożliwych do bezpośredniego ucisku NCTH (*non-compressible truncal hemorrhaging* – klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica). Śmiertelność w tej grupie (NCTH) wynosi do 80 proc. (z tego 75 proc. przed dowiezieniem do szpitala). Smutne, że – jak wykazano w badaniach post mortem – **aż 50–80 proc. zgonów było do uniknięcia!**

Bardzo istotnym postępem w przypadku tamowania krwotoków z aorty (przede wszystkim, ale nie tylko) jest system e-REBOA (*resuscitative*

endovascular balloon occlusion of the aorta) mający zastosowanie już podczas pomocy przedszpitalnej. System e-REBOA w strategii Tactical Combat Casualty Care (TCCC – NATO) wykazał bardzo wysoką przydatność i wymaga szerszego stosowania, także w warunkach pokoju w polskim systemie ratownictwa czy pogotowiu (także lotniczym).

Wspólnym mianownikiem poprawy wyników i skuteczności leczenia pozostaje CZAS udzielenia pomocy medycznej. **Już nie złota godzina, lecz platynowe minuty** stają się celem w udzielaniu pomocy! Zasada medycznej pomocy wg NATO 10 : 1 : 2 (10 minut – pierwsza pomoc, 1 godzina – ewakuacja, 2 godziny – operacja wg schematu Damage Control) musi być podstawowym wyznacznikiem. Ważnym elementem TACC jest *walking blood bank*, kiedy już w pomocy przedszpitalnej można dokonać transfuzji krwi („od kolegi dla kolegi”).

Do pryncypiów zabezpieczenia medycznego należą: ciągłość pomocy, jej wysoka jakość oraz kompatybilność sił medycznych z zabezpieczanymi wojskami. Od 2018 r. NATO posługuje się w planowaniu medycznym wskaźnikami strat wg systemu SABERS, tj. uwzględnia triage pod kątem pilności leczenia, priorytetu ewakuacji oraz zakresu pomocy podczas ewakuacji. Ostatnim działaniem organizacyjnym jest umożliwienie działania operacyjnego już na pokładzie samolotu (*in flight surgery*).

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 6:32:18



Telemedycyna – czy tylko nowe narzędzie, czy zmiana paradygmatów?

pod patronatem Komisji Telemedycyny Komitetu Nauk Klinicznych
Polskiej Akademii Nauk oraz Komisji Informatyki i Telemedycyny
Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Moderatorzy: prof. Grzegorz Opolski, prof. Ryszard Piotrowicz

Uczestnicy: prof. Leszek Czupryniak, płk dr hab. Paweł Krzesiński,
prof. WIM, prof. Małgorzata Myśliwiec,
dr n. med. Radosław Pietrzak, dr hab. Ewa Piotrowicz

W ostatnich latach obserwujemy rosnące znaczenie telemedycyny w ochronie zdrowia. Dzięki temu zwiększony został dostęp do wielu metod diagnostyki, terapii, prewencji i rehabilitacji, co jest niezwykle istotne w sytuacji niedoborów kadr medycznych.

Telemedycyna okazała się nie tylko nowym narzędziem, lecz także przyczyniła się do zmiany paradygmatów w wielu dziedzinach medycyny i to stało się tematem panelu Komisji Telemedycyny Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk oraz Komisji Informatyki i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Dr hab. Paweł Krzesiński, prof. WIM, skomentował to w zakresie teleopieki nad pacjentami z niewydolnością serca w sposób następujący: – To właśnie rozwiązania telemedyczne pozwoliły otworzyć nowe możliwości rozpoznania przewodnienia jeszcze na etapie bez- lub skąpoobjawowym. Dokonania ostatnich lat w zakresie informatyzacji medycyny, telematyki i nadzoru zdalnego skłaniają do weryfikacji twierdzenia, że bezpośredni fizyczny kontakt kardiologa z pacjentem jest niezastąpiony. Co więcej, regularny nadzór nad stanem pacjenta, oparty na wiarygodnych pomiarach parametrów życiowych i raportowanych danych klinicznych zwiększa szanse na indywidualizację leczenia. Telemedycyna nie jest już zatem jedynie „gadżetem”, ale wiarygodną formą sprawowania opieki nad pacjentem kardiologicznym. I choć jej wdrożenie wymaga zmiany wielu paradygmatów współczesnej medycyny, w tym również postaw światopoglądowych profesjonalistów medycznych, to wobec niezbywalnego prawa pacjenta do najwyższej jakości opieki, rozwój w tym kierunku jest nieunikniony.

Dr hab. Ewa Piotrowicz, łącząc zagadnienie telerehabilitacji hybrydowej pacjentów kardiologicznych z koniecznością brania pod uwagę zaburzeń

gospodarki węglowodanowej, w podsumowaniu stwierdziła: – Ciągły telemonitoring glikemii pozwala na zebranie nowych, szczegółowych informacji o częstotliwości, wielkości oraz czasie hiper-/hipoglikemii po treningu fizycznym, co pozwala na zindywidualizowanie sesji treningowej oraz odpowiednio skomponowanie diety, określenie czasu przyjmowania posiłków, czasu rozpoczęcia i zakończenia sesji treningowej. Jest to zmiana jakościowa w podejściu do kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, która poprzez utrzymanie w trakcie realizacji tej procedury wartości glikemii w zalecanym zakresie przetoży się na zmniejszenie powikłań związanych z nieprawidłowościami w kontroli cukrzycy u osób ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, a przez to poprawi rokowanie.

Prof. Małgorzata Myśliwiec, diabetolog pediatra, odniosła się do omawianego tematu przewodniego w sposób następujący: – Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego telemedycyna stała się ważnym elementem optymalizacji kontroli cukrzycy... Nowoczesne systemy ciągłego monitorowania glikemii (*continuous glucose monitoring*, CGM) i zdalnego monitorowania terapii weszły do refundacji w ciągu ostatnich czterech lat, a pozytywne efekty w postaci prewencji dużych wahań glikemii, w tym incydentów hipoglikemii, nie tylko poprawiły poziom wyrównania metabolicznego choroby, ale też zmniejszyły liczbę koniecznych z tego powodu hospitalizacji. Ponadto zastosowanie CGM-RT wraz z terapią przy użyciu osobistej pompy insulinowej wraz z insuliną szybko- oraz ultraszybko działającą oprócz redukcji zdarzeń o charakterze hipoglikemii pozwala pacjentom więcej czasu spędzić w tzw. normoglikemii. Oceny czasu, jaki spędza chory w docelowym zakresie glikemii (*time in range*, TIR), poniżej tego zakresu (*time below*

range, TBR) lub powyżej tego zakresu (*time above range, TAR*), będące obecnie elementami oceny wyrównania glikemii, służą do modyfikacji prowadzonej terapii, również zdalnej. Potencjalnie uzyskanie wartości TIR powyżej 70 proc. prowadzi do opóźnienia i zmniejszenia nasilenia późnych powikłań naczyniowych związanych z cukrzycą typu 1, mikro-naczyniowych (nefropatia, retinopatia i neuropatia cukrzycowa, stopa cukrzycowa) i makronaczyniowych (zawał mięśnia sercowego, udar mózgu). Możliwość wykorzystania rozwiązań telemedycznych, dostępnych dzięki systemowi ciągłego monitorowania glikemii i osobistym pompom insulinowym, stanowi praktyczną dodatkową wartość i jest istotnym ułatwieniem w dialogu lekarz-pacjent.

Prof. Leszek Czupryniak, diabetolog, podkreślił: – Telemedycyna dostarczyła nam nowe narzędzie umożliwiające niespotykany poprzednio wgląd w dynamikę gospodarki węglowodanowej chorego na cukrzycę, umożliwiając wysoce zindywidualizowane postępowanie zarówno w zakresie diagnostyki, jak i terapii lekowej, postępowania dietetycznego oraz kształtowania codziennej aktywności. Ta wiedza zmienia nam paradygmat postępowania z chorym na cukrzycę. Dzięki możliwości ciągłego telemonitoringu glikemii pacjent ma pełną wiedzę na temat tego wskaźnika, co, jak wykazano, determinuje jakość kontroli cukrzycy. A więc wspomniana wiedza wpływa na pacjenta jak lekarstwo, bowiem chory mający wgląd w poziom glikemii zachowuje się bardziej racjonalnie (dieta, aktywność ruchowa, możliwość przewidywania niedocukrzenia), co skutkuje lepszą kontrolą cukrzycy. Te fakty sprawiły, że obecnie większość towarzystw naukowych w swych zaleceniach preferuje ciągły monitoring jako optymalną metodę samokontroli glikemii.

Dr n. med. Radosław Pietrzak spojrzął na przedmiot rozważań z punktu widzenia kardiolo-

gii dziecięcej: – W kardiologii dziecięcej rozwiązania telemedyczne są mniej powszechne. Zastosowanie rozwiązań telemedycznych obejmuje takie obszary jak: wykrywanie nagłych zdarzeń arytmicznych, interogacja i monitoring urządzeń wszczepialnych czy monitorowanie dzieci ze złożonymi wadami serca kwalifikowanymi do paliatywnego leczenia wieloletowego. Badania z całego świata wskazują, że zastosowanie rozwiązań telemedycznych poprawia jakość opieki nad tymi dziećmi, pozwalając na wczesne wykrywanie niepokojących objawów, np. zaostrzenia niewydolności serca. Zastosowanie tych rozwiązań ma także wpływ na procedury stosowane u dzieci ze złożonymi wadami serca: ogranicza wskazania do hospitalizacji w ośrodkach referencyjnych, często oddalonych od miejsca zamieszkania pacjentów o kilkaset kilometrów, powoduje przeniesienie ciężaru codziennej opieki do ośrodków lokalnych, a także zmniejsza znaczenie badania przedmiotowego. W związku z tym, gdy zdefiniujemy zawarty w tytule paradygmat jako wzorzec właściwego postępowania, telemedycyna w chorobach układu sercowo-naczyniowego u dzieci może spowodować jego zmianę, pomimo iż nie ma ona wpływu na pojęcia i teorie tworzące podstawy kardiologii teledziecięcej.

Podsumowanie

Nowoczesne teleologie transmisji danych wykorzystywane w realizacji procedur telemedycznych w zakresie kardiologii i diabetologii, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, nie tylko umożliwiają upowszechnienie zdefiniowanych metod diagnostyki, terapii, prewencji i rehabilitacji, lecz w wielu przypadkach stanowią o jakościowych zmianach postępowania klinicznego w tych dziedzinach. W konsekwencji uzyskujemy poprawę wskaźników jakości życia oraz przedłużenie życia pacjentów.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 1:02:25



Telemedycyna w profilaktyce kardiologicznej

pod patronatem Komisji Informatyki i Telemedycyny Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Komisji Telemedycyny
Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk

Moderatorzy: płk dr hab. Paweł Krzesiński, prof. WIM,
prof. Ryszard Piotrowicz

Uczestnicy: dr hab. Paweł Balsam, prof. Przemysław Mitkowski,
mec. Jan Pachocki, dr hab. Ewa Piotrowicz, prof. Bożena Werner

Telemedycyna jest jedną z najdynamiczniej rozwijających się dziedzin medycyny. Kardiologia stanowi zaś dziedzinę, w której rozwiązania zdalne i cyfrowe zostały już gruntownie przebadane w wielu zastosowaniach. Główne zalety telemedycyny – poszerzenie zasięgu dostarczanych świadczeń i wiedzy medycznej – pozwalają wzmocnić oddziaływanie przedstawicieli szeroko pojętego systemu ochrony zdrowia na zdrowie Polaków.

W pierwszej części panelu eksperci, posiadający wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu badań naukowych w zakresie telemedycyny i jej wdrażaniu do codziennej praktyki klinicznej, przedstawili możliwości jej wykorzystania w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Zwrócono uwagę zarówno na strategię oddziaływania na całą populację, poprzez np. stosowanie aplikacji promujących postawy prozdrowotne, jak również rozwiązania dedykowane wybranym grupom pacjentów. Wykazano, że istnieje wiele dowodów naukowych wskazujących na wartość dodaną telemedycyny w diagnostyce kardiologicznej, jak również jej przydatności w poprawie jakości życia pacjentów, ich wydolności fizycznej oraz w rokowaniach. Nie ma wątpliwości, że narzędzia diagnostyki i opieki zdalnej powinny stać się stałym elementem opieki nad pacjentami z zaburzeniami rytmu serca, niewydolnością serca czy też przewlekłą chorobą wieńcową.

Wykorzystanie telemedycyny jest niezbędne dla poprawy dostępności, jakości i efektywności opieki zdrowotnej, poprawy bezpieczeństwa pacjenta, minimalizacji skutków sytuacji ograniczających wydolność systemu opieki zdrowotnej (np. pandemii) oraz optymalnego wykorzystania zasobów i redukcji kosztów leczenia.

W drugiej części panelu starano się znaleźć odpowiedzi na pytania: co stanowi przeszkodę i co ogranicza powszechne wdrożenie rozwiązań tele-

medycznych oraz jakie są główne kierunki rozwoju telemedycyny i na co zwrócić uwagę, aby nie „zejść na manowce”?

Wprowadzeniem do dyskusji było wystąpienie prof. Ryszarda Piotrowicza, który zwrócił uwagę na czynniki decydujące o skuteczności procesu wdrażania telemedycyny. Dowody naukowe oraz zaawansowane możliwości technologiczne ocenił jako argumenty przemawiające za pełną gotowością wdrażania telemedycyny. Zwrócił również uwagę na sprzyjające uwarunkowania prawne i rosnącą akceptację dla rozwiązań mobilnych wśród pacjentów i personelu medycznego. Zaznaczył, że przybywa dowodów na efektywność kosztową telemedycyny. Pozostaje jednak wiele do zrobienia w zakresie optymalnych regulacji organizacyjnych. Ważnymi interesariuszami w tym zakresie są instytucje państwowe (w tym m.in. Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Powszechny Zakład Ubezpieczeń), placówki medyczne finansowane ze środków publicznych (i ich władze), jak również sektor prywatny (dostawcy rozwiązań telemedycznych i świadczeniodawcy).

Główne postulaty panelu można podsumować następująco:

1. Powszechna cyfryzacja i rozwój wyrobów medycznych przyczyniają się do szybkiego rozwoju telemedycyny, której zastosowanie przynosi wymierne korzyści w różnych obszarach systemu opieki zdrowotnej.
2. Telemedycyna może być ważnym narzędziem kreowania pozytywnej zmiany postawy Polaków wobec profilaktyki pierwotnej i wtórnej, zapewniając rozwiązania przyjazne i atrakcyjne, zwłaszcza dla młodych pokoleń. Nowe funkcje przedmiotów codziennego użytku, takich jak np. smartwatche, mogą być skutecznie wykorzystane w promowaniu dbałości o zdrowie.

- Wiedza kierowana do społeczeństwa za pomocą rozwiązań telemedycznych stanowi ceną przeciwwagę dla często rozpowszechnianych w przestrzeni cyfrowej niezwyfikowanych – bez jakiegokolwiek fachowej cenzury – informacji paramedycznych.
3. Telemedycyna będzie skuteczna i efektywna jedynie wówczas, gdy będzie realizowana z zachowaniem należytej staranności, wysokiej jakości oraz zgodnie z obowiązującymi i tworzonymi na jej potrzeby standardami. Świadczenia realizowane bez poszanowania tych zasad mogą ograniczać korzyści, jakie czerpią z telemedycyny pacjenci i przyczynić się do opóźnienia, a nawet zaniechania jej wdrożenia.
 4. Świadczenia telemedyczne, zwłaszcza wysokospecjalistyczne, wymagają dedykowanego zespołu, posiadającego unikalną wiedzę i doświadczenie. Ich wdrożenie wiąże się zazwyczaj z koniecznością inwestycji infrastrukturalnej, istotnej zwłaszcza z punktu widzenia zarządzających placówkami medycznymi.
 5. Istnieją procedury telemedyczne wdrożone jako świadczenie finansowane ze środków publicznych. Wiodącym przykładem jest telerehabilitacja kardiologiczna, której wykorzystanie nie jest jednak adekwatne do jej potencjału i potrzeb pacjentów. Sytuacja ta wymaga dogłębnej analizy i działań naprawczych.
 6. Dotychczasowe doświadczenia telemedyczne w polskiej kardiologii uzasadniają tworzenie i rozwój z inicjatywy instytucji państwowych platform informatycznych, jako narzędzi udzielania świadczeń telemedycznych, z uwzględnieniem ich otwartości na integrację z urządzeniami peryferyjnymi. Takie hybrydowe połączenie regulacji państwowych z zasadami wolnego rynku dla dostawców wyrobów medycznych wydaje się optymalnym rozwiązaniem z punktu widzenia organizacji pracy zespołów, interoperacyjności, standaryzacji procedur, koszt-efektywności i gromadzenia uporządkowanych zbiorów danych.
 7. Telemedycyna w sposób szczególny wymusza budowanie wysokiego poziomu wiedzy na temat ochrony danych osobowych i cyberbezpieczeństwa.
 8. Konieczne jest sprawne przenoszenie doświadczeń telemedycznych w obszarze kardiologii dorosłych na populację pacjentów pediatrycznych. Profilaktyka realizowana wśród najmłodszych Polaków to inwestycja w przyszłości społeczeństwa. Nawet proste rozwiązania cyfrowe, takie jak aplikacje promujące wiedzę na temat niekorzystnych skutków nałogów, otyłości, złej diety oraz małej aktywności fizycznej, mogą przynieść istotne korzyści populacyjne. Kardiologia dziecięca potrzebuje telemedycyny również dla swoich podopiecznych, którzy borykają się z poważnymi schorzeniami, wymagającymi niejednokrotnie wieloetapowego leczenia i stałego nadzoru medycznego.

Podsumowanie

Podstawą dalszego rozwoju telemedycyny i jej odpowiedzialnego wdrażania w profilaktyce jest wiedza medyczna oparta na faktach, odpowiednie zasoby ludzkie i technologiczne, integracja i koordynacja działań wszystkich interesariuszy systemu opieki zdrowotnej oraz budowanie w całym społeczeństwie wysokiej świadomości specyfiki funkcjonowania rozwiązań zdalnych. Implementacja rozwiązań cyfrowych w medycynie dotyka nie tylko sfery merytorycznej, ale również społecznej, duchowej i światopoglądowej. Dlatego też jest ona tak dużym wyzwaniem, wymagającym połączenia sił pełnych pasji innowatorów oraz otwartych na dialog decydentów.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 5:12:22



Nowe technologie w medycynie szansą dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia

Moderator: dr Jarosław Górski

Uczestnicy: prof. Michał Kleiber, Bartłomiej Lubiatowski,
prof. Piotr H. Skarżyński, prof. Krzysztof Składowski,
Joanna Szyman

W słowie wstępu do debaty prof. Michał Kleiber, przewodniczący kapituły Godła „Teraz Polska”, podkreślił, że rewolucja technologiczna w branży medycznej stała się faktem. – Niewątpliwie jest to dla nas wszystkich olbrzymia szansa na lepszą opiekę, ale jednocześnie duże wyzwanie dla świata nauki opracowującego innowacje. Bezsprzecznie ta rewolucja wymusza także konieczność zwiększenia inwestycji w badania i rozwój. Wiele państw doskonale to rozumie i z roku na rok zwiększa nakłady w tym sektorze. Tymczasem w Polsce ciągle jeszcze te środki są niewystarczające. Pociuszający jest fakt, że konieczność zmian zauważa polski biznes, który własnymi siłami próbuje podążać za trendami i dostarczać ofertę konkurencyjną nie tylko na naszym rynku, lecz także na rynkach zagranicznych – mówił prof. Michał Kleiber.

Podczas panelu dyskutowano o wpływie nowych technologii na skuteczność i wydajność systemu ochrony zdrowia, stosunku pacjentów do nowych technologii w medycynie, sztucznej inteligencji jako wsparciu lekarza. Rozmawiano także o skutecznym partnerstwie publiczno-prywatnym w systemie ochrony zdrowia oraz o rozwiązaniach technologicznych, w takich obszarach, jak profilaktyka, leczenie, organizacja systemu, które zdomowały się po pandemii.

Technologia to przyszłość medycyny

Debatujący zgodzili się, że rola technologii jest kluczowa dla rozwoju medycyny. Prof. Krzysztof Składowski zauważył, że wszelkie odkrycia, patenty i innowacje technologiczne, które obejmują praktycznie każdą gałąź medycyny, przyczyniają się nie tylko do tego, że procedury medyczne są bardziej precyzyjne, bezpieczne, lecz także bardziej wydajne, przy zachowaniu coraz wyższej jakości. – Reprezentuję radioonkologię, w której mamy do czynienia z technologią na najwyższym poziomie, w dodatku najdroższą spośród technologii medycznych. Mam na myśli nie tylko przyspieszacze, które

produkują promieniowanie jonizujące do leczenia chorych w radioterapii, lecz także cyklotrony czy radioterapię cząsteczkową. Radioonkologia jest wręcz uzależniona od technologii i nakładów finansowych, które trzeba przeznaczyć na inwestycje – nie tylko na zakup, lecz także na serwisowanie i bezpieczną eksploatację – podkreślał prof. K. Składowski.

Dzięki stosowaniu nowych technologii pacjenci mają szansę na nowe możliwości leczenia. Widać to szczególnie w ostatnich latach, kiedy w Polsce zaczęto na większą skalę wykorzystywać roboty Da Vinci. – W naszym ośrodku realizujemy 450 zabiegów rocznie z wykorzystaniem właśnie tego robota. Jest to dobry wynik jak na polskie, a nawet europejskie warunki, ale pacjenci oczekują, aby takie procedury były szeroko dostępne w publicznej służbie zdrowia, a do tego potrzebne jest większe finansowanie – zauważyła prezes Grupy Neo Hospital Joanna Szyman. Nowoczesne technologie pomagają także wytłumaczyć pacjentowi, na czym będzie polegał zabieg. – Ostatnio dzięki zastosowaniu rzeczywistości rozszerzonej przetransponowaliśmy dwuwymiarowy obraz z rezonansu magnetycznego na trójwymiarową rzeczywistość, co pomogło pacjentowi zrozumieć, na czym polega jego choroba i jak będzie przebiegała operacja. Takie postępowanie poprawia nastawienie pacjenta do proponowanej terapii i dobrze oddziałuje na cały proces terapeutyczny – podsumowała Joanna Szyman.

Bez technologii nie ma możliwości świadczenia wysokiej jakości usług, ale muszą one być poparte umiejętnościami i doświadczeniem lekarzy

– W otolaryngologii również odczuwana jest presja ze strony różnego rodzaju podmiotów, aby za pomocą robotów wszczepiać implanty ślimakowe. Nie jesteśmy zwolennikami takiego podejścia. Podam przykład. W naszym ośrodku operacja wszczepienia implantu ślimakowego trwa około 40 minut.

Obserwowałem tego typu operację w jednym ze szpitali, gdzie korzystano z robota Da Vinci – zabieg trwał trzy i pół godziny, a przedtem trzeba było poświęcić kolejne dwie na przygotowania. Czas procedury nie zawsze jest priorytetem, z pewnością warto go poświęcić, jeżeli zabieg z użyciem robota będzie bezpieczniejszy i skuteczniejszy, ale w tym przypadku tak nie jest. Rozumiem ideę wykorzystania robotów w krajach, w których umiejętności chirurgiczne nie są wystarczająco rozwinięte i ryzyko powikłań jest większe. Zatem ważne, żeby dobierać odpowiednie technologie do umiejętności specjalistów i możliwości organizacyjnych ośrodków – podkreślał prof. Piotr H. Skarżyński.

Czy lekarze odczuwają wypalenie zawodowe?

Od dwóch lat WHO alarmuje, że wśród medyków panuje epidemia wypalenia zawodowego, m.in. z powodu konieczności prowadzenia dokumentacji medycznej. Szacuje się, że na każde 15 minut kontaktu z pacjentem medycy poświęcają kolejne 45 minut na prowadzenie dokumentacji.

– Dlatego zajęliśmy się tym zagadnieniem i teraz dzięki zastosowaniu nowoczesnych technologii, aplikacji mobilnych w telefonie do dyktowania i autouzupełnień potrafimy skrócić czas wytworzenia i archiwizacji dokumentów medycznych z 45 do... 7 minut – mówił prezes RSQ Technologies Bartłomiej Lubiatowski. – Pacjenci są pod wrażeniem, kiedy lekarz w ich obecności dyktuje do telefonu opis schorzenia i zalecenia dotyczące dalszego postępowania. Ponadto nasz system w pełni integruje się z modułem RSQ Holo, czyli rozszerzoną rzeczywistością w sali operacyjnej, gdzie lekarze mogą podejrzeć na wirtualnych monitorach dane pacjentów w postaci holograficznej – dodał.

Pokutuje przeświadczenie, że rozwiązania technologiczne w opiece zdrowotnej są drogie

Nowoczesne systemy tworzone w nowych technologiach nie mają ciężaru infrastruktury powstałej w latach 90., więc ich twórcy mogą oferować je w konkurencyjnych cenach. – Przykładowo możemy wdrożyć system archiwizacji obrazów i komunikacji PACS, wzbogacając go systemem opartym na sztucznej inteligencji. Takie rozwiązanie można wykorzystać do obsługi szpitalnych oddziałów ratunkowych, łącząc go z systemami sali operacyjnej

zawierającymi nasze rozwiązania holograficzne. I to wszystko w cenie dotychczasowego systemu PACS – wyjaśniał Bartłomiej Lubiatowski. – Pokutuje przeświadczenie, że rozwiązania technologiczne w opiece zdrowotnej są drogie, ale czasy się zmieniają i mamy w zasięgu ręki lepsze technologie – tańsze i łatwiejsze w obsłudze, dokładniejsze, lepiej służące pacjentom. Oznacza to istotne zmniejszenie kosztów dla placówki ochrony zdrowia, bo lekarz może pracować z większą liczbą pacjentów.

Kluczem do sukcesu jest współpraca na wielu poziomach

– Do dalszego rozwoju i polepszenia jakości usług medycznych potrzeba poprawy komunikacji lekarz-inżynier oraz na styku publiczno-prywatnym – zauważył prof. Piotr H. Skarżyński.

Zakup sprzętu jest tylko inwestycją. Nie osiągniemy sukcesu bez przygotowania zespołów czy wręcz całych procesów organizacyjnych uwzględniających interdyscyplinarność danych wytworzonych przez interdyscyplinarne zespoły. – Zachęcamy twórców technologii, aby odwiedzali nasz szpital w ramach projektu Living Lab i prezentowali swoje rozwiązania użytkownikom, konfrontując się z ich opiniami, bo informacja zwrotna jest niezwykle ważna w procesie doskonalenia innowacji – mówiła prezes Joanna Szyman.

Ważne jest także zespołowe i interdyscyplinarne podejmowanie decyzji w postępowaniu z pacjentem, szczególnie w przypadkach przewlekłych lub kiedy następują nieoczekiwane zmiany w stanie choroby u pacjenta. Taka sytuacja ma miejsce na przykład w onkologii. – Lekarz prowadzący powinien mieć możliwość odwołania się do grona specjalistów, którzy, korzystając jednocześnie z tej samej wiedzy na temat konkretnego pacjenta, będą mogli wypracować najlepszy sposób postępowania. Takie platformy do wymiany poglądów czy prezentacji wyników badań już są wykorzystywane w naszej wielospecjalistycznej placówce. Życzyłbym sobie, aby był to standard postępowania w Krajowej Sieci Onkologicznej – podsumował prof. Krzysztof Składowski.

Technologia nadzieją na lepsze jutro – wnioski z debaty

W podsumowaniu debaty dr Jarosław Górski zawarł wnioski, z którymi zgodzili się jej uczestnicy. Technologia jest obszarem wielkiej szansy dla jakości życia pacjentów, sprawności pracy lekarza

i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ale stanowi też wyzwanie i obnaża często ewidentne braki w jakości procedur prawnych i zarządczych. Ujawnia też duże oczekiwania ze strony pacjentów odnośnie jakości, dostępności i szybkości świadczonych usług medycznych. – Uczmy

się współpracować i nie bójmy się technologii, bo ona mocno wspiera edukację i jest płaszczyzną do współpracy dla personelu medycznego, pomocniczego oraz zarządzającego w ochronie zdrowia. Technologia jest nadzieją na lepsze zdrowie – podsumował dyskusję dr Jarosław Górski.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 1:02:56



Transformacja cyfrowa ochrony zdrowia a interes społeczny

pod patronatem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Moderatorzy: dr Tomasz Imiela, dr Maria Libura

Uczestnicy: Stanisław Iwańczak, Maciej Malenda, Marta Musidłowska, Magdalena Władysiuk, Jan J. Zygmontowski

Starzenie się społeczeństwa, wzrost potrzeb zdrowotnych i dynamiczny rozwój technologiczny stawiają politykę zdrowotną państwa przed trudnymi wyzwaniami. Zarówno organizacja opieki medycznej, jak i szersze zadania zdrowia publicznego wymagają poszukiwania nowych rozwiązań prowadzących do poprawy wydajności systemu przy ograniczonych zasobach. Ograniczenia kadrowe i finansowe skłaniają do poszukiwania nowych modeli opieki wspartych innowacyjnymi narzędziami cyfrowymi.

Właściwie przeprowadzona cyfryzacja ochrony zdrowia ma szansę przyczynić się do poprawy działania instytucji publicznych odpowiedzialnych za system zdrowia, świadczeniodawców oraz dostępności opieki dla pacjentów. Wdrożenie e-zdrowia może stać się podstawą do podejścia skoncentrowanego na pacjencie. Niemniej dotychczasowy rozwój cyfryzacji ochrony zdrowia w Polsce może budzić niepokój. Zarówno kadry medyczne, jak i pacjenci są wielokrotnie zaskakiwani nowymi rozwiązaniami, niekonsekwencją w ich wprowadzaniu oraz niskim wpływem wprowadzanych rozwiązań na bezpieczeństwo pacjenta i jakość opieki. Nie wszystkie rozwiązania cyfrowe są właściwie testowane przed ich wprowadzeniem. Brakuje też lepszej koordynacji procesu cyfryzacji. Na poziomie placówek wybierane rozwiązania nie zawsze są optymalne, ponieważ w niedofinansowanej

polskiej ochronie zdrowia decydujące znaczenie ma zazwyczaj cena produktu czy usługi.

Zespół do spraw studiów strategicznych Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie postanowił zająć się tematem cyfryzacji ochrony zdrowia jako wiodącego problemu systemowego w najbliższych latach. Efektem prac zespołu jest powstająca publikacja pod roboczym tytułem „Transformacja cyfrowa ochrony zdrowia a interes społeczny”. Jej celem było przedstawienie głównych wyzwań dla cyfryzacji ochrony zdrowia w Polsce i jednocześnie zaprezentowanie najważniejszych tez publikacji. Uczestnicy panelu to jednocześnie autorzy rozdziałów powstającego opracowania.

Poniżej przedstawiono najważniejsze tezy i założenia tej publikacji omówione podczas panelu.

I Krajowa i europejska polityka zdrowotna

1. Cyfryzacja sektora zdrowotnego powinna opierać się na przesłankach suwerenności cyfrowej. Suwerenność cyfrowa to zdolność strony publicznej oraz obywateli do egzekwowania swoich praw oraz możliwość wpływania na platformy cyfrowe i firmy technologiczne zgodnie z własnymi potrzebami społecznymi i rozwojowymi.
2. Konieczne jest opracowanie dokumentu opisującego dobre praktyki dla podmiotów medycznych przetwarzających dane pacjentów

w chmurze, a następnie odpowiednie uregulowanie tego obszaru.

3. Bezpieczna infrastruktura informatyczna i rozwój technologii w dziedzinie ochrony zdrowia są równie ważne, co pozostałe elementy wyposażenia placówek medycznych. W związku z tym należy rozważyć przyjęcie polityki wspólnych zakupów dostawców infrastruktury z obszaru UE dla placówek medycznych i szpitali oraz opracować kodeks dla dostawców w dialogu z Urzędem Ochrony Danych Osobowych.
4. Należy odpowiednio skoordynować wydatkowanie na cyfryzację w taki sposób, by zapobiegać ryzykom płynącym z uzależnienia od wielkich koncernów technologicznych i poszczególnych dostawców.
5. Należy wprowadzić karencję na zatrudnienie w prywatnym sektorze osób pracujących uprzednio w sektorze publicznym, aby zapobiec zjawisku obrotowych drzwi. Karencja dotyczyłaby tych obszarów działalności, którymi dana osoba zajmowała się w ramach pracy w instytucji publicznej.
6. Potrzebne jest opracowanie kodeksu etycznego dla sektora publicznego i komercyjnego zaangażowanego w cyfryzację zdrowia.

II Jakość zarządzania danymi i ich wykorzystania

1. Głównym celem poprawy jakości zarządzania danymi w Polsce powinno być przede wszystkim tworzenie wspólnej wartości społecznej (*shared social value*) w taki sposób, by poprzez dzielenie się danymi dotyczącymi zdrowia polepszyć jakość oferowanych usług medycznych. W tym celu konieczny jest jednoczesny rozwój: interoperacyjności, dostępności do danych i transparentności funkcjonowania instytucji zarządzających.
2. Zwiększenie interoperacyjności danych zdrowotnych wymaga ujednoczenia standardów – przysłużyłby się temu obowiązek stosowania międzynarodowo wypracowanych standardów zarówno przez instytucje publiczne, jak i prywatne. W tak newralgicznym obszarze rynku, jakim jest ochrona zdrowia, konieczna jest twar-da harmonizacja standardów interoperacyjności technicznej, semantycznej i procesowej.
3. Należy wesprzeć utworzenie wspólnic danych zdrowotnych opartych na idei ekosystemu zaufania dla cyfrowych danych oraz zasadach wspólnego dysponowania określonymi danymi przez

instytucje, którymi zarządzać będzie niezależny, demokratyczny operator wspólnicy z poszanowaniem zasad prywatności danych wrażliwych.

4. Zatrudnienie asystentów i podnoszenie kompetencji zarządzania danymi to kluczowy element łączący możliwość poprawy wydajności systemu ochrony zdrowia z szansami, jakie niesie cyfryzacja. Konieczne może okazać się wprowadzenie odpowiedniego modułu na studiach przygotowujących do wykonywania zawodów, w ramach których istnieje obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej.
5. Wprowadzenie oceny i taryfikacji oprogramowania (w tym tzw. aplikacji zdrowotnych) wykorzystywanego w celach medycznych. Rozwój technologii medycznych, zbierających i przechowywujących wielkie ilości danych o pacjentach, a także aplikacji medycznych wymaga wprowadzenia mechanizmu opiniującego oprogramowania wykorzystywane w sektorze ochrony zdrowia, w celu sprawdzania jego skuteczności, bezpieczeństwa, a także zgodności z interesem społecznym i prawem. Konieczne jest rozszerzenie zadań i uprawnień Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w tym obszarze.
6. Opracowanie spójnej ramy prawno-organizacyjnej umożliwi współtworzenie nowych rozwiązań systemowych z udziałem wszystkich interesariuszy opieki zdrowotnej, w tym przede wszystkim kadr medycznych i pacjentów.
7. Konieczne jest stworzenie skutecznych mechanizmów planowania, implementacji oraz monitorowania rozwiązań cyfrowych (szczególnie na poziomie centralnym) w celu ewaluacji ich wpływu na efekty zdrowotne, bezpieczeństwo oraz jakość procesów w systemie zdrowia. W przypadku weryfikacji negatywnej potrzebne są mechanizmy wycofywania niekorzystnych rozwiązań.

III Użyteczność i bezpieczeństwo rozwiązań cyfrowych

1. Niezbędna jest modyfikacja ram prawnych ochrony danych osobowych/ medycznych i wykorzystywania tych danych do celów badań naukowych i codziennej praktyki klinicznej, w tym świadomej zgody pacjenta na udostępnianie danych w systemie publicznym i poza nim.
2. Wprowadzanie rozwiązań cyfrowych powinno uwzględniać badania pilotażowe w celu stworzenia standardu opieki z użyciem narzędzi cyfrowych.

3. Wskazane jest utworzenie w strukturze Centrum e-Zdrowia zespołu ds. bezpieczeństwa rozwiązań e-zdrowia w opiece zdrowotnej.
4. Potrzebne jest monitorowanie wpływu wprowadzania rozwiązań cyfrowych na nierówności w zdrowiu. Wskazane wydaje się podjęcie

dotychczasowych działań oraz nakładów finansowych prowadzących do zapewnienia należytej opieki medycznej osobom wykluczonym cyfrowo w dobie przenoszenia coraz większej ilości usług medycznych do obszaru e-zdrowia.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 3:27:21



Jakość kształcenia kadry medycznej w sytuacji powoływania szkół zawodowych medycyny w świetle nowej ustawy

Moderatorzy: prof. Bogusław Machaliński, prof. Zbigniew Gaciong

Uczestnicy: Piotr Bromber, dr hab. Przemysław Czarnek, prof. KUL, prof. Stanisław Głuszek, prof. Janusz Moryś, prof. Wojciech Załuska

Pytanie otwierające panel dyskusyjny dotyczyło pojawiających się propozycji rozszerzenia bazy szkoleniowej o zawodowe szkoły medyczne wymagające nakładów finansowych. Jako pierwszy głos zabrakł dr hab. Przemysław Czarnek, minister edukacji i nauki. Podkreślił, że pomimo większej liczby absolwentów i zwiększenia limitów na kluczowych uczelniach medycznych nadal brakuje kadry. Dlatego zrodził się pomysł wsparcia systemu przez uniwersytety pozamedyczne, a za finansowanie tego zadania, jak i wyposażenie uczelni z kierunkami medycznymi w niezbędny sprzęt odpowiadać miało Ministerstwo Zdrowia. Kluczowe było pytanie, jak połączyć i pogodzić sygnalizowaną potrzebę i inicjatywę Ministerstwa Edukacji i Nauki, poszerzać bazę edukacyjną, tak aby nie ucierpiała jakość szkolenia. Problem ten istnieje także w krajach, w których jakość kształcenia jest na najwyższym poziomie. Przyczyną braku kadr medycznych mogą być małe zarobki w ochronie zdrowia, można także rozpatrywać tę kwestię w kontekście emigracji. Jednak zdaniem ministra edukacji i nauki to nie one bezpośrednio odpowiadają za problemy kadrowe.

Podsekretarz stanu Piotr Bromber, reprezentujący Ministerstwo Zdrowia, został poproszony o nawiązanie do kwestii finansowej oraz refleksję nad innym rozwiązaniem, a mianowicie **wzmocnieniem istniejących już ośrodków medycznych i inwestowaniem**

w ich rozbudowę oraz zidentyfikowanie zagrożeń i problemów przy pierwszym rozruchu kadry medycznej w ośrodkach zawodowych w zestawieniu z kadrą uniwersytetów. – Ważne są nie tylko infrastruktura i sprzęt – stwierdził na wstępie minister Piotr Bromber – lecz także kształcenie kadry. Zmieniamy paradygmat, odchodząc od kultywowania jedynie wiedzy, ale przede wszystkim stawiamy na kompetencje i umiejętności. Formalnie mamy 26 ośrodków, które mogą kształcić na kierunkach lekarskich. Ministerstwo Zdrowia – podkreślił – wykazuje dbałość o jakość w podejmowanych przedsięwzięciach. Dlatego finansowanie niezmiennie w pierwszej kolejności dotyczy 9 „tradycyjnych” uniwersytetów. Jednak we współpracy z MEiN jest także instrument wsparcia dla szkół zawodowych kształcących diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych, pielęgniarki, specjalistów ochrony zdrowia.

Zdaniem ministra Piotra Brombera dotychczasowe doświadczenia pokazały, że poszerzanie możliwości kształcenia przynosi dobre efekty. Zaznaczył on, że nie należy rozpatrywać powstawania nowych ośrodków w kontekście konkurencji, a raczej jako niezbędnej współpracy z kluczowymi uniwersytetami. Jak podkreślił jeden z moderatorów, jakość kształcenia jest nie tylko pochodną kadry – wiedzy i doświadczenia profesorów, adiunktów, młodych lekarzy – lecz także pochodną samych kandydatów – ich przygotowania,

indywidualnych predyspozycji intelektualnych i mentalnych, takich jak gotowość niesienia pomocy nawet przy narażeniu własnego życia. W tym kontekście należy odpowiedzieć na pytanie, czy poziom reprezentowany przez kandydatów nie będzie zbyt zróżnicowany na poszczególnych uczelniach w kontekście niższych progów przyjęć, np. w szkołach zawodowych.

W kwestii zidentyfikowania zagrożeń i problemów wiążących się z pierwszym rozruchem kadry medycznej w ośrodkach zawodowych w zestawieniu z kadrą uniwersytetów zabrakł głos prof. Janusz Morryś, przewodniczący Uniwersyteckiej Komisji ds. Jakości Kształcenia na Kierunku Lekarskim. Wskazał on, że obserwujemy obniżenie punktów rekrutacyjnych do nawet 50 proc., a to nie zapowiada sukcesu w jakości kształcenia. Widoczny jest odpływ kadry dydaktycznej z poszczególnych uczelni, co także przekłada się na jakość kształcenia w związku z koniecznością zwiększenia grup ćwiczeniowych.

Status nauczyciela akademickiego nobilitował pracowników, nauczycieli akademickich. Uczelnie mierzą się jednak teraz z brakiem zaangażowania i chęci kształcenia przez młodą kadrę, a brak kadr to brak zabezpieczenia kształcenia. Jak problem braku atrakcyjności szkół tradycyjnych może rzutować na przyciąganie chętnych do szkół zawodowych? Prof. Wojciech Zatuska, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, zgodził się z przedmówcami i podkreślił, że nie ma doskonałego modelu na świecie, który moglibyśmy inkorporować, musimy zderzać się z pewnym modelem wartości, ambicji młodego pokolenia. Zmiana modelu edukacji – komunikacja kliniczna, interdyscyplinarna, kontrolowane egzaminy, jak na przykład OSCE, a także komunikacja interpersonalna – to działania, w których należy upatrywać efektów, a także wartości dla młodego pokolenia. Dbanie o ustawiczny rozwój jest czymś niezwykle ważnym. Powstają inicjatywy typu URSA (Zespół ds. Ustawicznego Rozwoju Sprawności Akademickiej) i inne wpływające na elementy sprawnej edukacji. Komunikacja, współpraca modelowa, uczciwa i oparta na zasadach kompetencji, stanowią dużą wartość według rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Minister Piotr Bromber podkreślił również ważny punkt oceny kompetencji i umiejętności klinicznych, jakim jest egzamin OSCE (Objective Structured Clinical Examination), tj. Obiektywny Strukturyzowany Egzamin Kliniczny.

Do interwencji w kwestii profilu ogólnoakademickiego, w którym studenci mogą czerpać

z wzorca mistrz-uczeń, stanowiącego koło zamachowe nauki i usytuowania w tej płaszczyźnie modelu realizowanego w szkołach zawodowych, a także potrzeby zwiększenia liczby nauczycieli akademickich odniósł się prof. Zbigniew Gaciong, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

– Zasoby kadrowe, to przede wszystkim absolwenci danej uczelni – powiedział. – Konkurencja stanowi bodziec do poprawy jakości, zatem tworzenie kolejnych ośrodków w sytuacji bezwzględnej potrzeby jest zrozumiałe. Palącą kwestią jest baza kliniczna i zwiększenie możliwości sięgania po tzw. bazę obcą, czyli szpitale nieuniwersyteckie. Rektor WUM postulował uruchomienie mechanizmów umożliwiających lepsze możliwości korzystania z zasobów szpitali nieuniwersyteckich, by stanowiły „szpitale uczące”.

Minister Przemysław Czarnek podkreślił, że w sytuacji małych miejscowości na prowincji problem dostępu do kadry medycznej jest na tyle duży, że kwestia jakości kadry medycznej ustępuje miejsca podstawowemu dostępowi do pomocy medycznej w ogóle. Minister, pytając, dlaczego młodzi ludzie nie chcą realizować się na uczelniach, mówił: – Kiedy lekarzy było wielu i była konkurencja wśród kadry medycznej, status nauczyciela akademickiego podnosił status lekarza. Dziś lekarzy permanentnie brak, więc nie mają potrzeby dodatkowego wysiłku. Wskazał także na blokady w katedrach, niechęć obecnej kadry do kształcenia następców, blokowanie specjalizacji. Brak wsparcia w rozwoju sprawia, że ludzie rezygnują z tej drogi – podkreślił.

Minister Piotr Bromber dodał, że uatrakcyjnienie pracy na uczelni jest dobrym kierunkiem, umożliwiającym ilościowe poradzenie sobie z problemem. Przypomniał o programie „Młody dydaktyk”, będącym wsparciem w godzeniu pracy na uczelni, w klinice z pracą badawczą i realizowaniem grantów. Podkreślił, że wkład rektorów w kreowanie popytu i uatrakcyjnienie pracy na uczelni sprawi, że poradzimy sobie z problemem, a komponent ilościowy nie stoi w opozycji do jakości.

Pytanie o to, jaka perspektywa rysuje się przed nauczycielami akademickimi i w jaki sposób zachęcić do pozostania na uczelni, by nie wyjeżdżali za granicę, stanowiło zakończenie panelu. Ministerstwo Zdrowia, jak nadmieniał minister Piotr Bromber, podejmuje liczne działania prowadzące m.in. do: wzrostu wynagrodzeń, inwestowania w kadrę, wzmacniania kompetencji, umiejętności, wprowadzania nowych regulacji

prawnych, zwiększenia limitów na kierunkach lekarskich. Odnosząc się do pytania, jak zatrzymać naszych absolwentów przed emigracją, prof. Janusz Moryś wskazał palącą kwestię – aby lekarz w Polsce miał czas dla pacjenta, nie na biurokrację. Jest to jeden z decydujących aspektów zniechęcających absolwentów do pracy w zawodach medycznych.

Podsumowując, podczas panelu omówiono najważniejsze wyzwania dla polskiej edukacji w obszarze medycyny, w tym ważką kwestię zwiększenia liczby absolwentów i dbałości o jakość dydaktyki, by absolwent mógł być optymalnie przygotowany do zawodu. Myśl przewodnią stanowiło przekonanie, że

uniwersytety medyczne nadal pozostaną siłą napędową polskiej nauki i kształcenia kadr medycznych. Przeprowadzona dyskusja była wyrazem głębokiej troski, wspólnej odpowiedzialności i zaangażowania kluczowych resortów oraz przedstawicieli uczelni medycznych w Polsce w pracę nad strategicznym rozwiązaniem zagadnienia prawidłowego rozwoju kadry nauczycielskiej oraz wysokiego poziomu kształcenia młodego pokolenia lekarzy. Efektem końcowym tych spójnych działań ma być kompleksowe zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego kraju.

Opracowanie: prof. Bogusław Machaliński

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 5:22:27



Kształcenie kadr medycznych w świecie innowacyjnych technologii

pod patronatem Warsaw New Tech University Foundation

Moderator: ks. prof. Stanisław Dziekoński

Uczestnicy: prof. Zbigniew Gaciong, prof. Józef Haczyński, prof. Marek Niezgódka, Agnieszka Rynec, prof. Arkadiusz Wójs

W ramach Kongresu „Zdrowie Polaków” został przygotowany panel przez Warsaw New Tech University Foundation dedykowany innowacyjnemu kształceniu kadr medycznych w świecie innowacyjnych technologii. Każdy z panelistów odniósł się do zasadniczego tematu dyskusji, włączając doświadczenia własnych środowisk akademickich. Ożywiona wymiana zdań z pogłębioną argumentacją pokazała, że w zależności od swego charakteru uczelnie dysponują różnym potencjałem, który mogą połączyć i utworzyć nową jakość. W ogólnym odbiorze politechniki dysponują szerokimi możliwościami w zakresie tworzenia nowych technologii i ich implementacji zarówno na etapie kształcenia kadr medycznych, jak i w praktyce leczenia. Uczelnie o szerokim profilu, o silnej reprezentacji

nauk humanistycznych i społecznych są nie do zastąpienia w tworzeniu i realizacji programów w coraz bardziej podkreślonej humanizacji medycyny. W centrum uwagi znajdują się uczelnie o profilu stricte medycznym, ze względu na swe wieloletnie doświadczenia w kształceniu kadr medycznych i leczeniu, znacząco wpływające na ciągłe i dynamiczne wzbogacenie warsztatu medycznego we współpracy przede wszystkim z ośrodkami tworzącymi i rozwijającymi nowe technologie. W kontekście innowacyjnego kształcenia kadr medycznych w świecie nowych technologii mocno wybrzmiał postulat tworzenia wydziałów medycznych na politechnikach, poparty przykładem jednego z najlepszych na świecie ośrodków akademickich – Stanford University.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 5:34:06



Interdyscyplinarność i kompleksowość opieki medycznej koniecznością wobec wyzwań zdrowotnych wynikających ze zmian demograficznych

Moderator: dr hab. Robert Olszewski, prof. NIGRiR

Uczestnicy: dr hab. Krzysztof Jeziorski, prof. Brygida Kwiatkowska,
dr hab. Agnieszka Paradowska-Gorycka, prof. Tomasz Targowski,
dr hab. Beata Tarnacka, dr n. med. Marek Tombarkiewicz

Dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher (NIGRiR) dr Marek Tombarkiewicz, który jako pierwszy zabrał głos w panelu, zwrócił uwagę na dwa kluczowe zagadnienia dotyczące systemu ochrony zdrowia w Polsce: jakość i akredytację. Dyrektor Marek Tombarkiewicz, który zajmuje się zagadnieniami jakości w ochronie zdrowia od ponad 13 lat, podkreślił duże jej znaczenie. Uczestnicząc w tworzeniu programu akredytacji szpitali w Polsce, w tym w NIGRiR, zwrócił uwagę na konieczność raportowania zdarzeń niepożądanych, odstępstw od procedur medycznych oraz rolę rejestrów medycznych, które są kopalnią wiedzy. Wyraził satysfakcję, że jego podejście do spraw jakości i akredytacji jest zgodne z obecną polityką Ministerstwa Zdrowia, zwłaszcza w przygotowywaniu nowej ustawy o ochronie zdrowia, w której w szczególny sposób podkreśla się rolę jakości.

Prof. Tomasz Targowski przedstawił projekt centrów zdrowia 75+, który ma mieć umocowanie ustawowe i stanowi nową jakość w opiece geriatrycznej. Projekt zakłada kompleksową opiekę nad seniorami. W ramach kompleksowej opieki geriatrycznej funkcjonowałyby specjalistyczne formy opieki połączone z rehabilitacją oraz opieką psychologiczną, z uwzględnieniem terapii zajęciowej. W centrach zdrowia seniorzy przebywaliby maksymalnie 12 tygodni w roku. Celem takiego pobytu byłaby aktywizacja, przywracanie sprawności i funkcjonowania osób starszych. Centra takie tworzone byłyby w granicach powiatu i współpracowały z terenowymi oddziałami geriatrycznymi, tworząc w ten sposób sieć geriatryczną.

Prof. Brygida Kwiatkowska, zapytana o współczesne problemy polskiej reumatologii, zwróciła uwagę na dwa kluczowe zjawiska: młode osoby chorujące na choroby zapalne stawów oraz na starzejącą się populację Polaków, co powoduje, że

u wielu osób w wieku 65 lat i powyżej występują osteoporoza oraz zmiany zwyrodnieniowe stawów. Problemy dotyczące obu tych populacji wymagają skrócenia czasu oczekiwania na wizytę u reumatologa oraz podjęcia walki z niepełnosprawnością.

Prof. Agnieszka Paradowska-Gorycka, zapytana o rolę badań klinicznych w medycynie, stwierdziła, że badania kliniczne są wielką szansą zarówno dla pacjenta, jak i sponsora oraz lekarzy, przy czym najważniejszym beneficjentem jest zawsze pacjent, gdyż badania kliniczne dostarczą informacji na temat nowych metod leczenia. Dla pacjenta udział w badaniach klinicznych może stanowić jedyną szansę na dalsze leczenie w sytuacji, gdy standardowe metody leczenia zostały już wyczerpane. Ponadto, nawet jeśli pacjent nie zostanie zakwalifikowany do programu badawczego, to uczestnicząc w procedurze badań, przed włączeniem do programu ma wykonywanych wiele badań, które mogą być przydatne w wykryciu innych schorzeń, o których pacjent wcześniej mógł nie wiedzieć.

Na nowe trendy w leczeniu bólu zwróciła uwagę dr hab. Beata Tarnacka. Jednym z tych trendów jest kompleksowe podejście do leczenia bólu, które powinno uwzględniać obecność w procesie terapeutycznym nie tylko anestezjologa, neurologa, reumatologa, lecz także psychologa i fizjoterapeuty. Dr hab. Beata Tarnacka zwróciła uwagę na brak rozwiązań kompleksowych w tym zakresie w Polsce, gdyż brak jest na przykład możliwości jednoczesnego skierowania do psychologa i fizjoterapeuty z powodu braku takiej procedury. Podkreśliła też rolę rehabilitacji w leczeniu bólu, zwłaszcza fantomowego.

Omawiając sytuację epidemiologiczną nowotworów w Polsce, dr hab. Krzysztof Jeziorski zwrócił uwagę na niekorzystne trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory, zwłaszcza w populacji osób starszych. O ile główną przyczyną zgonów

w Polsce są choroby układu krążenia, a nowotwory stanowią drugą przyczynę zgonów, to w populacji osób w tzw. trzecim wieku (65–79 lat) umieralność z powodu chorób nowotworowych dorównuje umieralności z powodu chorób układu krążenia, co stanowi wyzwanie dla onkologii, zdrowia publicznego i całego systemu ochrony zdrowia. Dr hab. Krzysztof Jeziorski zwrócił uwagę na dwa trendy: od 2016 r. rak prostaty stał się główną przyczyną zachorowalności na nowotwory złośliwe u mężczyzn, a od kilkunastu lat rak płuca jest główną przyczyną zgonów u kobiet. Zwrócił także uwagę na pogłębiającą się przepaść w umieralności na nowotwory między Europą Zachodnią i Wschodnią, na niekorzyść Europy Wschodniej, w tym Polski.

Prowadzący spotkanie prof. Robert Olszewski podzielił się informacją na temat obecnie realizowanego w NIGRiR, we współpracy z WHO, projektu polegającego na wdrożeniu chatbota WHO uczącego się i działającego w języku polskim, co stanowi najnowszy trend w projektach prozdrowotnych. Umożliwi to zadawanie pytań dotyczących zdrowia w każdym domu, a ważna jest afiliacja WHO i NIGRiR jako gwarantów, że uzyskiwane od chatbota informacje będą oparte na najnowszych trendach i zdobyciach medycyny. Dr Marek Tombarkiewicz, dyrektor NIGRiR, podkreślił, że status państwowego instytutu badawczego (PIB) jego placówki jest szansą dla klinicystów i naukowców zatrudnionych w NIGRiR na kreowanie polityki zdrowotnej, zwłaszcza polityki senioralnej i zdrowia publicznego. Status PIB umożliwi uzyskanie dodatkowych funduszy zarówno z Ministerstwa Zdrowia, jak i Ministerstwa Edukacji i Nauki na: projekty badawcze, infrastrukturę badawczą, czasopisma naukowe. NIGRiR, posiadając w ewaluacji kategorię A, spełnia wszystkie warunki, aby zostać państwowym instytutem badawczym i realizować politykę zdrowotną, zwłaszcza senioralną i w zakresie zdrowia publicznego.

Zapytany o całościową opiekę geriatryczną, prof. Tomasz Targowski podkreślił rolę kompleksowej oceny uwzględniającej nie tylko lekarskie badanie podmiotowe i przedmiotowe, lecz także zjawisko wielochorobowości, czyli tzw. wielkich problemów geriatrycznych, do których należą m.in.: zespoły otępienne, sarkopenia, zespół kruchości, depresja. Prof. Tomasz Targowski zwrócił uwagę, że nie jest to tylko zwykłe badanie internistyczne, lecz badanie wzbogacone o elementy badania reumatologicznego, gastroenterologicznego, kardiologicznego,

neurologicznego, psychiatrycznego, ocenę sprawności funkcjonalnej oraz uwzględniające potrzeby socjalne.

Z kolei prof. Brygida Kwiatkowska, odpowiadając na pytanie, co łączy, a co dzieli osteoporozę i choroby zwyrodnieniowe, stwierdziła, że osteoporoza i choroby zwyrodnieniowe stanowią narastający problem od 20 lat polegający na wzroście zachorowalności na te choroby. Prof. Brygida Kwiatkowska podkreśliła brak profilaktyki i bardzo słabą wykrywalność osteoporozy, co prowadzi do wzrostu patologicznych złamań kości i stosowania endoprotez. Co interesujące, wydatki na endoprotezy są dziesięciokrotnie wyższe niż te, które powstałyby gdyby stosowano profilaktykę i leczenie osteoporozy. Szacuje się, że ok. 2 mln osób w Polsce choruje na osteoporozę, głównie kobiety w wieku pomenopauzalnym i mężczyźni powyżej 70. roku życia.

Prof. Robert Olszewski wspominał o kolejnym grantie WHO dotyczącym szkolenia edukatorów medycznych w chorobach przewlekłych opracowanym przez pracowników naukowych Uniwersytetu Stanforda, który dedykowany jest polskim i ukraińskim uczestnikom. Skuteczność tego programu w zakresie poprawy jakości życia, zmniejszenia bólu i kontrolowania innych parametrów zdrowia została wykazana w licznych publikacjach.

Prof. Agnieszka Paradowska-Gorycka wskazała na znaczenie badań niekomercyjnych, które nie dotyczą badania nowych leków, tylko leków już stosowanych, badanych w celu wykorzystania w nowych wskazaniach. Badania takie stały się możliwe dzięki inicjatywie Agencji Badań Medycznych i stanowią nową ścieżkę terapeutyczną dla pacjentów, którzy wykorzystali standardowe metody leczenia. W kierowanym przez prof. Agnieszkę Paradowską-Gorycką Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (CWBK) obecnie realizowane są cztery takie projekty. Działalność CWBK nie ogranicza się tylko do reumatologii i geriatry, lecz także prowadzi badania dotyczące m.in. kardiologii, immunologii czy dermatologii.

Dr hab. Beata Tarnacka na pytanie, co robić, aby jak najdłużej utrzymać sprawność, stwierdziła, że drogą do tego są ćwiczenia. Starzenie mózgu jest procesem długotrwałym i nieuniknionym. Od 35. roku życia roczna utrata mózgu wynosi 0,2 proc., a powyżej 60. roku życia 0,5 proc. rocznie. Zanik jest bardziej dynamiczny w chorobach zwyrodnieniowych. Zanika także istota biała mózgu. Stosowanie

ćwiczeń fizycznych, choćby jeden raz w tygodniu przez 30 minut, wykazuje działanie przeciwdepresyjne. Elementem zachowania sprawności są też sporty walki i taniec, które oprócz elementów ćwiczeń zawierają elementy poznawcze, np. ćwiczenie pamięci poprzez zapamiętywanie sekwencji ruchów.

Końcowym elementem panelu była wypowiedź dr. hab. Krzysztofa Jeziorskiego stanowiąca próbę odpowiedzi na pytanie, jak poszerzyć dostęp osób starszych do świadczeń medycznych w onkologii. Panelista zwrócił uwagę na trudności spowodowane pandemią COVID-19, która w istotny sposób ograniczyła dostęp do diagnostyki i terapii chorób nowotworowych, a także do badań przesiewowych, co udokumentowano w licznych publikacjach. Poza utrudnieniami spowodowanymi pandemią problem dostępu do świadczeń onkologicznych spowodowany jest również ograniczeniem udziału pacjentów w badaniach klinicznych. Rozwiązaniem tego problemu może być zmiana podejścia do badań klinicznych i ich organizacji, np. poprzez modyfikację protokołu badawczego.

Wnioski

1. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce wymaga podjęcia działań zapewniających jakość i akredytację.
2. Szansą na nową jakość w opiece geriatrycznej są centra zdrowia 75+.
3. Wzrost zachorowań młodych osób na choroby zapalne stawów oraz wzrost zachorowań na osteoporozę i choroby zwyrodnieniowe stawów u osób w wieku 65 lat i powyżej implikuje konieczność skrócenia czasu oczekiwania na wizytę u reumatologa oraz skuteczniejszej walki z niepełnosprawnością.
4. Zwalczanie bólu wymaga kompleksowego podejścia do tego problemu, które powinno uwzględniać obecność w procesie terapeutycznym nie tylko anestezjologa, neurologa, reumatologa, lecz także psychologa i fizjoterapeuty.
5. Wzrost umieralności na choroby nowotworowe, dorównujący zgonom z powodu chorób układu krążenia w populacji osób 65–79 lat, stanowi wyzwanie dla onkologii, zdrowia publicznego i całego systemu ochrony zdrowia.
6. Wdrożenie chatbota uczącego się i działającego w języku polskim w ramach projektu WHO i NIGRiR jest nowym trendem prozdrowotnym umożliwiającym uzyskanie informacji na temat zdrowia z wiarygodnych źródeł w każdym polskim domu.
7. Szansą na kreowanie i poprawę polityki zdrowotnej w Polsce, zwłaszcza senioralnej i zdrowia publicznego, jest uzyskanie przez NIGRiR statusu państwowego instytutu badawczego.
8. Kluczową rolę w opiece geriatrycznej odgrywa całościowa ocena geriatryczna uwzględniająca nie tylko lekarskie badanie podmiotowe i przedmiotowe, lecz także zjawisko wielochorobowości (czyli tzw. wielkie problemy geriatryczne, do których należą m.in.: zespoły otępienne, sarkopenia, zespół kruchości, depresja), a także elementy badania reumatologicznego, gastroenterologicznego, kardiologicznego, neurologicznego, psychiatrycznego, ocenę sprawności funkcjonalnej oraz ocenę potrzeb socjalnych.
9. Brak profilaktyki i słaba wykrywalność osteoporozy prowadzi do wzrostu patologicznych złamań i stosowania endoprotez, co generuje koszty dziesięciokrotnie wyższe niż te, które powstałyby, gdyby stosowano profilaktykę i leczenie osteoporozy.
10. Program samodzielnego zarządzania swoim zdrowiem opracowany przez naukowców z Uniwersytetu Stanforda, realizowany w ramach grantu WHO umożliwia poprawę jakości życia, zmniejszenie bólu i poprawę innych parametrów zdrowia.
11. Badania niekomercyjne, realizowane przez NIGRiR, stanowią nową ścieżkę terapeutyczną dla pacjentów, którzy wykorzystali standardowe metody leczenia.
12. Szansą dla osób starszych na jak najdłuższe utrzymanie sprawności są: ćwiczenia, sporty walki, taniec.
13. Dostęp osób starszych do procedur onkologicznych, w tym badań klinicznych, wymaga zmiany podejścia do sposobu ich organizacji.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 5:53:52



Realizacja prawa pacjenta do godności, intymności i prywatności w kontekście zmian technologicznych i prawnych w sektorze medycznym

pod patronatem Warsaw New Tech University Foundation

Moderator: dr Edyta Bielak-Jomaa

Uczestnicy: Jakub Adamski, Piotr Drobek, Michał Jaworski,
dr hab. Dorota Karkowska, dr Katarzyna Łakomiec

Kolejnym panelem, zorganizowanym przez Warsaw New Tech University Foundation, był panel poświęcony realizacji prawa pacjenta do godności, intymności i prywatności w kontekście zmian technologicznych i prawnych w sektorze medycznym.

Wielowątkowa dyskusja dotyczyła wpływu nowych technologii na standardy ochrony danych osobowych. Uczestnicy dyskusji rozważali, co – z punktu widzenia prawa i technologii – będzie miało w najbliższym czasie największy wpływ na prawo pacjenta do prywatności. Wskazywali na to, że informatyzacja sektora medycznego rozwija się bardzo szybko i choć jest to niezbędne z punktu widzenia rozwoju medycyny i podniesienia poziomu opieki nad pacjentem, to jednak wymaga wdrożenia zarówno prawnych i organizacyjnych, jak i technicznych środków zapewnienia pacjentom prawa do poszanowania ich prywatności.

Wskazano na potrzebę zapewnienia pacjentom poczucia bezpieczeństwa cyfrowego i możliwość kreowania cyfrowej kultury bezpieczeństwa pacjentów. Podkreślano, że na kształt praw pacjenta istotny wpływ będzie miała europejska strategia dotycząca jednolitego rynku cyfrowego, w ramach której projektowane są akty prawne mówiące o bezpiecznej przestrzeni odnośnie danych medycznych. Instytucje przewidziane przez te projekty mają z jednej strony służyć pacjentom poprzez wzmocnienie ich praw w zakresie ochrony danych osobowych, z drugiej – ułatwić dzielenie się danymi, również w ujęciu transgranicznym, co przyczyni się w znacznym stopniu do rozwoju medycyny. Regulacje te można określić mianem prawa przyszłości, wymuszającego pewne mechanizmy i formaty danych, które stanowią jedno z najważniejszych wyzwań technicznych i prawnych.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 7:24:20



System no-fault – wyzwanie społeczne

pod patronatem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Moderator: Michał Niepytalski

Uczestnicy: dr hab. Mikołaj Małecki, mec. Tomasz Młynarski, prof. Ewa Mojs,
dr inż. Robert Mołdach, lek. Piotr Pawliszak

Panel otworzyło wystąpienie prezesa ORL w Warszawie Piotra Pawliszaka, będącego jednocześnie przewodniczącym Zespołu ds. Reformy Systemu Zgłaszania i Rejestrowania Zdarzeń Niepożądanych i Szkód w Ochronie Zdrowia NRL. Mówił on między

innymi o czynnikach sprzyjających błędom medycznym, jak na przykład przepracowanie.

Karnista dr hab. Mikołaj Małecki poświęcił uwagę tworzeniu odpowiedzialnego prawa. Jego zdaniem takie kryterium spełniają przepisy o no-fault

jako maksymalizujące bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.

Mecenas Tomasz Młynarski wyjaśnił, co w odbiorze społecznym może stanowić największą wadę propozycji zmiany reguł odpowiedzialności za błędy medyczne. – Argumentacja przeciwników systemu no-fault odnosi się do kwestii etycznych, równości wobec prawa. Jest on uznawany za formę faworyzowania określonej grupy zawodowej – stwierdził.

Robert Mołdach zauważył natomiast, że problem odpowiedzialności za błędy zawodowe i wyciągania z nich wniosków nie jest zarezerwowany wyłącznie dla ochrony zdrowia, ale generalnie – działalności z sektora tzw. wysokiego ryzyka, gdzie niewielki błąd może przynieść tragiczne skutki. – Wspólną płaszczyzną dyskusji nad praktycznym

rozwiązaniem jest konieczność zaistnienia kultury bezpieczeństwa – zauważył.

Prof. Ewa Mojs dużą część swojej wypowiedzi poświęciła psychologicznemu zjawisku występującemu m.in. w analizowaniu błędów medycznych, polegającemu na nadmiernym przypisywaniu odpowiedzialności za błędy pojedynczym, ale konkretnym osobom i niedocenianiu wielu abstrakcyjnych czynników, takich jak: procedury, otoczenie instytucjonalne czy inne niezależne od człowieka okoliczności zdarzenia. Zjawisko to nazwała błędem atrybucji.

Jako ostatni w dyskusji zabrał głos otwierający ją Piotr Pawliszak, który skonstatował: – Lekarz w polskim systemie ochrony zdrowia nie ma do czynienia z kulturą bezpieczeństwa, ale kulturą strachu.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 5:37:25



Świat po pandemii COVID-19 – pandemia lekooporności

Moderator: prof. Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat

Uczestnicy: prof. Mirosław Czuczwar, prof. Marek Gniadkowski

W ostatnich latach na całym świecie obserwuje się gwałtowny wzrost oporności drobnoustrojów na antybiotyki. Szacuje się, że w 2019 r. z powodu zakażeń wywołanych przez bakterie odporne zmarło na świecie ok. 5 mln osób. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) ocenia, że w Europie liczba zakażeń wywoływanych przez bakterie odporne w 2020 r. wyniosła 801 517, a liczba zgonów – 35 813.

Wszystkie niekorzystne trendy uległy nasileniu w trakcie pandemii COVID-19 ze względu na:

- nieadekwatne procedury kontroli zakażeń szpitalnych, ukierunkowane głównie na zabezpieczenie personelu przed zakażeniem SARS-CoV-2, ale sprzyjające szerzeniu się drobnoustrojów opornych pomiędzy pacjentami;
- niekontrolowane i nieuzasadnione stosowanie antybiotyków u pacjentów zakażonych SARS-CoV-2.

W Polsce w okresie pandemii doszło do znacznego wzrostu oporności wśród drobnoustrojów inwazyjnych. Oporność na karbapenemy w przypadku *Klebsiella pneumoniae* wzrosła z 8,2 proc. w 2020 r. do 19,5 proc. w 2021 r., a oporność na kolistynę (która często jest lekiem ostatniej szansy) odpowiednio z 8,7 proc. do 15,5 proc. Szczególnie niepokoi fakt, że głównym mechanizmem oporności pęteczek *Enterobacteriales* w Polsce jest wytwarzanie enzymów rozkładających wszystkie dostępne w kraju antybiotyki beta-laktamowe, co dramatycznie ogranicza możliwość skutecznej terapii. Śmiertelność w przebiegu takich zakażeń sięga 70 proc. Ponadto w 2021 r. zarejestrowano aż 538 ognisk epidemicznych o etiologii *C. difficile* (o 145 proc. więcej niż w 2020 r.). Zakażenia *C. difficile* są uznawane za wskaźnik jakości kontroli zakażeń i polityki antybiotykowej. Liczby notowane w Polsce wskazują, że sytuacja wymknęła się spod kontroli i wymaga pilnych działań naprawczych.

Aby zahamować narastającą oporność drobnoustrojów, a tym samym zachować przydatność dostępnych antybiotyków, konieczne jest:

- wdrożenie i bezwzględne przestrzeganie procedur kontroli zakażeń szpitalnych, w tym przede wszystkim szybkie wykrywanie i izolowanie pacjentów zakażonych/skolonizowanych drobnoustrojami wieloopornymi;
- wdrożenie i rygorystyczne przestrzeganie zasad racjonalnej antybiotykoterapii.

Wyżej wymienione działania wymagają odpowiednich zasobów, tj. zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu zespołów kontroli zakażeń oraz zespołów ds. polityki antybiotykowej. W skład tych ostatnich powinien wchodzić specjalista ds. leczenia zakażeń (lekarz mikrobiolog lub lekarz innej specjalności przeszkolony w tym zakresie), farmakolog kliniczny i diagnosta mikrobiolog. Zespoły takie funkcjonują we wszystkich krajach rozwiniętych, natomiast w Polsce ich rola ciągle jest niedoceniana, a praca często łączona z innymi działaniami, co istotnie ogranicza ich skuteczność i prowadzi do wyżej opisanych konsekwencji.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 6:23:50



Rola leków generycznych w zapewnieniu społeczeństwu bezpieczeństwa lekowego

Moderator: dr n. farm. Magdalena B. Skarżyńska

Uczestnicy: prof. Zbigniew Gaciong, dr n. farm. Rafał Łunio, Elżbieta Pączkowska, Grzegorz Rychwalski, prof. Małgorzata Sznitowska

Zgodnie z prawem oraz ochroną patentową produkt leczniczy oryginalny (nowo wprowadzony na rynek lek) jest objęty ochroną patentową, która trwa około 20 lat, i w czasie trwania tej ochrony żaden inny producent nie może produkować danego leku. W momencie wygaśnięcia ochrony patentowej inni producenci mogą wytwarzać dany lek, który nazywamy wtedy lekiem generycznym. Wzrasta wówczas poziom konkurencyjności pomiędzy poszczególnymi producentami w zakresie danego leku, co ma przełożenie m.in. na cenę leku. Zgodnie z prawem (ustawą refundacyjną) pierwszy lek generyczny, który wchodzi na listę refundacyjną musi być o 25 proc. tańszy od leku, któremu wygasa ochrona patentowa. Jeszcze większy spadek cen powoduje wprowadzenie kolejnych produktów leczniczych generycznych. Krajowy nadzór dotyczący monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych, niezależnie od tego, czy są to leki generyczne, czy leki oryginalne, jest taki sam.

W tematykę dotyczącą leków generycznych wprowadziła słuchaczy prof. Małgorzata Sznitowska, która jest specjalistą w dziedzinie technologii farmaceutycznej, biofarmacji i farmacji aptecznej. W 2007 r. minister zdrowia powierzył jej funkcję konsultanta krajowego ds. farmacji przemysłowej. Prof. Małgorzata Sznitowska opowiedziała o cechach produktów leczniczych generycznych, o ich biorównoważności oraz o procesie rejestracji i wprowadzaniu leku na rynek, a także o badaniach, jakie prowadzone są dla każdego produktu generycznego. Prof. Małgorzata Sznitowska odniosła się także do istoty bezpieczeństwa lekowego społeczeństwa polskiego i przypomniała czas pandemii koronawirusa, kiedy okazało się, że krajowa produkcja leków zaspokaja jedynie 32 proc. zasobów krajowych (68 proc. to produkcja zagraniczna). Zwróciła też uwagę na innowacyjność leków generycznych, przystępność cenową oraz poprawę skuteczności i efektywności terapii, które odpowiadają potrzebom polskich pacjentów.

Prof. Zbigniew Gaciong poruszył kwestie związane z tym, czy lek generyczny może zastąpić lek oryginalny, i potwierdził, że jest to możliwe. W dalszej części dyskusji poruszane były kwestie związane z zarzutami i argumentami za i przeciw związanymi ze stosowaniem leków generycznych. Prof. Sznitowska zachęcała do zgłaszania działań niepożądanych.

Grzegorz Rychwalski przedstawił dane liczbowe dotyczące udziału leków generycznych w leczeniu chorób cywilizacyjnych na rynku zagranicznym i polskim. Rozmówca poparł swoje argumenty konkretnymi danymi liczbowymi, wskazując na ogólny udział w rynku na poziomie 53 proc., ale np. na rynku niemieckim to aż 83 proc., najwyższy wskaźnik ma Wielka Brytania – 85 proc., a najniższy Luksemburg – tylko 12 proc. Przedstawiono także dane odnoszące się do rynku polskiego – 75 proc. produktów w Polskich aptekach to leki generyczne, które, jak podkreślają specjaliści, są równie skuteczne jak leki oryginalne. Grzegorz Rychwalski przytoczył także dane procentowe stosowania leków – zamienników w poszczególnych terapiach. Zgodnie z jego słowami zarówno np. w kardiologii, jak i pulmonologii zastosowanie leków zamiennych wynosi powyżej 70 proc., natomiast w terapiach szpitalnych leki zamiennicze stanowią ok. 31 proc. Zaznacza się także, że większość leków refundowanych to także leki generyczne, a nie opatentowane oryginały. Prezes Grzegorz Rychwalski podkreślił, jak ważna jest możliwość stosowania leków generycznych i jak istotna jest kwestia budżetowa w procesach terapeutycznych i leczniczych. Mówił także o istocie dostępności produktów w leczeniu pacjentów. Pacjentom należy się możliwość wyboru. Według danych GUS-u przemysł farmaceutyczny jest trzecim pod względem innowacyjności przemysłem w Polsce. Ważne jest więc, by polscy pacjenci mogli polegać na polskich produktach, które nie tylko okazują się korzystniejsze cenowo, lecz także są napędem polskiej gospodarki i światłem polskiego rynku pracy.

Producenci produktów leczniczych oryginalnych podkreślają, że produkty lecznicze generyczne nie są tożsame z produktem leczniczym oryginalnym. Dr n. farm. Rafał Łunio, specjalista w zakresie rozwoju produktów leczniczych, technologii i analityki farmaceutycznej oraz biofarmacji, jeszcze raz odniósł się

do tego stwierdzenia i wymienił cechy, które świadczą o równości leków generycznych z oryginalnymi, nawet w przypadku leków biologicznych. Stosowanie leków generycznych jest procesem bezpiecznym i zalecanym w terapiach najtrudniej leczonych chorób. Europejska Agencja Leków, która jest jedynym organem rejestrującym leki, wydała oświadczenie, że leki biologiczne zarejestrowane w UE są zamienne – to oświadczenie było kluczowe i epokowe w ujęciu dyskusji związanej z biorównoważnością leków biologicznych i biopodobnych. Z czego zatem wynika przystępność cenowa leku generycznego? Takie czynniki, jak: innowacyjność technologii, krótszy proces badawczy i mechanizm konkurencji rynkowej, skutecznie wpływają na obniżenie ceny produktów leczniczych nowo wprowadzanych na rynek.

Jak wygląda proces powstawania leku generycznego? Ile lat trwają prace nad wprowadzeniem leku na rynek? Czy te procesy można przyspieszyć? Na te pytania odpowiadała dr Elżbieta Pączkowska – farmaceuta i biolog z 20-letnim doświadczeniem w przemyśle farmaceutycznym w obszarze badań, rozwoju i jakości. Proces, którego efektem jest wprowadzenie leku generycznego na rynek, jest długi. Biorąc pod uwagę najprostsze i nieskomplikowane leki, to okres od dwóch do czterech lat, nie licząc procesu rejestracji, a przy bardziej skomplikowanych składach – nawet osiem lat plus dodatkowo proces rejestracji. Lek generyczny musi przejść te same procesy badawcze, co leki oryginalne. Każda zmiana, innowacja, nawet polegająca np. na zmianie kształtu butelki czy usunięciu konserwantów z kropli do oczu, zmiana drogi podania – to wszystko wymaga kolejnych badań i wydłuża proces.

W podsumowaniu paneliści wrócili do kwestii bezpieczeństwa lekowego społeczeństwa polskiego. Grzegorz Rychwalski ponownie podkreślił istotę polskiej produkcji farmaceutycznej. Wspomniano o funduszach europejskich, które także wspomagają ekonomię rynku farmaceutycznego. W Parlamencie Europejskim trwają prace nad uruchomieniem dalszych procesów refundacyjnych dla substancji czynnych. Rozwój to inwestycja. Bezpieczeństwo to gwarancja dostępności leczenia. Leki generyczne to leki bezpieczne, ważne i potrzebne w aspekcie krajowego bezpieczeństwa lekowego.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 4:24:06



Miejsce farmaceuty w opiece koordynowanej

Moderatorzy: dr hab. Mariola Drozd, prof. UM w Lublinie,
dr hab. Agnieszka Skowron, prof. UJ

Uczestnicy: dr n. med. Renata Bogusz, dr n. farm. Lucyna Bułaś,
dr Justyna Dymek, dr Anna Gołda

Opieka zdrowotna w obecnym czasie staje się coraz bardziej złożona i kosztowna ze względu na czynniki demograficzne oraz zmiany statusu choroby. Dlatego potrzebne jest inne podejście do opieki w zakresie świadczenia usług zdrowotnych, zarządzania nimi, a w szczególności ich finansowania. Podejście, które może poprawić jakość opieki, rozpoznawać potrzeby i wymagania chorych oraz wspierać stabilność finansową systemu ochrony zdrowia.

Wprowadzenie opieki koordynowanej może pomóc polskiemu systemowi opieki zdrowotnej poprawić zdrowie populacji, podwyższyć jakość opieki indywidualnej oraz zmniejszyć koszty w przeliczeniu na osobę. A zatem opieka zdrowotna koordynowana są to usługi medyczne, które są zarządzane i dostarczane osobom w sposób zapewniający ciągłość opieki zdrowotnej poprzez występowanie kolejno jej elementów. Opieka koordynowana obejmuje: promocję zdrowia, zapobieganie chorobom, stawianie diagnozy, leczenie, zarządzanie chorobami, rehabilitację oraz paliatywne usługi medyczne, na różnych poziomach i w różnych miejscach systemu opieki zdrowotnej, zgodnie z zapotrzebowaniem chorego, w formie stałej dyskusji z nim oraz w okresie całego jego życia.

Farmakoterapia jest najczęściej stosowaną metodą leczenia, ale często pociąga za sobą wysokie koszty leczenia. Prawidłowe stosowanie leków ma kluczowe znaczenie dla skuteczności leczenia, zapobiegania występowania problemów lekowych, wpływa także na zmniejszenie ogólnych kosztów terapii. Opieka koordynowana, mająca na celu zarówno podniesienie jakości opieki, jak i obniżenie jej kosztów, powinna koncentrować się na rzeczywistym włączeniu farmaceutów w podstawową opiekę zdrowotną poprzez wypracowywanie wspólnego podejścia do różnych świadczeń farmaceutycznych.

Założeniem sesji było wskazanie potrzeby włączenia farmaceuty do zespołu opieki koordynowanej oraz wskazanie miejsca i obszarów jego działania.

Pierwszy wykład **Znaczenie relacji lekarz-farmaceuta w opiece koordynowanej**, przedstawiony

przez socjologa dr Renatę Bogusz, przybliżył informacje na temat dominującego do niedawna modelu relacji pomiędzy lekarzami i farmaceutami w Polsce, kiedy role były tradycyjne, odseparowane, przy jednoczesnej dominacji lekarza. Następnie uzasadniono konieczność poszerzenia dotychczasowego zakresu współpracy z powodu przemian demograficznych, epidemiologicznych oraz ze względu na niewydolność i przeciążenie systemu opieki zdrowotnej. Przedstawiono formalno-prawne podstawy współpracy lekarzy i farmaceutów, akcentując znaczenie nowelizowanych oraz nowych aktów prawnych i innych dokumentów o charakterze strategicznym dla polskiego systemu ochrony zdrowia. Omówiono etapy wdrażania i cechy charakterystyczne opieki koordynowanej, które zostały określone w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej. W dalszej części zaprezentowano realne i potencjalne zakresy współpracy, ze szczególnym uwzględnieniem opieki farmaceutycznej, która w ustawie o zawodzie farmaceuty została określona jako świadczenie zdrowotne. W tej sytuacji farmaceuta, realizując opiekę farmaceutyczną samodzielnie, ale we współpracy z pacjentem i prowadzącym go lekarzem, ma monitorować przebieg farmakoterapii, aby oceniać jej skuteczność i zapewniać bezpieczeństwo jej stosowania oraz identyfikować, analizować i rozwiązywać problemy lekowe, kierując się szeregiem procedur, takich jak np. wykonywanie przeglądów lekowych czy określonych badań diagnostycznych lub wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego. Uzasadniono udział farmaceuty w ramach poziomej i pionowej opieki koordynowanej oraz to, że sama opieka farmaceutyczna może być postrzegana jako opieka koordynowana. Przedstawiono możliwe do osiągnięcia korzyści dla pacjenta, dla profesjonalistów oraz w skali zdrowia publicznego w sytuacji współpracy lekarza i farmaceuty w opiece koordynowanej. W końcowej części pracy zaprezentowano wybrane przykłady z badań własnych. Podsumowując, stwierdzono, że regulacje formalno-prawne oraz doświadczenia międzynarodowe dają nadzieję

na poszerzenie zakresu dotychczasowej współpracy lekarzy i farmaceutów w Polsce w ramach modelu opieki koordynowanej, szkoda jednak, że farmaceuci ustawowo nie zostali włączeni do zespołu opieki koordynowanej w ramach POZ.

Drugim wykładem wskazującym obszar obecnie zapominany, jakim jest lek indywidualnie zaprojektowany i sporządzony przez farmaceutę na indywidualne potrzeby pacjenta, które mogą stanowić ważny element opieki koordynowanej, był wykład farmaceutki dr Lucyny Bułaś **Co powinniśmy wiedzieć o właściwym stosowaniu leków recepturowych**. Leki recepturowe włączane do terapii pacjenta są lekami sporządzanymi przez farmaceutę w aptece na podstawie zapisu składu podanego na receptce przez lekarza. Każdy lek recepturowy sporządzany jest z należytą starannością po wcześniejszym sprawdzeniu m.in.: składu, dostępności poszczególnych składników, możliwości wykonania zapisanej postaci leku oraz poprawności dawkowania, drogi podania – z zaznaczeniem tych informacji w sposób czytelny na etykiecie. Zatem lek recepturowy jest przygotowywany pod indywidualne potrzeby pacjenta i wymaga odpowiedniego miejsca przygotowania, aparatury, dokumentacji stosownych utensyliów i przede wszystkim wiedzy farmaceuty dotyczącej łączenia składników zapisanych na receptce.

Dla wszystkich preparatów farmaceutycznych sporządzanych w aptece farmaceuta ustala okres przydatności do użycia i w tym okresie lek powinien mieć właściwości takie, jakie posiadał bezpośrednio po sporządzeniu. Dlatego nie bez znaczenia pozostają warunki przechowywania leku, np. w podanych zakresach temperatury – od 2°C do 15°C wymagane jest przechowywanie w lodówce, w tej części, w której nie dochodzi do zamarzania przechowywanych produktów, w wydzielonej przestrzeni, np. w zamkniętym pudełku. Nie zaleca się przechowywania leku na półkach drzwi lodówki ze względu na częste zmiany temperatury przy jej otwieraniu.

Nieodzowne jest poinformowanie pacjenta o właściwym stosowaniu, aplikacji leku, jak również o terminie jego przydatności i prawidłowym przechowywaniu. Kluczowe znaczenie odgrywa rozmowa, wywiad i sposób komunikowania się z pacjentem. Sprawy z pozoru błahe, pomijane w rozmowie z pacjentem mogą skutkować nieuzyskaniem pożądanego efektu terapeutycznego, oczekiwanego zarówno przez lekarza zlecającego terapię, jak również przez pacjenta. Nieprawidłowe przyjęcie leku,

np. leku zawartego w kapsułce skrobiowej, może doprowadzić do zakrztuszenia się kapsułką, zwłaszcza u osób z dysfagią, lub jej drażniącego działania w przypadku pozostania w przewodzie pokarmowym (tzw. przyklejenia się). Aby temu zapobiec, należy umieścić informację o ich poprawnym zażyciu na opakowaniu zawierającym kapsułki skrobiowe: „Przed przyjęciem kapsułkę zwilżyć przez zanzurzenie na kilka sekund w wodzie, następnie umieścić na języku i połknąć, popijając ½ szklanki wody”.

Czopki i gałki aplikowane są zarówno w populacji pediatrycznej, osobom dorosłym czy w populacji geriatrycznej. Nieprawidłowa aplikacja, nieprzestrzeganie podstawowych zaleceń mogą zniweczyć uzyskanie działania np. przeciwbólowego, przeciwgorączkowego. Brak informacji o konieczności pozostania co najmniej przez okres 30-minutowy w pozycji horyzontalnej, unikaniu wysiłku fizycznego po aplikacji czopka do odbytnicy, stosowanego np. przeciwbólowo, może nie wywołać zamierzonego efektu ze względu na odruch defekacyjny przyczyniający się do jego wydalenia, co prowadzi do zastosowania ponownej dawki leku ze względu na brak zniwelowania bólu.

Istotne jest przestrzeganie czasu określonego przez farmaceutę jako czasu, w którym dany lek powinien zostać zużyty. W odniesieniu do płynnej postaci leku należałoby zastąpić miary domowe – łyżkę, łyżeczkę – stosownymi miarkami z zaznaczoną podziałką objętościową czy dołączeniem strzykawki doustnej. Nieprawidłowa aplikacja maści, a w szczególności sposób nanoszenia na zmiany chorobowe, może przyczynić się do powiększania zmian chorobowych lub wystąpienia działań niepożądanych, m.in. z powodu wchłaniania substancji leczniczej do krwioobiegu.

Trzeci wykład to **Rozwiązywanie problemów lekowych w ramach usług farmaceutycznych a opieka koordynowana**, przygotowany przez dwie farmaceutki – dr Justynę Dymek i dr Annę Gołdę. Wprowadzona w 2020 r. ustawa o zawodzie farmaceuty określa rolę farmaceutów jako osób udzielających świadczeń zdrowotnych. Opieka koordynowana nad pacjentem ma za zadanie zintegrować udzielanie ww. świadczeń, dlatego podczas jej wdrażania nie można zapominać o farmaceutach. Zgodnie z ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej koordynator ma zapewnić współpracę między osobami udzielającymi świadczeń. Z punktu widzenia tego procesu istotna jest możliwość współpracy farmaceuty

z koordynatorem. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia jako zadania koordynatora wskazywał: budowanie relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w opiekę nad pacjentem, koordynację obiegu dokumentacji medycznej i nadzór nad jej kompletnością oraz nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu z pacjentem i jego rodziną podczas procesu leczenia. Pozwala to mieć nadzieję na uwzględnienie usług farmaceutycznych i ich dokumentacji w procesie terapeutycznym.

Warto zwrócić uwagę na rolę i miejsce farmaceutów w systemie opieki zdrowotnej. Świadczą oni usługi farmaceutyczne na rzecz pacjentów na każdym etapie leczenia. Z perspektywy pacjentów farmaceuci mogą znajdować się na początku łańcucha kontaktu z systemem – pacjent może się do nich zgłosić np. po poradę, zakup leku OTC, inny typ świadczenia w sytuacji, gdy kontakt z lekarzem nie jest konieczny. Kontakt z farmaceutą może być również stałym elementem procesu leczenia, np. w sytuacji regularnego realizowania recept na leki w chorobie przewlekłej lub objęcia innym świadczeniem wymagającym regularnych wizyt, np. w aptece. Pacjent może kontaktować się z farmaceutą jako ostatnim świadczeniodawcą w systemie opieki zdrowotnej, w przypadku np. realizacji recepty zleconej na schorzenie ostre. Kontakt z farmaceutą może być inicjowany przez samego pacjenta, jak i inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, w tym również przez koordynatora.

Warto przypomnieć, że farmaceuci świadczą także usługi, które mogą, ale nie muszą towarzyszyć wydaniu leku. Do świadczeń i/lub usług, których realizacja została zapisana w ustawie o zawodzie farmaceuty, można zaliczyć m.in.: przeprowadzenie wywiadu farmaceutycznego, udzielenie porady farmaceutycznej, wykonanie przeglądu lekowego, wystawienie recepty kontynuowanej czy edukowanie. Podczas ich udzielania może zaistnieć potrzeba porozumienia się farmaceuty z pozostałymi osobami, pod których opieką znajduje się pacjent, zwłaszcza jeśli zostaną wykryte problemy lekowe. Problemy lekowe to zdarzenia lub okoliczności dotyczące farmakoterapii, które przeszkadzają w uzyskaniu pożądanych efektów zdrowotnych. Mogą być potencjalne, gdy ich efekt jeszcze się nie ujawnił, np. farmaceuta zorientował się, że pacjent zażywa lek o niezmodyfikowanym uwalnianiu zamiast, jak dotąd, o zmodyfikowanym uwalnianiu, robiąc to bez zmiany schematu dawkowania. Pacjent czuje się

dobrze, ale przedłużenie tej sytuacji może obniżyć skuteczność i bezpieczeństwo farmakoterapii.

Problemy rzeczywiste to te, z powodu których wystąpiły negatywne konsekwencje zdrowotne. Wykrywanie problemów lekowych, zapobieganie ich wystąpieniu oraz wskazywanie i/lub wdrażanie interwencji w sytuacji ich wykrycia należy do zadań zawodowych farmaceutów. Warto podkreślić, że wykrycie istnienia potencjalnych problemów i ich zaraportowanie oraz właściwa interwencja jest sytuacją najkorzystniejszą z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej, jak i pacjenta.

Farmaceuci są edukowani w kierunku identyfikowania przyczyn problemów lekowych. Przyczyny problemów lekowych mogą wiązać się z niewłaściwym postępowaniem pacjenta, np. gdy celowo modyfikuje dawkowanie, lub mogą wynikać z braku jego świadomości dot. zaleceń. Lek może być również podawany pacjentowi w niewłaściwy sposób przez personel medyczny, np. w domu pomocy społecznej. Źródło problemu lekowego może wynikać również z błędów na poziomie zlecenia terapii, np. omyłkowego zlecenia niewłaściwej substancji czynnej, dawki, dawkowania, czasu terapii lub postaci leku. Wymienione przyczyny problemów lekowych mogą wystąpić zarówno na poziomie przepisania leku, jak również podczas jego wydania w aptecę. Mając podejrzenie, że zidentyfikowane problemy lekowe mogą stanowić zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta, farmaceuta będący w kontakcie z koordynatorem może skutecznie i szybko zainterweniować. Kontakt z lekarzem z poziomu farmaceuty zapośredniczony przez koordynatora może pozwolić na natychmiastowe rozwiązanie problemów lekowych bez konieczności odsyłania pacjenta do lekarza zlecającego. Co więcej – pozwala zminimalizować ryzyko sytuacji, w której lekarz prowadzący nie uzyska wiedzy o występowaniu problemu.

Podczas usługi tzw. recepty kontynuowanej farmaceuci mają możliwość wykrycia problemu utrudniającego decyzję o możliwości kontynuacji stosowania leku, np. występowanie istotnych działań niepożądanych lub nowo zdiagnozowanej choroby. Skoordynowanie tej usługi w momencie wykrycia problemów lekowych pozwoliłoby oszczędzić czas zarówno pacjenta, jak i lekarza. Usługa edukacji, zwiększająca wiedzę pacjenta szczególnie na temat nowego leku, może zapobiec wystąpieniu problemów lekowych w przyszłości, zwłaszcza wynikających z niestosowania się do zaleceń terapeutycznych,

pozwała też wykryć inne problemy lekowe, związane np. z brakiem możliwości zastosowania leku z uwagi na wysokie koszty. Sytuacja, w której farmaceuta pozyskuje wiedzę o tym, że pacjent nie będzie stosował leku, powinna zostać przekazana koordynatorowi celem wyboru innej alternatywy terapeutycznej.

Kolejną usługą, którą mogą świadczyć farmaceuci, jest przegląd lekowy. Jego głównym założeniem jest wykrycie problemów lekowych i ich przyczyn oraz wskazanie/ wdrożenie rekomendowanych interwencji w celu optymalizacji farmakoterapii i poprawy wyników leczenia. Polega on na ustrukturyzowanej ocenie wszystkich leków, ziół i suplementów diety stosowanych przez pacjenta. Możliwość współpracy farmaceuty z koordynatorem, zwłaszcza na etapie ustalania i wdrażania najbardziej optymalnych interwencji w procesie rozwiązywania problemów lekowych, np. dotyczących interakcji między lekami zleconymi przez różnych specjalistów lub ujawnienia przeciwwskazań do zastosowania leku, znacznie uprościłaby i przyspieszyłaby wdrożenie skutecznych interwencji. Gotowa i uzgodniona w zakresie rekomendowanych rozwiązań dokumentacja przeglądu lekowego powinna stanowić integralną część dokumentacji medycznej pacjenta, do której ma dostęp koordynator.

Jak wykazano, współpraca farmaceuta–koordynator powinna być wielokierunkowa. Może ona dotyczyć uzyskania dodatkowych informacji o pacjencie przez farmaceutę, jak również przekazania informacji ze strony farmaceuty specjalistom opiekującym się pacjentem. Do tej pory właściwie jedyną możliwością

dostępną dla farmaceutów, w niejasnej sytuacji zdrowotnej pacjenta, było odesłanie go do osoby udzielającej świadczeń. Koordynacja opieki powinna sprawić, że zawodowe kontakty na linii farmaceuci–lekarze nie będą odbywały się za pośrednictwem pacjenta. Wykrycie problemów lekowych i podjęte interwencje, udokumentowane przez farmaceutę, powinny być widoczne w dokumentacji medycznej pacjenta. Opieka koordynowana, z uwagi na zapis o ciągłości dokumentacji, stwarza szansę na podjęcie takiego działania.

Uwzględnienie farmaceutów w opiece koordynowanej stwarza przestrzeń do podejmowania interwencji w ramach identyfikacji i rozwiązywania problemów lekowych oraz edukacji, a działania te mogą też zostać zintegrowane z pozostałymi aktywnościami związanymi z procesem opieki zdrowotnej nad pacjentem. Wzrost odsetka rozwiązanych problemów lekowych powinien przełożyć się na wzrost efektywności i bezpieczeństwa terapii, jak również generować oszczędności finansowe.

Wyzwaniem jest ścieżka komunikacji w opiece koordynowanej, a formalną przeszkodą – brak zapisu w ustawodawstwie odnośnie włączenia farmaceuty do grona zawodów medycznych zespołu opieki koordynowanej w ramach POZ. W celu usprawnienia procesu koniecznością jest stworzenie platformy umożliwiającej kontakt farmaceutów z koordynatorem (i dzięki temu z innymi osobami świadczącymi usługi zdrowotne), jak również zintegrowanie dokumentacji tworzonej przez farmaceutów podczas świadczenia usług farmaceutycznych z pozostałą dokumentacją medyczną pacjenta.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 6:32:16



POZOSTAŁE PANELE EKSPERCKIE

Dekalog niezaspokojonych potrzeb polskiej kardiologii

Moderator: prof. Przemysław Mitkowski

Uczestnicy: prof. Marcin Czech, prof. Robert Gil, prof. Adam Witkowski

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 3:19:13



Chirurgia polska w dobie pandemii COVID-19

Moderator: prof. Grzegorz Wallner

Uczestnicy: dr hab. Kryspin Mitura, prof. UPH, prof. Michał Pędziwiatr

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 2:07:28



Kształcenie kadr medycznych wobec wyzwań zdrowotnych i technologicznych

Moderator: prof. Ryszard Gellert

Uczestnicy: Piotr Bromber, Wojciech Dołkowski, prof. Kamil Torres

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 5:28:52



Pacjent – kadry – innowacje. Jak zwiększyć dostępność do świadczeń zdrowotnych

Moderator: red. Iwona Schymalla

Uczestnicy: dr n. kf. Dominika Batycka-Stachnik, dr Klaudiusz Komor, Zofia Małas, Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, dr hab. Małgorzata Rusak

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 7:14:17



Innowacyjność w perinatologii i ginekologii

Moderator: prof. Przemysław Oszukowski

Uczestnicy: dr hab. Iwona Maroszyńska, prof. Tomasz Moszura,
prof. Krzysztof Szytło, dr n. med. Agnieszka Żalińska

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>
Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 6:42:25



Nowoczesny model organizacji podstawowej opieki zdrowotnej. Jak przekonać nieprzekonanych, że to się może udać?

Moderator: Justyna Marynowska

Uczestnicy: dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, Urszula Jaworska,
dr hab. Iwona Kowalska-Bobko, prof. UJ,
dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW, dr Artur Prusaczyk

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>
Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 3:02:27



Jak słycać przez implant ślimakowy?

Moderator: dr hab. inż. Artur Lorens, prof. IFPS

Uczestnicy: Ewelina Grabowska, dr n. med. Elżbieta Włodarczyk,
dr hab. inż. Tomasz Wolak, prof. IFPS

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>
Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 7:22:27



Rola i znaczenie innowacyjnych terapii dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia

Moderator: prof. Maciej Banach

Uczestnicy: Michał Byliniak, prof. Marcin Grabowski, Anna Śliwińska,
prof. Dorota Zozulińska-Ziótkiewicz

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>
Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 6:17:28



Medycyna regeneracyjna i spersonalizowana terapia – jak daleko jesteśmy od wdrożenia innowacyjnych technologii do leczenia pacjentów

Moderator: prof. Agnieszka Dobrzyń

Uczestnicy: prof. Anna Ciemerych-Litwinienko, prof. Marcin Drąg,
dr hab. Michał Wszota

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>
Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 7:33:06



Korelacje genetyczno-kliniczne w leczeniu dziedzicznego raka piersi u nosicielek mutacji w genach: *PALB2*, *NBM*, *BRCA1*, *BRCA2*, *CHEK2*, *TP53*

Moderator: prof. Jan Lubiński

Uczestnicy: prof. Cezary Cybulski, prof. Tadeusz Dębniak,
prof. Jacek Gronwald

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>
Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 3:19:10



Panel unitowy Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Uczestnicy: dr hab. Adam Maciejczyk, prof. Rafał Matkowski,
dr n. med. Krzysztof Tupikowski

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>
Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 5:08:51



Rola pierwiastków w wykrywaniu, profilaktyce i leczeniu raków

Moderator: prof. Jan Lubiński

Uczestnicy: dr hab. Marcin Lener, dr n. med. Wojciech Marciniak

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>
Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 5:32:28



Rehabilitacja słuchu narzędziem do poprawy funkcjonowania jednostki w określonym środowisku społecznym

Moderator: dr n. med. Elżbieta Włodarczyk

Uczestnicy: dr n. o zdr. Beata Dziendziel, Agnieszka Pankowska,
Dorota Pastuszak, Anna Skoczylas,
dr n. o zdr. Małgorzata Zgoda

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 7:34:27



Nowoczesne terapie w rozwoju komunikacji społecznej

Moderator: prof. Henryk Skarżyński

Uczestnicy: Anna Czupryn, Ewelina Grabowska, dr hab. inż. Artur Lorens,
prof. IFPS, Agnieszka Pankowska, dr n. stom. Małgorzata Strycharz-
-Dudziak, dr n. med. Elżbieta Włodarczyk

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 7:30:46





WYKŁADY
EKSPERTÓW



Na kondycję zdrowotną pracujemy od dzieciństwa – ze zdrowego dziecka wyrasta zdrowy dorosły. Dlatego podczas tegorocznych wykładów wiele miejsca poświęcono wczesnej profilaktyce, o której – jak zaznaczano – warto myśleć już od pierwszych lat życia dziecka, a nawet wcześniej, przed jego narodzeniem. Działania profilaktyczne w okresie prenatalnym – jak wyjaśniano – mają za zadanie zredukowanie czynników ryzyka przyczyniających się do wcześniactwa, patologicznego przebiegu ciąży lub powstania wad wrodzonych u płodu. Podkreślając konieczność jak najwcześniejszej profilaktyki prozdrowotnej, wielu ekspertów poświęciło swoje wystąpienia zdrowiu najmłodszego pokolenia Polaków. Niestety, wiadomości nie są optymistyczne. Otyłość wśród dzieci przybiera rozmiary epidemii, znaczny ich odsetek ma wady postawy, coraz większym problemem w tej grupie jest krótkowzroczność i niedosłuch (ok. 20 proc. dzieci w wieku szkolnym). Konieczne są zatem działania mające na celu naukę zachowań prozdrowotnych już od najmłodszych lat oraz badania przesiewowe umożliwiające wczesne wykrywanie wad, m.in. słuchu, które nieleczone zakłócają prawidłowy rozwój dzieci.

Wiele miejsca podczas wykładów poświęcono profilaktyce nowotworów. Jak podkreślano, Polska należy do krajów europejskich o najwyższych wskaźnikach umieralności na raka. Mimo wielu dostępnych programów profilaktycznych mających na celu wczesne wykrywanie nowotworów znaczny odsetek Polaków z nich nie korzysta – w ocenie ekspertów zgłaszalność na onkologiczne badania profilaktyczne jest na poziomie niezadowalającym. Dlaczego? Ekspertcy wymieńiali wiele przyczyn i zwracali uwagę, że znaczący wpływ na podejmowanie decyzji dotyczących udziału w onkologicznych badaniach profilaktycznych ma zaufanie do lekarzy i medycyny (albo jego brak).

Jak co roku podczas wykładów zaprezentowano osiągnięcia oraz problemy związane z diagnozowaniem i leczeniem wielu schorzeń. Ekspertcy odnieśli się także do zmian przyczyniających się do upowszechniania telemedycyny i teleopieki w systemie ochrony zdrowia.

Pandemia otyłości zagrożeniem dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Już przed pandemią COVID-19 aż trzech na pięciu dorosłych Polaków miało nadmierną masę ciała, a co czwarty mieszkaniec naszego kraju chorował na otyłość. Szczególny niepokój budzi wzrost częstości występowania otyłości w najmłodszej grupie wiekowej. Polskie dzieci tyją najszybciej w Europie.

Otyłość jest chorobą przewlekłą, bez tendencji do samoistnego ustępowania, cechującą się wysoką nawrotowością. To choroba o złożonej patogenezie i skutkująca wieloma poważnymi powikłaniami zdrowotnymi, socjoekonomicznymi oraz psychologicznymi. Nierozpoznana i/lub nieleczona otyłość może skutkować rozwojem ponad 200 powikłań medycznych i stanowi wyzwanie dla specjalistów różnych dziedzin medycyny.

Nadmierna masa ciała to również olbrzymie obciążenie finansowe dla systemu opieki zdrowotnej.

Szacuje się, że w krajach rozwiniętych leczenie nadmiernej masy ciała stanowi 2–7% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną, a koszty związane z leczeniem chorób towarzyszących otyłości obejmują kolejne 20% medycznego budżetu.

Efektywność leczenia niefarmakologicznego u pacjentów chorujących na otyłość wynosi zwykle 3–5% utraty wyjściowej masy ciała. Dlatego jak w przypadku każdej innej choroby przewlekłej u znaczącej części pacjentów chorujących na otyłość konieczne jest włączenie farmakoterapii i/lub rozważenie leczenia bariatrycznego zgodnie z aktualnymi rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości. Poprawa skuteczności leczenia otyłości wymaga również wprowadzenia kompleksowych zmian systemowych.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 5:40:52



**Dr n. med. Dominika Krakowczyk, dr hab. Tomasz Koszutski, prof. SUM,
prof. Janusz Bohosiewicz**

Otyłość u dzieci i młodzieży – rola chirurgii jako składowej leczenia. Doświadczenia śląskiego ośrodka

Otyłość jest coraz częstszą chorobą w populacji pediatrycznej. Polskie dzieci są w niechlubnej czołówce najszybciej tyjących w Europie. Według danych z piśmiennictwa młodsze dzieci częściej chorują na takie choroby cywilizacyjne jak cukrzyca czy choroby sercowo-naczyniowe będące powikłaniami jednostki podstawowej, którą jest otyłość. Trzeba zmierzyć się z faktem, że choroba otyłościowa stała się pandemią współczesnych czasów.

Jako efekt powyższego jednym z priorytetowych zadań w dzisiejszym świecie jest wypracowanie skutecznych strategii jej leczenia. Leczenie behawioralne polegające na zmianie stylu życia, nawet w połączeniu z coraz szerzej stosowanym

leczeniem farmakologicznym, jest nieskuteczne w otyłości olbrzymiej u dzieci, dlatego interesującą opcją terapeutyczną jest chirurgia bariatryczna. Skuteczność leczenia zachowawczego zmniejsza się z każdym kolejnym stopniem otyłości, dlatego zasadne jest wdrożenie postępowania chirurgicznego wśród chorych powyżej drugiego stopnia, czyli gdy wskaźnik BMI przekracza 35 kg/m², dotyczy to zarówno dorosłych, jak i dzieci.

Zabiegi z zakresu chirurgii metabolicznej są najskuteczniejszą metodą leczenia otyłości olbrzymiej zarówno pod względem spadku masy ciała, jak i – co ważniejsze – wyleczenia chorób współtowarzyszących. Chirurgiczne leczenie chorych z nadmierną

masą ciała nie zastępuje całkowicie leczenia zachowawczego, ale stanowi jego uzupełnienie. Konieczna jest zmiana nawyków żywieniowych, bez której powyższe leczenie jest z góry skazane na niepowodzenie.

Początki chirurgii bariatrycznej dotyczą dorosłych, a pierwsza operacja leczenia otyłości została wykonana już na początku lat 50. XX wieku. Po badaniach przeprowadzonych na zwierzętach Kremen i wsp. przeprowadzili operację wyłączającą większą część jelita cienkiego (zespalaając koniec jelita cienkiego 35 cm za więzadło Treitza, do boku jelita krętego 10 cm przed zastawką Bauhina) u 34-letniej kobiety ważącej 175 kg (1954 rok: wtedy na jednym z pierwszych po II wojnie światowej spotkaniu chirurgów przedstawiono pracę dotyczącą ww. kobiety, udowodniając, że spadek masy ciała był równoznaczny z ustabilizowaniem się choroby serca). Druga opisywana pacjentka w tamtym czasie była operowana w Szwecji, jednak w jej przypadku chirurg Viktor Henriksson opisywał trudności w zapewnieniu homeostazy organizmu pod względem dostarczenia odpowiednich wartości odżywczych. Sprecyzuję, że cały czas mówimy tu o operacjach z dawnej grupy „ograniczających wchłanianie” – były to operacje wyłączające znaczną część jelita cienkiego. Już wtedy zauważano trudności, jakie niesie ze sobą chirurgia metaboliczna: z kolejnych trzech opisywanych pacjentów jeden zmarł sześć miesięcy po operacji z powodu zatoru płucnego, a część pacjentów miała poważne zaburzenia elektrolitowe spowodowane biegunką, kamicę nerkową i kamicę pęcherzyka.

Podczas gdy operacje z zakresu chirurgii bariatrycznej czy metabolicznej w wybranych warunkach u dorosłych są postrzegane jako najnowocześniejsze, skuteczne i bezpieczne, postępowanie z wyboru, wskazania do leczenia chirurgicznego dzieci z otyłością wciąż są dyskusyjne, często nieakceptowane i niepraktykowane. Głównymi hamulcami są: niewiedza o konieczności stosowania tej metody, mało miejsc zajmujących się holistycznie ww. chorobą, w dalszym ciągu mała ilość danych o efektach odległych, a także brak wystandaryzowanych skal umożliwiających selekcję pacjentów, którzy będą czerpali korzyści z zabiegu chirurgicznego.

Dzieci z nadwagą i otyłe w przeważającej większości pozostaną otyłe do wieku dorosłego. Stąd decyzji o operacji nie powinno się odkładać, aż dziecko skończy 18. rok życia, ponieważ powikłania otyłości

i choroby z nią współistniejące mogą już uszkadzać organizm i wymagać kompleksowego, specjalistycznego, a tym samym drogiego leczenia. Rozpoczęcie leczenia otyłości u nastolatka skraca czas działania tych powikłań bądź nie dopuszcza do powstania chorób towarzyszących. Efekt ten porównywany jest do zagrożenia rozwoju chorób zależnych od dymu tytoniowego, umownie określanym jako „paczkołata”, a w przypadku dzieci otyłych „kilolata”, które mają przełożenie na ryzyko rozwoju powikłań otyłości.

U znacznej części pacjentów po operacjach bariatrycznych następuje wyleczenie chorób towarzyszących otyłości (najwięcej publikacji dotyczy cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń gospodarki lipidowej, poprawy komfortu i jakości życia, a także bezpłodności) i nie jest konieczne dłuższe ich leczenie.

Kolejnym kardynalnym uzasadnieniem wskazań do operacji dzieci i młodzieży jest potrzeba zniesienia długoterminowego obciążenia psychologicznego związanego z otyłością.

Leczenie chirurgiczne powinno być zarezerwowane dla ośrodków, w których decyzje o sposobie leczenia zapadają konsyliarnie, a co wydaje się ważniejsze – pacjenci prowadzeni są przez specjalistów pediatrii, endokrynologii, dietetyki, psychologii i wreszcie chirurgii zarówno przed, jak i po zabiegu.

Wskazania do leczenia chirurgicznego

Liczba wykonywanych operacji z zakresu chirurgii metabolicznej u dzieci i młodzieży stale rośnie. Bezpieczeństwo okołoperacyjne tych zabiegów jest porównywalne bądź większe niż u dorosłych i oscyluje w granicach 0,0–1,9%.

Dzieci, ze względu na inne potrzeby metaboliczne i psychologiczne, kwalifikowane są do leczenia operacyjnego według ściśle zdefiniowanych zasad. Chirurdzy dziecięcy wraz z chirurgami ogólnymi wypracowali konsensus zawarty w rozdziale 2.2.2 „Polskich rekomendacji w zakresie chirurgii bariatrycznej i metabolicznej”, który ewoluuje w miarę nabierania doświadczeń.

Reguły zastosowania operacyjnego leczenia otyłości u pacjentów poniżej 18. roku życia muszą być restrykcyjne i indywidualizowane.

Główne wskazania do chirurgicznego leczenia dzieci są następujące:

1. BMI ≥ 40 kg/m² > 2SD (z-score 2), >140% 95 percentyla lub $\geq 99,5$ percentyla w stosunku do wieku,

2. BMI 35–40 kg/m² (>140% 95 percentyla) z chorobami towarzyszącymi, a wśród nich:
- cukrzyca typu 2;
 - nadciśnienie tętnicze;
 - choroby układu sercowo-naczyniowego;
 - kardiomiopatia (lewej komory) spowodowana otyłością;
 - zespół bezdechu sennego o średnim lub ciężkim przebiegu i hipowentylacja spowodowana otyłością;
 - idiopatyczne nadciśnienie śródczaszkowe (*pseudotumor cerebri*);
 - MAFLD (*metabolic dysfunction-associated fatty liver disease*) – stłuszczenie wątroby;
 - hiperlipidemia;
 - bezpłodność żeńska, w tym związana z zespołem policyklicznych jajników;
 - istotne wskazania społeczne lub psychologiczne, m.in. występowanie u dzieci czynników ograniczających aktywność życiową spowodowanych otyłością.

Chirurgiczne leczenie otyłości można rozważyć również w przypadku chorych z BMI 30,0–34,9 kg/m² i cukrzycą typu 2 w razie utrzymywania się hiperglikemii mimo stosowania leków doustnych lub insuliny.

Powyższe wartości odnoszą się do aktualnie stwierdzanego wskaźnika BMI bądź udokumentowanego w przeszłości. Należy podkreślić, że utrata masy ciała w wyniku intensywnego leczenia przed operacją (chorzy, którzy osiągnęli poziom BMI poniżej wymaganego do operacji) nie jest przeciwwskazaniem do planowanej operacji bariatrycznej, a co więcej, jest wymagana przed jej przeprowadzeniem.

Pacjenci po kilkakrotnych nieskutecznych próbach odchudzania i z małym prawdopodobieństwem powodzenia utraty masy ciała metodami niechirurgicznymi są dobrymi kandydatami do rozpoczęcia etapu kwalifikacji do operacji bariatrycznej. Konieczna jest (zdecydowanie bardziej niż u dorosłych) rozbudowana i zindywidualizowana ocena przedoperacyjna pacjenta. Odbyna się ona w oparciu o współpracę wielodyscyplinarnego zespołu pracującego w jednostkach mających doświadczenie w zakresie operacyjnego leczenia otyłości u dzieci, w skład którego powinni wchodzić: pediatra endokrynolog, chirurg dziecięcy, dietetyk, psycholog, anestezjolog, fizjoterapeuta. Pierwszym etapem kwalifikacji dziecka z otyłością do

chirurgicznego jej leczenia jest diagnostyka w kierunku zaburzeń endokrynologicznych i chorób metabolicznych, np. odwracalnych przyczyn otyłości, takich jak: choroby tarczycy, zespół Cushinga czy niedobór hormonu wzrostu. Każdy pacjent otyły znajduje się pod stałym nadzorem poradni metabolicznej/ poradni leczenia otyłości, później w zależności od stanu zdrowia kierowany jest do oddziału endokrynologii dziecięcej na szeroki panel badań laboratoryjnych, endoskopię przewodu pokarmowego, polisomnografię, densytometrię kości i inne konsultacje.

Minimalny czas przygotowania powinien obejmować okres sześciu miesięcy, podczas których oprócz prowadzenia diagnostyki konieczne jest podjęcie próby leczenia zachowawczego. Bezzględny sześciomiesięczny okres leczenia zachowawczego i próba obniżenia wagi przed operacją zostaje w populacji dziecięcej utrzymany, pomimo że u dorosłych kryterium to zostało wycofane. Konieczny spadek wyjściowej masy ciała o 5–10% w okresie przedoperacyjnym potwierdza motywację chorego do leczenia i do zmiany stylu życia. Obniżenie liczby kilogramów zmniejsza także ryzyko powikłań okołoperacyjnych.

Jednym z ważniejszych punktów w trakcie kwalifikacji dziecka do zabiegu operacyjnego jest świadoma zgoda na operację. Oprócz rodzica zgodę musi wyrazić także nastolatek – i tu ogromna rola psychologa, który musi ocenić, czy pacjent podejmuje świadomą decyzję oraz czy rozumie istotę zmiany stylu życia i konsekwencje z tym związane.

W przygotowaniu do leczenia operacyjnego dziecka konieczny jest udział rodziny. Małoletni pacjent musi mieć akceptację ze strony opiekunów, innych członków rodziny zarówno przed operacją, jak i w okresie około- i pooperacyjnym. Wsparcie to dotyczy nie tylko przygotowania, lecz także wytrwania w zmianie stylu życia po operacji. Transformacja ta wiąże się przede wszystkim ze zmianami przyjmowania pokarmów. Zarówno dziecko, jak i rodzic muszą sobie zdawać sprawę z konieczności przejścia pięciu podstawowych etapów żywieniowych przez okres sześciu–ośmiu tygodni po operacji.

Przeciwwskazania do zabiegu bariatrycznego

Istnieje grupa pacjentów, u których pomimo powyższych wskazań nie możemy przeprowadzić operacji. Są nimi:

- pacjenci z odwracalnymi przyczynami otyłości;

- pacjenci z ciężkimi zaburzeniami krzepnięcia;
- pacjenci chorzy psychicznie, upośledzeni umysłowo, którzy nie będą mogli współpracować po operacji;
- pacjentki w ciąży, karmiące bądź planujące ciążę w przeciagu 12 miesięcy;
- pacjenci, którzy nie chcą/ nie będą mogli brać udziału w stałej, długoterminowej kontroli po leczeniu operacyjnym;
- dzieci, które nie wyrażają zgody na przeprowadzenie operacji, na dalsze leczenie, a także brak zgody rodzica, jak również brak pełnego przekonania co do słuszności wyboru leczenia operacyjnego.

Przeciwwskazania względne są następujące:

- schizofrenia, zaburzenia odżywiania (konieczne jest uzyskanie emocjonalnej stabilności w okresie przedoperacyjnym);
- zespół Pradera-Williego czy hiperfagia złośliwa;
- zwiększenie masy ciała w okresie bezpośrednio poprzedzającym zabieg operacyjny (świadczący o braku współpracy z pacjentem);
- znaczne ograniczenie wydolności fizycznej, ciężka niewydolność krążeniowo-oddechowa;
- aktywna choroba wrzodowa wywołana zakażeniem *Helicobacter pylori*;
- choroba onkologiczna;
- nadciśnienie wrotne;
- stany uniemożliwiające samodzielne życie, gdy rodzina lub opieka społeczna nie jest w stanie zapewnić odpowiedniego długoterminowego nadzoru.

Właściwa kwalifikacja pacjentów jest niezbędnym warunkiem, aby uzyskać optymalne efekty i jednocześnie zminimalizować ryzyko okołoperacyjne.

Skuteczność chirurgii metabolicznej wśród populacji dorosłych i nastolatków nie budzi już żadnych wątpliwości i jest potwierdzona licznymi publikacjami.

Granica wieku, w której myśli się o chirurgii bariatrycznej, cały czas przesuwana się ku młodszym dzieciom, jednak uważa się ją za w pełni bezpieczną u dzieci po zakończeniu wzrostu kostnego (>95%). Dojrzałość płciowa w skali Tannera ma być określona na 3–5.

Piśmiennictwo podaje przeprowadzenie operacji bariatrycznej już w dwulatką z otyłością olbrzymią, u którego występował ciężki bezdech senny

i znaczne zniekształcenie kończyn uniemożliwiające poruszanie się (najmłodszy pacjent). Operacja u niego przebiegła bez powikłań. Dwa miesiące po zabiegu bezdech znacząco się zmniejszył. Prace donoszą o bezpieczeństwie i skuteczności leczenia w wybranych przypadkach, choć nadal podkreśla się konieczność badań odległych.

Rodzaj chirurgicznego leczenia

Zabiegi w leczeniu otyłości dzielimy na takie, gdzie ważniejsza jest redukcja masy ciała (efekt bariatryczny), oraz takie, których głównym celem ma być lepsza kontrola chorób towarzyszących otyłości (efekt metaboliczny).

Eksperti z zakresu chirurgii metabolicznej w chwili obecnej są zgodni, że najbardziej skuteczną, a jednocześnie bezpieczną operacją u dzieci otyłych jest rękawowa resekcja żołądka. Polega ona na wycięciu krzywizny większej żołądka wraz z jego dnem.

W różnych częściach przewodu pokarmowego są wytwarzane i wydzielane hormony wpływające na przyjmowanie pokarmów. Jednym z nich jest grelina, produkowana w większości w dnie żołądka. Jest ona wydzielana podczas głodzenia i stymuluje przyswajanie pokarmu. Usunięcie dna żołądka podczas rękawowej resekcji żołądka powoduje znaczne zmniejszenie wydzielania greliny w czasie głodzenia, co prowadzi do zmniejszenia łaknienia.

Postulowany mechanizm działania powyższej operacji to – oprócz zmniejszenia apetytu poprzez usunięcie dna żołądka – także restrykcja pokarmowa i przyspieszenie opróżniania żołądkowego.

Powyższy typ operacji spełnia wszystkie cechy terapii skutecznej i bezpiecznej u dzieci, to jest:

- spadek masy ciała (możliwy spadek BMI między 20–39 kg/m²);
- ustąpienie chorób towarzyszących otyłości – niektóre dane z piśmiennictwa podają ustąpienie nadciśnienia tętniczego w 100% (śr. 70–100%), **96,2% ustąpienia** insulinooporności, wyleczenie dyslipidemii u 58% operowanych czy cukrzycy typu 2 u 50–80%;
- małe ryzyko powikłań okołoperacyjnych (0,05–1,9%);
- niewielkie zaburzenia wchłaniania (a nie – jak dotychczas sądzono – ich brak) i konieczność suplementacji witamin (pacjenci muszą suplementować głównie witaminy z grupy B).

Rękawowa resekcja żołądka wpływa na poziom różnych hormonów w przewodzie pokarmowym, a także wymusza zmianę stylu życia pacjenta. Na przykład zjedzenie zbyt dużego posiłku przekracza pojemność nowego zbiornika żołądkowego i wywołuje nudności, wymioty, odbijania, uczucie dyskomfortu. W związku z czym w okresie pooperacyjnym każdy pacjent

uczy się właściwego spożywania posiłków. Ważne dla pacjenta jest dokładne przeżuwanie pokarmów, ponieważ połknięcie dużych kęsów może powodować uczucie gniecienia i zalegania w żołądku. Pacjent musi zatem zasadniczo zmienić swoje nawyki żywieniowe, a jest to tym łatwiejsze, że pacjent po operacji bariatrycznej nie odczuwa głodu.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 3:48



Aneta Kotowska, dr n. med. Zbigniew Kułaga

Stan odżywienia i żywienie dzieci i młodzieży według danych Narodowego Programu Zdrowia 2017–2020

Cel. Przeprowadzenie kompleksowych badań epidemiologicznych dotyczących sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa polskiego ze szczególnym uwzględnieniem małych dzieci oraz dzieci i młodzieży szkolnej wraz z identyfikacją czynników ryzyka zaburzeń odżywiania, oceną poziomu aktywności fizycznej, poziomu wiedzy żywieniowej oraz występowania nierówności w zdrowiu. Badania były finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Badania wykonał Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” za zgodą komisji bioetycznej.

Metoda. Badanie o typie przekrojowym, dobór losowy dwustopniowy: losowane były jednostki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a następnie w wylosowanych jednostkach POZ – dzieci w wieku do sześciu lat z list aktywnych oraz szkoły z operatu wszystkich szkół znajdujących się w Polsce, na koniec uczniowie z klas w wylosowanych szkołach. U dzieci i nastolatków, których rodzice wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu (młodzież w wieku ≥ 16 lat również wyrażała zgodę na udział w postaci pisemnej), przeszkolony personel, posługując się wagą elektroniczną Radweg i stadiometrem SECA, przeprowadził pomiary wysokości i masy ciała. Na podstawie tych pomiarów obliczono wskaźnik masy ciała (BMI) oraz z-score BMI według standardów wzrastania i układu referencyjnego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zbadano sposób żywienia za pomocą

kwestionariusza częstotliwości spożycia żywności, korzystając z wzorów żywienia (*dietary patterns*). Wzory żywienia identyfikowano przy użyciu analizy czynnikowej metodą głównych składowych (*principal component analysis*). Dla każdego wzoru żywienia, na podstawie wartości czynnikowych, respondentów podzielono na pięć grup kwintylowych – respondenci z najwyższego kwintyla byli najbardziej dopasowani do wzoru. Do analiz wykorzystano MS Excel, pakiet statystyczny STATISTICA oraz oprogramowanie SAS.

Rezultaty. W badaniach wzięło udział 7309 dzieci i nastolatków w wieku do 18 lat. Częstość nadwagi i otyłości razem oraz otyłości uległa istotnemu statystycznie zwiększeniu zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt w porównaniu do lat 2007–2009. Zidentyfikowano trzy główne wzory żywieniowe, umownie nazwane: słodki-zachodni, prozdrowotny, tradycyjny. Główne grupy żywności wzoru słodkiego-zachodniego to: ciastka, słodkie, sone przekąski, fast-foody. Główne grupy żywności wzoru prozdrowotnego to: kasze, warzywa, rośliny strączkowe, ciemne pieczywo. Główne grupy żywności wzoru tradycyjnego to: pieczywo białe, masło, margaryny, wędliny i przetwory mięsne, mięso. Prozdrowotny wzór żywienia charakteryzował dzieci i nastolatki z populacji miejskich, mających matki z wyższym wykształceniem. Wzór żywienia określany jako słodki-zachodni był charakterystyczny dla dzieci matek z wykształceniem

poniżej średniego i z obszarów wiejskich. W grupie wieku przedszkolnego i szkoły podstawowej lepsze dopasowanie do prozdrowotnego wzoru żywienia było związane z mniejszym ryzykiem wystąpienia nadwagi i otyłości.

Wnioski i rekomendacje:

Rekomendowane jest prowadzenie populacyjnego monitoringu częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

Rekomendowana jest promocja prozdrowotnego wzoru żywienia, w szczególności w grupie

chłopców z obszarów wiejskich, których matki deklarują wykształcenie poniżej średniego.

Rekomendowana jest edukacja młodzieży w zakresie zagrożeń wynikających z niewłaściwego sposobu żywienia z uwzględnieniem braku regularnej aktywności fizycznej po zakończeniu edukacji szkolnej oraz zmniejszania się zapotrzebowania na energię od 19. roku życia.

Rekomendowane jest kierowanie programów edukacyjnych dotyczących profilaktyki nadwagi i otyłości w kontekście rodzinnym, tj. uwzględnienie nie tylko problemu dziecka, lecz także rodzica/ rodziców.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 29:18



Dr n. hum. Elżbieta Gos

Profilaktyka i edukacja zdrowotna w badaniach przesiewowych słuchu dzieci w wieku szkolnym

Efektom badań przesiewowych słuchu wśród dzieci, zainicjowanych przez prof. Henryka Skarżyńskiego i prowadzonych przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, jest w wymiarze indywidualnym poprawa zdrowia i jakości życia dzieci oraz wyrównanie szans edukacyjnych, w wymiarze społecznym powinien im zaś towarzyszyć wzrost świadomości i wiedzy w zakresie profilaktyki, kształtowanie zachowań prozdrowotnych oraz wkład w publiczną politykę zdrowotną.

Profilaktyka obejmuje działania podejmowane w celu zapobiegania pojawieniu się lub rozwojowi chorób, niepożądanych stanów i zachowań. Istotą profilaktyki jest przeciwdziałanie zagrożeniom, których wystąpienie lub nasilenie uznaje się za wysoce prawdopodobne. Edukacja zdrowotna to całościowy

proces uczenia się ludzi, jak żyć, aby chronić zdrowie własne i innych, a w przypadku wystąpienia chorób lub niepełnosprawności – jak aktywnie uczestniczyć w ich leczeniu, radzić sobie i zmniejszać ich negatywne skutki.

W ramach badań przesiewowych słuchu są prowadzone działania profilaktyczne i edukacyjne skierowane do dzieci, a także ich rodziców i nauczycieli. W atrakcyjny i przystępny sposób poruszane są m.in. takie zagadnienia jak: budowa i działanie narządu słuchu, rodzaje i objawy zaburzeń słuchu, zasady dbania o słuch. Badania przesiewowe słuchu prowadzone wśród dzieci w wieku szkolnym stwarzają możliwość kształtowania postaw prozdrowotnych w pokoleniu dzieci i ich rodziców.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 2:40



Prof. Jerzy Szaflik

Krótkowzroczność u dzieci i młodzieży. Trudny problem współczesnej okulistyki

Najczęstszą przyczyną nieostrego i niewyraźnego widzenia są wady wzroku. Najczęściej występującą wadą jest krótkowzroczność, spowodowana wydłużeniem gałki ocznej. Wzrost krótkowzroczności, zwłaszcza u dzieci i młodzieży, staje się jednym z istotnych problemów społecznych. Na wzrost krótkowzroczności w coraz młodszym wieku wpływają takie czynniki związane z rozwojem cywilizacji, jak wczesna edukacja na coraz wyższym poziomie, stałe zwiększanie presji i oczekiwań dorosłych, długotrwałe patrzenie z bliska, któremu sprzyja rozwój technologii i coraz większa dostępność komputerów, tabletów i smartfonów, a także częstsze ich stosowanie do nauki i zabawy w czasie wolnym (gry komputerowe). Krótkowzroczność jest czynnikiem rozwoju

takich chorób jak: jaskra, zaćma, odwarstwienie siatkówki, makulopatia. Trwają poszukiwania czynników ryzyka krótkowzroczności w coraz młodszym wieku, szczególnie czynników modyfikowalnych. Obecnie stosowane są następujące strategie postępowania: zmiana nawyków – higiena wzroku, spędzanie minimum trzech godzin dziennie w ruchu na świeżym powietrzu, leczenie farmakologiczne – atropinizacja, soczewki kontaktowe, okulary, okulary z soczewkami D.I.M.S. Zasada konstrukcji wprowadzonej niedawno na rynek soczewki okularowej D.I.M.S. wykorzystuje interesujący sposób tworzenia dwóch płaszczyzn ogniskowych. Pozwala to na uzyskanie efektu pełnej korekcji refrakcji, podczas gdy kontrast siatkówki jest nieco zmniejszony.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 24:30



Dr hab. Agata Włoch

Profilaktyka w okresie prenatalnym

Celem wykładu było przedstawienie rekomendacji i wytycznych w prowadzeniu kobiet w ciąży w Polsce w okresie przedkoncepcyjnym i w poszczególnych okresach ciąży.

Działania z zakresu profilaktyki mają za zadanie zredukowanie czynników ryzyka zwiększających zachorowalność w ciąży na choroby mogące przyczynić się do jej przedwczesnego zakończenia, a zatem wcześniactwa, do patologicznego przebiegu ciąży lub powstania wad wrodzonych u płodu. Do największych osiągnięć współczesnej perinatologii w zakresie profilaktyki należy stosowanie u ciężarnych suplementów, np. kwasu foliowego w okresie przedkoncepcyjnym i wczesnym okresie ciąży, włączenie

kwasu acetylosalicylowego przed 16. tygodniem ciąży u kobiet z wysokim ryzykiem preeklampsji, profilaktyka konfliktu serologicznego, wczesna diagnostyka cukrzycy i nadciśnienia w ciąży.

W profilaktyce wtórnej wad wrodzonych zdiagnozowanych prenatalnie należy wspomnieć o terapii w okresie płodowym zapobiegającej niekorzystnej ewolucji wad wrodzonych pogarszających stan płodu, a potem dziecka.

W Polsce funkcjonuje „Program badań prenatalnych” pozwalający na ujednoczenie systemu badań kobiet w ciąży, objęcie wszystkich ciężarnych skriningiem w kierunku wad wrodzonych, aberracji chromosomowych i preeklampsji.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 20:07



Środowiskowe czynniki ryzyka zdrowotnego – znaczenie w optymalizacji działań profilaktycznych chorób cywilizacyjnych

*Lepiej zapobiegać, niż leczyć – to naczelne hasło od zarania medycyny.
Ale zapobiegać, należy znać przyczynę.*

dr Jacek Roik

Choroby cywilizacyjne stanowią jeden z największych problemów zdrowotnych państw wysokorozwiniętych i krajów szybko rozwijających się, w tym także Polski. Ich wspólne przyczyny i wzajemnie napędzające się powikłania tworzą zamknięte koło – zachorowanie na jedną chorobę zwiększa podatność na kolejną [1]. Do niedawna uważano, że choroby cywilizacyjne dotyczą tylko ludzi dorosłych i starszych. Niestety, coraz częściej rozpoznawane są one także u dzieci i młodzieży. Szybkie tempo życia prowadzi do sytuacji, w których brakuje czasu na działania profilaktyczne, w tym na zmianę nawyków żywieniowych, właściwy styl życia i regularne badania. Widoczna jest także rosnąca tendencja do samoleczenia oparta na suplementach diety zakupionych pod wpływem reklam. Takie działania nie tylko nie są skuteczne, ale wręcz mogą być szkodliwe dla organizmu człowieka, dlatego też tak ważne jest stosowanie się do zaleceń medycyny opartej na faktach.

Na zdrowie i dobre samopoczucie oddziałuje wiele czynników. Te z nich, które powodują pogorszenie stanu zdrowia, niepełnosprawność, chorobę lub zgon, określane są jako czynniki ryzyka – cecha, stan lub zachowanie, które zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania lub odniesienia obrażeń.

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka – ogólny podział:

- behawioralne (związane z zachowaniem);
- fizjologiczne (dotyczą organizmu lub cech biologicznych człowieka);
- demograficzne (dotyczą całej populacji);
- **środowiskowe**;
- genetyczne (wynikają z genów danej osoby).

Środowiskowe czynniki ryzyka:

- liczne czynniki o charakterze społecznym, ekonomicznym, kulturowym i politycznym, a także czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne;

- dostęp do czystej wody i kanalizacji;
- ryzyko zawodowe;
- **zanieczyszczenie powietrza**;
- sytuacje społeczne.

Jakość powietrza

Określenie „jakość powietrza” odnosi się do stanu powietrza w naszym otoczeniu. Dotyczy ono składu chemicznego powietrza, a zwłaszcza zawartości w powietrzu szkodliwych dla zdrowia ludzkiego lub roślin związków chemicznych na wysokości około 2 m nad poziomem gruntu. Na tej wysokości zachodzi proces oddychania, w wyniku którego szkodliwe substancje dostają się do organizmów ludzi [2].

Jakość powietrza atmosferycznego definiowana jest jako fizyczna i chemiczna miara stężenia zanieczyszczeń w atmosferze otoczenia, na którą będzie narażona ogólna populacja [3] i wyrażana poprzez określenie poziomu danych substancji w powietrzu z odniesieniem go do ustalonego poziomu dopuszczalnego lub poziomu docelowego. W Polsce, podobnie jak w innych krajach UE, poziomy te wynikają z odpowiednich dyrektyw unijnych, które zostały implementowane do krajowego porządku prawnego.

Efekt toksyczny wywierany przez zanieczyszczenia powietrza zależy od dawki tych zanieczyszczeń oraz indywidualnej odpowiedzi organizmu. Na dawkę składa się kilka czynników. Zależy ona nie tylko od stężeń głównych składników zanieczyszczeń powietrza, tj. pyłów (PM10, PM2,5), składników gazowych, tj. tlenków siarki, tlenków azotu, wielocyklicznych węglowodorów aromatycznych (reprezentowanych przez benzo(a)piren), lecz także od czasu ich oddziaływania. Niektóre tzw. ostre efekty pojawiają się w wyniku działania dużych stężeń w krótkim okresie. Inne, zwane efektami przewlekłymi, występować mogą po ekspozycji na względnie niskie stężenia przez długi okres. Na stężenia

zanieczyszczeń powietrza w sposób pośredni wpływają warunki klimatyczne, np. brak wiatru i inwersja temperatur powodują zatrzymanie szkodliwych substancji na poziomie zabudowań mieszkalnych.

Zanieczyszczenie powietrza zagrożeniem dla zdrowia

Według WHO na całym świecie zanieczyszczenie powietrza stanowi przyczynę:

- 29% wszystkich zgonów i chorób związanych z rakiem płuc;
- 17% wszystkich zgonów i chorób spowodowanych ostrym zakażeniem dolnych dróg oddechowych;
- 24% zgonów z powodu udaru mózgu;
- 25% zgonów i chorób spowodowanych chorobą niedokrwienną serca;
- 43% wszystkich zgonów i chorób spowodowanych przewlekłą obturacyjną chorobą płuc [4].

Według Europejskiej Agencji Środowiska zanieczyszczenie powietrza jest największym środowiskowym zagrożeniem dla zdrowia w Europie, powodującym choroby układu krążenia i układu oddechowego, które prowadzą do utraty zdrowych lat życia, a w najpoważniejszych przypadkach – do przedwczesnej śmierci. Z oceny wynika, że w całej UE często dochodzi do przekroczeń norm jakości powietrza, a stężenia znacznie przekraczają najnowsze zalecenia WHO. Niemniej w 2020 r. środki blokujące, wprowadzone w celu zminimalizowania rozprzestrzeniania się COVID-19, miały tymczasowy wpływ na emisje zanieczyszczeń powietrza z transportu drogowego i doprowadziły do poprawy jakości powietrza [5]. Pomimo redukcji emisji w 2020 r. większość ludności miejskiej UE była narażona na poziomy kluczowych zanieczyszczeń powietrza, które są szkodliwe dla zdrowia. W szczególności 96% ludności miejskiej było narażone na stężenia drobnego pyłu zawieszonego (PM_{2,5}) przekraczające wytyczne WHO z 2021 r. wynoszące 5 µg/m³ [6]. Walka z zanieczyszczeniem powietrza stała się więc jednym z ważniejszych wyzwań. WHO umieściła je wraz ze zmianą klimatu na pierwszym miejscu listy „Ten threats to global health in 2019” [7].

Środowiskowe czynniki ryzyka zdrowotnego – znaczenie w optymalizacji działań profilaktycznych chorób cywilizacyjnych

Światowa Organizacja Zdrowia opiera się na rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia (WHA) z 2015 r.

Zatwierdzony został wówczas czteroletni plan mający na celu wzmoczoną globalną akcję promowania prozdrowotnych działań [8]. Plan nakłania do pokierowania całym przedsięwzięciem m.in. WHO jako lidera w promowaniu działań mających na celu zmniejszenie wpływu zanieczyszczeń na zdrowie ludzi. Dodatkowo stawia na zwiększenie zdolności sektora opieki zdrowotnej i działania na poziomie lokalnym, krajowym, regionalnym i globalnym, a także prowadzenie interwencji i zmianę polityki.

WHO prowadzi inicjatywę w zakresie zdrowia miejskiego, we współpracy z innymi podmiotami ONZ i regionalnymi działaniami społeczeństwa, w celu przyspieszenia skutecznych działań miejskich redukujących zanieczyszczenie powietrza. Miałoby to się stać między innymi przez zrzeszenie osób odpowiedzialnych za sektor zdrowia, środowiska i planowania. Ponadto WHO jest odpowiedzialna za monitorowanie tych wskaźników, które wpływają na stan zdrowia. Można do nich zaliczyć na przykład czynniki śmiertelności związanej z zanieczyszczeniem powietrza, dostęp do bioenergii w domach i jakość powietrza w miastach.

Nie mniej ważna jest profilaktyka prowadzona równoległe z powyższymi działaniami. W gestii władz gmin, powiatów miast i wsi powinny znajdować się działania w zakresie zwiększania świadomości publicznej, pracowników służby zdrowia, szkół, rodziców oraz samych władz. Na ten moment dysponujemy dostatecznymi informacjami i wiedzą, aby bez problemu i w łatwy sposób (przede wszystkim skuteczny) edukować ludzi na tematy z zakresu zanieczyszczeń powietrza i profilaktyki zdrowia.

Obecnie w Europie podejmowane są różne aktywności o charakterze strategicznym, legislacyjnym, informacyjnym, technicznym, kontrolnym i finansowym na szczeblach krajowych, regionalnych i lokalnych prowadzące do zmniejszenia narażenia ludzi na zanieczyszczenia powietrza. Najważniejszym działaniem w zakresie ochrony powietrza i zdrowia Polaków jest redukcja emisji zanieczyszczeń do powietrza atmosferycznego w sposób pozwalający na efektywne osiągnięcie poprawy jego jakości i dotrzymanie standardów określonych prawem. Niemniej każdy człowiek ekspozowany na podwyższone stężenia zanieczyszczeń pyłowych powietrza powinien podejmować indywidualne działania prowadzące do zmniejszenia ryzyka wystąpienia potencjalnie negatywnych skutków zdrowotnych. Z uwagi na różne poziomy wrażliwości osobniczej oraz niejednorodny

skład chemiczny pyłu zawieszonego i jego oddziaływanie na zdrowie człowieka opracowanie odpowiednich strategii i zaleceń dla społeczeństwa ekspozowanego na pyłowe zanieczyszczenia powietrza jest zadaniem bardzo trudnym i złożonym. Warunkiem podjęcia skutecznych indywidualnych działań profilaktycznych jest znajomość poziomów zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego. Podstawową strategią redukcji szkód jest wypracowanie u każdego człowieka nawyku sprawdzania stanu jakości powietrza atmosferycznego za pomocą przystosowanych do tego celu narzędzi i w zależności od wyników oceny podejmowanie odpowiednich działań profilaktycznych.

Jednym z elementów procesu redukcji negatywnych skutków zdrowotnych związanych z ekspozycją ludzi na zanieczyszczone powietrze są narzędzia służące do szybkiej diagnozy jakości powietrza i powiązania jej z poziomem zagrożenia zdrowia publicznego. W Polsce działania takie są efektem transpozycji postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie jakości powietrza i czystszej powietrza dla Europy, której zapisy zobowiązują do udostępniania społeczeństwu informacji o stopniu zanieczyszczenia powietrza [9,10]. W 2008 r. Europejska Agencja Ochrony Środowiska (European Environment Agency, EEA) we współpracy z Komisją Europejską wdrożyły tzw. indeks jakości powietrza służący do porównywania jakości powietrza w różnych miastach i regionach Europy. Jednym z istotnych motywów powstania tego typu narzędzi była przede wszystkim możliwość szybkiej oceny poziomu zagrożenia zdrowia publicznego przypisanego dobowej wartości stężeń substancji zanieczyszczających powietrze [9,11]. Ocena jakości powietrza atmosferycznego umożliwia natychmiastowe podjęcie działań w przypadku wystąpienia ryzyka przekroczenia poziomów lub alarmowych poziomów substancji w powietrzu, których nawet krótkotrwałe podwyższenie może powodować zagrożenie dla zdrowia ludzi [12].

Indeksy jakości powietrza (*Air Quality Index*, AQI) to proste wskaźniki pozwalające ocenić jakość powietrza [13]. Wyznacza się je na podstawie pomiarów lub prognozy stężeń wybranych zanieczyszczeń powietrza, przede wszystkim pyłu zawieszonego frakcji PM₁₀ i PM_{2.5}, ozonu O₃, dwutlenku azotu NO₂, dwutlenku siarki SO₂, benzenu C₆H₆ i tlenku węgla CO.

Na potrzeby prezentacji informacji w internecie opracowano skalę jakości powietrza odnoszącą się do poszczególnych normowanych w Polsce parametrów, dla których prowadzone są pomiary automatyczne oraz dla Indeksu Jakości Powietrza [14]. Przy opracowywaniu skali uwzględniono określone Rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie poziomów niektórych substancji w powietrzu (Dz. U. z 2012 r., poz. 1031), które dostępne są na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Ochrony Środowiska poziomy dopuszczalne [14].

W opracowanym i zalecanym przez Główny Inspektorat Ochrony Środowiska (GIOŚ) polskim Indeksie Jakości Powietrza dla każdego z tych zanieczyszczeń wyznaczono sześć przedziałów stężeń (klas jakości powietrza) pozwalających ocenić panujące warunki aerasanitarne [15].

Proste metody ograniczenia narażenia na zanieczyszczenie powietrza, które może podjąć każdy, to:

- przemieszczanie się pieszo, na rowerze lub środkiem transportu publicznego zamiast samochodami lub motorami;
- unikanie niecałkowitego spalania biomasy w domowych systemach grzewczych;
- unikanie spacerów lub jazdy na rowerze w godzinach szczytu ruchu samochodowego;
- uprawianie ćwiczeń w ogrodach lub parkach;
- ograniczanie spędzania czasu na powietrzu w czasie największego zanieczyszczenia, szczególnie osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego lub chorobami układu oddechowego;
- stosowanie filtrów w systemach wentylacji w domach położonych na obszarach o największym zanieczyszczeniu powietrza [16].

Piśmiennictwo

1. Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku Tom III Praca zbiorowa pod redakcją dr n. med. Krystyny Kowalczyk, prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak, dr. n. o zdr. Mateusza Cybulskiego, Białystok 2017. ISBN Komplet – 978-83-944852-1-4; Tom III – 978-83-946571-4-7.
2. <http://smog.imgw.pl/content/quality>.
3. <http://powietrze.gios.gov.pl/pjp/content/faq>.
4. <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/air-quality-and-health/ambient-air-pollution> [dostęp: 11.11.2022].
5. <https://www.eea.europa.eu/publications/status-of-air-quality-in-Europe-2022/europes-air-quality-status-2022>.

6. <https://www.eea.europa.eu/ims/exceedance-of-air-quality-standards> [dostęp: 2022.11.13].
7. Ten threats to global health in 2019, WHO, <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019> [dostęp: 13.11.2022].
8. <https://dragonmask.pl/blog/zanieczyszczenie-powietrza-i-zdrowie-podsumowanie-swiatowej-organizacji-zdrowia> [dostęp: 13.11.2022].
9. Krakowiak E., Cembrzyńska J. Współczesne możliwości redukcji szkód zdrowotnych wywołanych pyłowymi zanieczyszczeniami powietrza atmosferycznego. Contemporary possibilities of reducing health damage caused by particulate matter air pollution. *Borgis – Medycyna Rodzinna* 3/2018, s. 267–280. | DOI: 10.25121/MR.2018.21.3.267.
10. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2008/50/WE z dnia 21 maja 2008 r. w sprawie jakości powietrza i czystszego powietrza dla Europy (Dz. Urz. UE L152/2008).
11. Van den Elshout S, Lèger K, Nussio F. Comparing urban air quality in Europe in real time a review of existing air quality indices and the proposal of a common alternative. *Environ Int* 2008; 34(5): 720–26.
12. Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie poziomów niektórych substancji w powietrzu (Dz. U. 2012.1031).
13. <https://powietrze.uni.wroc.pl/base/t/indeks-jakosci-powietrza>.
14. <http://sojp.wios.warszawa.pl/skala-jakosci-powietrza>.
15. Samoliński B., Piekarska B. Jak wpływa na nas smog? Profilaktyka i leczenie. *Medical Education*. Warszawa 2020.
16. <https://www.mp.pl/pacjent/pulmonologia/aktualnosci/177874,zanieczyszczenie-powietrza-jak-ograniczyc-skutki-zdrowotne> [dostęp: 31.05.2022].

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 4:42



Dr n. med. Olga Rostkowska

Jabłko z wieczora... Medycyna stylu życia w praktyce

Stan naszego zdrowia jest w ogromnej mierze kwestią wyborów, jakie codziennie podejmujemy. Dotyczy to takich chorób jak: otyłość, cukrzyca typu 2, pierwotne nadciśnienie tętnicze czy rak jelita grubego. Przy determinowaniu ryzyka zachorowania wiele zależy od odpowiedzi na pytania, które dotyczą naszych nawyków: co jemy i pijemy, ile się ruszamy, czy sięgamy po szkodliwe substancje, jak wypoczywamy i jak śpimy, czy panujemy nad stresem, jakie są nasze relacje z bliskimi.

Medycyna stylu życia jest w Polsce stosunkowo nową dziedziną, której stosowanie może przynieść korzyść zarówno pacjentom z chorobami przewlekłymi, jak i osobom w poczuciu pełnego zdrowia. Kiedy zacząć? Najlepiej już dziś. Jak się do tego zabrać? We własnym tempie, najlepiej rozpoczynając od potencjalnie łatwych kroków. Poniżej kilka wskazówek i kierunków zmian, które można szybko wdrożyć, aby cieszyć się lepszym zdrowiem i formą w czasie krótszym, niż wiele osób sądzi.

Posiłki i napoje. Do picia najlepiej wybierać czystą wodę, ewentualnie z dodatkiem cytryny, pomarańczy czy mięty. Soki owocowe mają znacząco mniej dobroczynnych właściwości niż całe owoce lub warzywa. W piekarni pytajmy o chleb z pełnego przemiału lub z kiełków zbóż. Wybierajmy ryż brązowy zamiast białego, potrawy duszone bądź gotowane zamiast smażonych. Postawmy na drób zamiast na mięso czerwone. Ser tłusty zamieńmy na chudy twaróg. Unikajmy produktów słodzonych (miodu, melasy, syropów, zagęszczonego soku jabłkowego – to spora dawka cukru).

Aktywność fizyczna. Każdego dnia co najmniej 30 minut powinniśmy poświęcić na aktywność, którą „poczujemy” i trochę się zmęczymy. Może to być wejście po schodach zamiast windy, chodzenie (zamiast siedzenia) podczas rozmowy przez telefon. Może zamiast samochodem szybciej dojedziemy do pracy rowerem? Kiedyś chodziłeś na basen, siłownię, pilates, ale pandemia to przerwała? Jutro

może być świetny dzień, aby wrócić do odkładanej aktywności.

Niezdrowe substancje. Obecnie na rynku istnieje wiele bezalkoholowych zamienników drinków („0.0”), których receptury są stale dopracowywane. Jeśli kiedyś próbowałeś bezalkoholowego piwa i ci nie smakowało, spróbuj teraz. Pomyśl też o obietnicy dobrej formy następnego dnia, ile ciekawych rzeczy dzięki temu zrobisz. W przypadku uzależnienia od nikotyny dostępne są różne leki (na receptę i bez), które na pewno wesprą zdeterminowanych w zerwaniu z nałogiem. Zapytaj o nie lekarza.

Sen i relaks. Odpoczynek nigdy nie jest marnowaniem czasu – jest inwestycją w produktywność i zdrowie. Podczas snu zadbaj o ciszę, spokój i zaciemnienie sypialni. Unikaj pracy, nauki czy zabawy w miejscu, gdzie odpoczywasz. Alkohol ułatwia zasypianie, ale jakość wypoczynku jest gorsza. Dobrym sposobem na wyciszenie się przed snem jest czytanie książki.

Stres. Czasem wystarczy 10 minut przebywania w ciszy i spokoju, bez angażowania zmysłów w treści wyświetlane na mobilnych urządzeniach, aby wyciszyć się i uspokoić myśli. Spróbuj zaplanować kilka minut dziennie, np. przed snem albo tuż po przebudzeniu się, aby wykonać takie ćwiczenie. Ważna jest rutyna – nawet jeśli dziś zrobisz to przez minutę, to postawisz krok w kierunku budowania dobrego nawyku. Na YouTube lub Spotify znajdziesz kilkuminutowe oraz wielogodzinne nagrania z uspokajającą muzyką.

Bliscy i relacje. Zarówno w domu, jak i w pracy mamy kontakt z grupą osób, które mają niebagatelny

wpływ na nasze samopoczucie. Współpraca z psychoterapeutą jest często nieoceniona w ustaleniu siły oddziaływania tych relacji oraz mechanizmów naszych odpowiedzi. Ma to silne przełożenie na stres i komfort życia. Jeśli w twoim życiu są relacje, które „dużo kosztują”, spróbuj skorzystać z fachowej pomocy.

Podsumowując, geny to nie wyrok. Dr Mehmet Oz, amerykański chirurg tureckiego pochodzenia, porównał niekorzystne predyspozycje genetyczne do załadowanego pistoletu, ale to nasze wybory będą w dużej mierze decydować o pociągnięciu za spust. Stan naszego zdrowia jest w znacznej części efektem codziennych decyzji dotyczących żywienia, aktywności fizycznej, używek, higieny snu i ograniczania stresu. Dotyczy to m.in. takich chorób jak: otyłość, cukrzyca typu 2, pierwotne nadciśnienie tętnicze czy rak jelita grubego. Medycyna stylu życia jest dziedziną skupiającą się na przeglądzie dobrostanu i kondycji fizycznej oraz psychicznej chorego z jego aktywnym udziałem w modyfikacji i utrzymaniu właściwych nawyków. Kiedy zacząć? Najlepiej już dziś. Jak się do tego zabrać? We własnym tempie, najlepiej rozpoczynając od potencjalnie łatwych kroków. Wykład proponuje szereg prostych rozwiązań i sugestii, które mogą ułatwić optymalizację stylu życia zarówno osobom przewlekle chorym, jak i mającym poczucie pełnego zdrowia. Bardziej gruntowne zmiany warto skonsultować ze specjalistą, np. lekarzem lub dietetykiem z certyfikatem IBLM Diplomate.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 2:26



Prof. Janusz Heitzman

Dobrostan psychiczny warunkiem rozwoju

Od ponad dwóch lat świat jest dotknięty kataklizmami, których wcześniej się nie spodziewano. Mimo ogromnego postępu technologicznego, dobrobytu i szybkiego bogacenia się znacznej części populacji nie wszystko można było powiązać ze spodziewanym wzrostem potencjału zdrowotnego, ograniczeniem zachorowalności, zwiększeniem przeżywalności. Pogłębiające się rozwarstwienie biedy i bogactwa, fale imigracyjnych uchodźców

ekonomicznych, kryzys klimatyczny i żywnościowy, pandemia COVID-19, która wyniszczyła biologicznie miliony ludzi, a zaraz później agresja Rosji na Ukrainę i tocząca się tam krwawa wojna mają swoje uwarunkowania we wcześniejszym tempie rozwoju ekonomicznego i cywilizacyjnego z konsekwencjami dla ujawniania się ludzkich emocji, skrajnych potrzeb, braku przezorności i przewidywania zagrożeń. Bagatelizowanie konsekwencji

zmian w świecie zglobalizowanym, który uniemożliwia, by jakikolwiek kraj stał się niezależną „zieloną wyspą”, i istniał oddzielony od reszty świata swoistym kordonem, stało się przyczyną rozprzestrzeniania się powszechnego poczucia zagrożenia, alienacji, osamotnienia jednostki i jej indywidualnej psychicznej słabości. Dotknięte tym są wszystkie grupy społeczne i pokoleniowe, a poczucie zagrożenia zdrowia psychicznego stało się elementem łączącym ludzkość. Nie można zatem powiedzieć, że szczególnie w Polsce borykamy się z zagrożeniami zdrowia psychicznego.

Dzisiaj nikt nie ma wątpliwości, że zdrowie człowieka to nie tylko stan jego ciała i poszczególnych narządów. Chociaż mózg jest nadrzędnym organem regulującym funkcjonowanie całego organizmu, niekiedy trudno przełożyć doznania psychiczne na sprawność narządów ciała i odwrotnie, powiązać przyczynowo choroby poszczególnych organów ze sprawnością myślenia, emocjami i zachowaniem. Rozumienie zdrowia psychicznego jako uwarunkowanego czynnikami zewnętrznymi i osobniczymi potencjału sprawczego daje mu silną pozycję odpowiedzialności za rozwój cywilizacyjny, ekonomiczny, postęp technologiczny czy wybory polityczne. By myśleć zatem o niezakłóconym rozwoju, konieczne jest inwestowanie w zdrowie psychiczne. Specyfika regionalna i państwowa wpływa zatem na określenie odpowiedzialności za zdrowie psychiczne na poziomie lokalnym, a tym samym za rozwój i dobrostan określonych społeczności. W Polsce na indywidualne poczucie zdrowia psychicznego będą miały wpływ nastroje społeczne, stan zabezpieczenia zdrowotnego, dostępność do świadczeń i ich stabilność, poczucie bezpieczeństwa państwa, wskaźniki makroekonomiczne czy poziom zaufania do opiekuńczej funkcji państwa.

Zdrowie psychiczne jest utożsamiane z obiektywnym poczuciem dobrego samopoczucia, a jego brak ze złym samopoczuciem i chorobą psychiczną. Ocena zdrowia psychicznego jest uwarunkowana stanem psychiki, a nie brakiem lub obecnością choroby psychicznej. Pandemia COVID-19 i wojna w Ukrainie spowodowały, że zachwiane zostało poczucie bezpieczeństwa, zagrożenie przeszło w formę chroniczną i nieokreśloną co do czasu jego trwania. Charakter lawinowego narastania poczucia utraty bezpieczeństwa ekonomicznego (inflacja), zagrożenia energetycznego, utraty zasobów poszerzył obszar stresorów społecznych

i wyczerpywanie się mechanizmów obronnych. Efekt COVID-19 związany z długim zdrowotnym i nadmiarowymi zgonami umocnił negatywną tendencję skracania się życia w polskiej populacji. Poszukiwanie zależności przyczynowo-skutkowych wskazało na trudności w nazywaniu czynników szkodliwych, brak strategii wyhamowania i odwrócenia negatywnych trendów, ale też na potrzebę nowego określenia priorytetów w zdrowiu publicznym. Tu pojawia się konieczność zwiększenia działań prozdrowotnych, profilaktyki zagrożeń cywilizacyjnych, psychicznego i fizycznego zmęczenia, zachowania proporcji pomiędzy pracą a wypoczynkiem, redukcji szkód, rozwijania prozdrowotnej świadomości społecznej. Obserwowany okołopandemiczny spadek odporności psychicznej nie tylko wpłynął na ograniczenie możliwości zdrowienia i rehabilitacji w chorobach somatycznych (układu krążenia, oddechowego czy nowotworów), ale o ok. 30% zwiększył na całym świecie zapadalność na zaburzenia lękowe, depresyjne, zespoły przewlekłego zmęczenia, zaburzenia snu, uzależnienia (szczególnie behawioralne), a w grupie dzieci i młodzieży zaburzenia zachowania, podejmowanie prób samobójczych czy zaburzenia w komunikacji rówieśniczej i międzypokoleniowej. Pandemia COVID-19, lockdown i długotrwałe zdalne nauczanie stały się najpoważniejszym zagrożeniem dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, z ryzykiem ujawniającego się nawet po latach opóźnienia edukacyjnego, deficytami w prawidłowym rozwoju emocjonalnym, opóźnieniem rozwoju społeczno-zawodowego, a nawet ekonomicznego. W tej grupie wiekowej szczególnie ujawniło się zagrożone poczucie bezpieczeństwa, zanik naturalnego wsparcia rówieśniczego, uwikłanie w system e-komunikacji z hejtem i wykluczeniami. Pandemia unaoczniała problemy, które choć wcześniej sygnalizowane, nie były aż w takiej skali jak: e-uzależnienia i zaburzenia kontroli impulsu, konflikty międzypokoleniowe, osamotnienie i izolacja, zmęczenie i brak aktywności fizycznej, poczucie bezradności czy rozwijanie depresyjnego światopoglądu z próbami samobójczymi. Wprowadzone tuż przed wybuchem pandemii organizacyjne wsparcie psychologiczne dzieci i młodzieży w nowo utworzonych 340 poradniach psychologiczno-psychoterapeutycznych oferujących pomoc przedlekarską, przejęto ciężar pomocy psychologicznej i aktualnie nadal zaspokaja niemalejące potrzeby.

Drugim obszarem szczególnie narażonym na konsekwencje pandemiczne dla zdrowia psychicznego stało się pokolenie seniorów. Dla grupy pokoleniowej 65+ czymś niezwykle trudnym było konfrontowanie się z ograniczeniem dostępności do świadczeń medycznych i praktycznym zanikiem idei państwa opiekuńczego. Szczególnie dotkliwe dla seniorów było: osamotnienie i izolacja, poczucie braku wsparcia egzystencjalnego, narażenie na uporczywie traumatyczny przekaz medialny i dezinformację, wykluczenie cyfrowe, ograniczenie możliwości planowego leczenia chorób somatycznych, zaburzenie rytmu snu i czuwania, depresja i brak aktywności.

Aktualnie do prognozowanych odległych następstw niekorzystnego wpływu COVID-19 na zdrowie psychiczne doszły efekty konfrontowania się z wojną w Ukrainie, poczucie zagrożenia bezpieczeństwa militarnego państwa, lęk przed konfliktem zbrojnym na szeroką skalę, niepewność wobec konieczności dokonywania wyborów życiowych, poczucie nadchodzącego kryzysu, zagrożenia ekonomicznego i energetycznego. Utrzymujący się długotrwale stan zagrożenia ma swoje konsekwencje w postaci całego obszaru zaburzeń związanych ze stresem, zaburzeń adaptacyjnych, depresji, stanów lękowych, zaburzeń

snu i uzależnień. Dostrzegamy coraz więcej nowych uzależnień będących reakcją obronną w sytuacji permanentnej niepewności i trwogi. Całościowe, nieredukowane poświęcanie się jakiejś aktywności: śledzeniu internetu, komunikatorów w smartfonach, nadmiernej pracy, zakupom, niekontrolowanemu objadaniu się, ćwiczeniom fizycznym itp., zaczyna zrównywać się ze stosowaniem substancji psychostymulujących, począwszy od napojów energetycznych, a kończąc na lekach przeciwlękowych, przeciwdepresyjnych, nasennych, substancjach narkotycznych czy alkoholu.

Zmienia się współczesna psychiatryczna pomoc doraźna. Jej ciężar musi ponosić system środowiskowego wsparcia i terapii, a nie odległe i nieco anachroniczne szpitale psychiatryczne. Coraz więcej chorujących somatycznie wymaga doraźnej pomocy psychiatrycznej, a konsultacja psychiatryczna opuszczających szpitale somatyczne nie zawsze staje się zaspokojoną potrzebą. Zagrożenia zdrowia psychicznego mają swoje obiektywne przyczyny, dzisiaj ochrona zdrowia psychicznego staje się koniecznym priorytetem wymagającym nadania mu zupełnie innej pozycji, niewidzianej przez pryzmat choroby psychicznej. Koszty zaniedbań zdrowia psychicznego niebawem znacząco przekroczą nakłady przeznaczane na jego ochronę.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 28:21



Dr hab. Joanna Basiaga-Pasternak. prof. AWF

Czy zawsze sport to zdrowie? Zaburzenia emocjonalne u sportowców

Nie zawsze „sport to zdrowie”, jak to się potocznie przyjmuje. Nie ulega jednak wątpliwości, że aktywność fizyczna ma bardzo duże znaczenie w profilaktyce zdrowotnej – korzystnie wpływa na funkcjonowanie organizmu, poprawia samopoczucie, pomaga zredukować stres, obniża agresję (Sigfusdottir i in. 2011). Jednak u osób, które zawodowo uprawiają sport, można niekiedy zaobserwować problemy natury psychicznej – zaburzenia emocjonalne, zaburzenia nastroju (depresje).

Depresja to różnego rodzaju zaburzenia nastroju. Według klasyfikacji DSM-5® można wyróżnić dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju, większe

zaburzenie depresyjne, uporczywe zaburzenie depresyjne (dystymia), przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne, zaburzenie depresyjne wywołane substancją lub lekiem, zaburzenie depresyjne spowodowane stanem ogólnomedycznym oraz określone zaburzenie depresyjne i nieokreślone zaburzenie depresyjne (Butcher i in. 2020; Heitzman 2017). Do wspólnych cech wszystkich tych typów zaburzeń należą: smutek, poczucie pustki lub drażliwości (towarzyszą temu zmiany somatyczne i poznawcze wpływające znacząco na zdolność jednostki do funkcjonowania). Ponadto obniżenie i zmienność nastroju, podwyższony poziom lęku (zwłaszcza przed

przyszłością), zaburzenia w sferze poznawczej (trudności w uczeniu się, skupianiu), niemożność znalezienia przyjemności, zaburzenia w sferze aktywności (problemy z zakończeniem działań i szybka męczliwość), zmiana rytmów okołodobowych – lepsze funkcjonowanie w godzinach wieczornych, zaniebdania w zakresie higieny osobistej i wyglądu, zaburzenia somatyczne, poczucie winy lub beznadziei, myśli o samookaleczeniu lub samobójcze, możliwe próby samobójcze (Bomba 2004; Butcher in. 2020).

Depresja ma charakter wieloprzyczynowy. W przypadku sportowców można wymienić czynniki biologiczne (np. czynniki genetyczne, choroby przewlekłe), psychologiczne (np. traumatyczne, stresujące wydarzenia życiowe, trudności w relacjach z innymi), społeczne i kulturowe (np. samotność, brak wsparcia, trudności zawodowe, materialne, mieszkaniowe), a także oczekiwania społeczne – presja, wypalenie, urazy, konieczność rezygnacji ze sportu, porażki, utrudnienia związane z treningami i występami sportowymi spowodowane pandemią COVID-19 (Zarychta i in. 2018; Basiaga-Pasternak, Cichosz-Dziadura 2022). Do konsekwencji zaburzeń emocjonalnych i depresji, jakie mogą dotyczyć zawodników, można zaliczyć: obniżenie efektywności działania, problemy rodzinne, próby samobójcze, samobójstwa i inne zaburzenia (tj. odżywiania, uzależnienia).

Problem depresji u sportowców jest obecny w badaniach psychologów w różnych obszarach kulturowych. Wyniki, jakie one przynoszą, nie są jednoznaczne. I tak podczas badań irańskich sportowców wykazano mniejszy poziom depresji u zawodników w porównaniu z osobami nieuprawiającymi sportu – aktywność sportowa zwiększa poziom endorfin w organizmie i zmniejsza ryzyko wstąpienia depresji (Mohammadi 2011). Łuszczczyńska (2011) natomiast dostrzegła zależność pomiędzy regularnym uprawianiem sportu a pozytywnym nastrojem. Podobną funkcję sportu (szczególnie dyscyplin zespołowych) w zapobieganiu depresji dostrzegli Canan i Ataoglu (2010), badając sportowców tureckich. Jednak inne badania tureckich sportowców (Demirel 2016) wykazały, że cechuje ich wyższy poziom depresyjności i lęku w porównaniu z niesportowcami. O występowaniu wśród elitarnych sportowców zaburzeń emocjonalnych i depresji pisali Lebrun i in. (2018). Depresję u zawodników spowodowaną pandemią badali Myall i in. (2021) oraz Lambert z zespołem (2022).

Oczywiście nie wszyscy sportowcy zmagają się z depresją, są jednak zawodnicy, u których ten

problem można zaobserwować. Co korzystne, sami zawodnicy coraz częściej mówią, że chorują czy chorowali na depresję. Przetłumają coraz odważniej temat tabu, obalając przy tym mit silnego, twardego i niewzruszonego sportowca. Właśnie z materiałów prasowych, wywiadów w mediach, opisów w mediach społecznościowych można dowiedzieć się, jak wielu zawodników mierzy(ło) się z depresją czy innymi problemami natury psychicznej. O depresji mówili m.in. narciarka Lindsay Vonn, siatkarz Matthew Anderson, pływak Michael Phelps, piłkarz nożny Robert Enke (finalnie odebrał sobie życie), piłkarz nożny Andrzej Iwan, narciarka biegowa Justyna Kowalczyk-Tekieli, lekkoatleta Marek Plawgo, zawodniczka skoków narciarskich Anna Twardosz, piłkarka ręczna Ewa Urtnowska i wielu innych. Niestety, także wśród polskich sportowców zmagania z depresją, myślami samobójczymi zakończyły się tragicznie – samobójstwo popełnili znani żużlowcy: Rafał Kurmański, Tomasz Jędrzejak, Robert Dados, Piotr Gancarz, Jarosław Kalinowski, Łukasz Romanek. Niektórzy z nich mieli zdiagnozowaną depresję.

Dlaczego zatem tyle znanych, popularnych osób, często wysoko wynagradzanych, zмага się z takimi problemami? Pomimo coraz większej świadomości społecznej dotyczącej depresji (także w środowisku sportowców) niekiedy brakuje wsparcia ze strony otoczenia. Sam problem bywa bagatelizowany, niekiedy też sportowcy z problemami natury psychicznej bywają odrzucani przez otoczenie.

Sportowcy wspominają:

Bo odbiór społeczny jest taki, jakby depresja była wstydem. Sam zwrot: przyznał się do depresji. Przyznał. Jak do złego.

Justyna Kowalczyk-Tekieli

<https://poradniapraxis.pl/aktualnosci/psychiatrzy/justyna-kowalczyk-o-swojej-depresji-jesli-ta-najsilniejsza-korzysta-z-pomocy-specjalistow-to-moze-i-ktos-inny-przelamie-wstyd-i-skorzysta-albo-zrzuci-maske-i-sie-oczysci/>.

Czułem, że wizyta u psychiatry czy terapeuty to wstyd. Że to dla słabych ludzi.

Marek Plawgo

<https://www.wprost.pl/kraj/10203865/marek-plawgo-ma-depresje-leczy-sie-od-kilku-miesiecy.html>.

Zależy mi, byśmy głośno mówili o depresji w sporcie wyczynowym na każdym jego etapie, ponieważ dotyka ona również dzieci i młodzież. Wiele osób

*borykających się z problemami psychicznymi wy-
piera chorobę. W dodatku nie ma pomocy od klubu
i otoczenia. A depresja nie zniknie sama. Chowana
przed światem i tak któregoś dnia się ujawni i to
ze zdwojoną siłą.*

Ewa Urtnowska, autorka projektu
„Depresja – gramy w to”

<https://sportowefakty.wp.pl/pilka-reczna/951968/byla-reprezentantka-polski-w-chorobie-brzydzilam-sie-siebie>.

Dzięki licznym kampaniom społecznym dotyczącym zaburzeń psychicznych, depresji świadomość społeczna rośnie, jednak nadal jest sporo do zrobienia. Co zatem jeszcze można zrobić w ramach profilaktyki, aby nie dochodziło do kolejnych tragedii? Na pewno bardzo ważne są dalsze kampanie społeczne zwiększające świadomość Polaków na temat depresji. Dobrze byłoby, aby w takich kampaniach uczestniczyli również sami sportowcy, także i po to, by łamać stereotypy o „niezniszczalnych” zawodnikach. Ponadto istotne jest rozpowszechnianie wiedzy na temat zaburzeń emocjonalnych oraz możliwości terapeutycznych u sportowców wśród sportowców i trenerów. Szczególnie ważna wydaje się rola trenera i pozostałych osób z otoczenia sportowca. Powinni oni udzielać wsparcia (emocjonalnego, instrumentalnego, informacyjnego) zawodnikowi, który przeżywa kryzys i potrzebuje pomocy. Wczesna interwencja może zapobiec pojawieniu się depresji i wszystkich problemów sportowych i życiowych z niej wynikających. Warto wreszcie zachęcać środowisko sportowe do intensyfikacji pracy z psychologiem sportowym, a w razie potrzeby – z psychoterapeutą, lekarzem psychiatrą. Powszechnie wiadomo bowiem, że lepiej zapobiegać, niż leczyć.

Piśmiennictwo

- Basiaga-Pasternak J., Cichosz-Dziadura A., (2022), Depression Among Athletes An Coping With Stress, Sense of Efficacy And Satisfaction With Life – A Pilot Study. *J Kinesiol Exercise Sci.* 91 (30): 53–58.
- Bomba J., (2004), Depresja młodzieńcza. W: Namysłowska I. (red.). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 266–80.
- Butcher J.N., Hooley J.M., Mineka S., (2020), *Psychologia zaburzeń DSM-5*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne / GWP, Sopot.

Canan F., Ataoglu A., (2010), The influence of sports on anxiety, depression, and perceived problem solving ability. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(1): 38–43.

Demirel H., (2016), Have University Sport Students Higher Scores Depression, Anxiety and Psychological Stress? *International Journal Of Environmental & Science Education*. 11(16): 9422–25.

Heitzman J., (2017), Zaburzenia depresyjne. DSM-5. American Psychiatric Association. Edra. Urban&Partner, Wrocław.

Lambert C., Schütz L.M., Rice S.M., Purcell R., (2022), Depressive symptoms among Olympic athletes during the Covid-19 pandemic, *BMC Sports Science Medicine and Rehabilitation*, 14(1).

Leburn F., MacNamara A., Rodgers S., Collins D., (2018), Learning From Elite Athletes' Experience of Depression. *Front Psychol.*; 9: 2062.

Łuszczczyńska A., (2011), *Psychologia sportu i aktywności fizycznej. Zagadnienia kliniczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Mohammadi A., Kiyani R., Araghi M.R., Zamini S., (2011), The compare of depression between athlete and non-athlete employed people. *Procedia Soc Behav Sci*, 30: 1878–80.

Myall K., Montero-Marin J., Kuyken W., (2021), Anxiety and Depression during COVID-19 in Elite Rugby Players: The Role of Mindfulness Skills. *Int J Environ Res Public Health*, 18, 11940.

Sigfusdottir I.D., Asgeirsdottir B.B., Sigfusdottir J.F., Gudjonsson G.H., (2011), Physical activity buffers the effects of family conflict on depressed mood: A study on adolescent girls and boys. *J Adolesc*, 34, 895–902.

Zarychta K., Kruk M., Boberska M., Szczuka Z., Horodyska K., Kuliś E., Łuszczczyńska A., (2018), Depression in elite athletes: Findings from a systematic review. *Rev Psychol*, 61 (1): 37–34.

<https://poradniaprxaxis.pl/aktualnosci/psychiatrzy/justyna-kowalczyk-o-swojej-depresji-jesli-ta-najslabsza-korzysta-z-pomocy-specjalistow-to-moze-i-ktos-inny-przelamie-wstyd-i-skorzysta-albo-zrzuci-maske-i-sie-oczysci/> [dostęp: 25.08.2022].

<https://sportowefakty.wp.pl/pilka-reczna/951968/byla-reprezentantka-polski-w-chorobie-brzydzilam-sie-siebie> [dostęp: 25.08.2022].

<https://www.wprost.pl/kraj/10203865/marek-plawgo-ma-depresje-leczy-sie-od-kilku-miesiecy.html> [dostęp: 25.08.2022].

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 21:54



Nowe możliwości diagnostyki i terapii zakażeń HCV w polskich realiach

Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) jest jednym z pięciu wirusów hepatotropowych stwarzających problem zdrowotny. Jednak w przeciwieństwie do wirusów zapalenia wątroby (WZW) typu A i B eliminacja zakażeń HCV nie może zostać planowo przeprowadzona z wykorzystaniem szczepień, a w przeciwieństwie do rzadko rozpoznawanych WZW typu D i E zakażenia HCV są aktualnie najczęściej diagnozowanymi zakażeniami hepatotropowymi w Polsce. Diagnostykę, a więc i możliwość leczenia utrudnia utajony przebieg choroby, który niestety bardzo często ujawnia się dopiero w momencie rozwinięcia marskości lub raka wątroby. Tymczasem od kilku lat posiadamy możliwości leczenia zakażeń HCV z blisko 100-procentową skutecznością. Pozostaje więc pytanie, dlaczego dysponując tak doskonałymi metodami terapii, nie staramy się wykrywać utajonych zakażeń u około 150 tys. mieszkańców Polski, zwykle nieświadomych zagrożenia, jakie ich czeka wraz z rozwojem choroby?

W 2017 r. WHO postawiła za cel skreślenie z listy zagrożeń zdrowia publicznego wirusowych zapaleń wątroby do roku 2030 poprzez zredukowanie liczby nowych zakażeń o 90% i zgonów z nimi związanych o 65%. Niestety, najnowsze analizy szacunkowe wskazują, że Polska będzie mogła osiągnąć ten cel najwcześniej w 2060 r. Przyczyną jest brak narodowego programu badań przesiewowych w kierunku HCV. A wystarczyłoby przez najbliższe 8 lat testować około 3 mln osób rocznie i leczyć 13 tys. Jak wiemy z doświadczeń pandemii COVID-19, wykonanie takiej liczby szybkich, kasetkowych testów nie powinno być problemem, podobnie jak leczenie wspomnianej liczby chorych, czemu podotaliśmy w latach 2017–2018, gdy likwidowaliśmy kolejki pacjentów z czasów poprzedzających rewolucję w terapii zakażeń HCV.

W ramach wspomnianego powyżej programu, który został wdrożony w wielu krajach, diagnostyka zakażenia HCV rozpoczynałaby się od rutynowego testu immunoenzymatycznego wykrywającego przeciwciała anty-HCV. Jego wadą jest niestety czas oczekiwania na wynik – jest on na tyle długi,

że często prowadzi do utraty kontaktu z pacjentem. Dlatego ostatnio propaguje się szybkie testy kasetkowe o czułości i swoistości zbliżonej do wspomnianego testu immunoenzymatycznego. Wynik badania, otrzymany w ciągu kilkunastu minut, pozwala na wykluczenie zakażenia HCV lub pogłębienie diagnostyki poprzez pobranie próbki krwi na badanie techniką PCR w kierunku HCV RNA. Mniej więcej połowa spośród osób, u których wykrywane są przeciwciała anty-HCV, ma potwierdzoną replikację wirusa i wymaga wówczas skierowania do specjalisty w celu zakwalifikowania do leczenia. Pozostałe osoby, u których stwierdzono obecność swoistych przeciwciał bez wykazania materiału genetycznego wirusa, nie są zagrożone rozwojem choroby wątroby, ponieważ najwyraźniej ich organizm kiedyś w przeszłości poradził sobie sam z zakażeniem.

Przeprowadzenie skutecznego leczenia u osób zakażonych HCV pozwala na uzyskanie tzw. trwałej odpowiedzi wirusologicznej (*sustained virologic response*, SVR). Już dawno wykazano, że uzyskanie SVR zmniejsza 14-krotnie ryzyko śmierci związanej z chorobami wątroby i 4-krotnie ryzyko śmierci z jakiegokolwiek przyczyny. Przed rokiem 2015, gdy leczylismy chorych za pomocą uciążliwych terapii interferonowych, zaledwie co drugi z nich mógł liczyć na uzyskanie SVR, a pacjenci z zaawansowanym włóknieniem wątrobowym praktycznie nie mieli szans na wyleczenie. Nowoczesne metody terapeutyczne opierają się na skojarzeniu działania dwóch albo trzech leków o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym (*direct acting antivirals*, DAA), hamujących aktywność niestrukturalnych białek wirusa odpowiedzialnych za jego replikację. Od 2019 r. większość pacjentów otrzymuje najnowocześniejsze leki pangenotypowe. Po 8–12 tygodniach takiej terapii doustnej, pozbawionej praktycznie działań niepożądanych, blisko 99% chorych uzyskuje SVR.

Na przestrzeni ostatnich lat obserwujemy wyraźną zmianę charakterystyki chorych leczonych z powodu WZW typu C. Na początku epoki leczenia bezinterferonowego, po roku 2015, dominowali

chorzy w wieku 55–75 lat, z których blisko połowa miała rozpoznaną marskość wątroby. Wynikało to z jednej strony z nieskuteczności terapii interferonowych i kumulacji chorych bez szans na wyleczenie, a z drugiej strony z poważnych działań niepożądanych odstrasżających wielu chorych, ale i lekarzy od stosowania tych terapii. Po 2017 r. zaczęli dominować stosunkowo młodzi ludzie w wieku 30–45 lat, a jednocześnie odsetek chorych z marskością zmniejszył się do 15%. Niestety, w ostatnich latach ta ostatnia grupa zaczęła się powiększać i obecnie blisko 24% chorych, których kwalifikujemy do leczenia, ma rozpoznaną marskość. Najgorsze, że dotyczy to osób młodych, które – jak dowiedliśmy w naszych długoterminowych badaniach – są najbardziej narażone na rozwój raka wątrobowokomórkowego. Jednocześnie wiemy, że leczenie podjęte w odpowiednim czasie może nie

tylko zapobiegać temu trudnemu do leczenia nowotworowi, lecz także u większości chorych cofa włóknienie wątrobowe.

Podsumowując, należy podkreślić, że zdiagnozowanie zakażenia HCV umożliwia wyleczenie 99% osób, dzięki czemu zmniejsza w sposób znaczący ryzyko niewydolności wątroby, raka wątroby i przedwczesnej śmierci. Przez to dodatkowo zmniejsza wydatki związane z opieką medyczną, świadczeniami rentowymi, a zwiększa zyski skarbu państwa i optymalizuje funkcjonowanie rodziny i społeczeństwa. Efektywność kosztowa testowania w kierunku HCV była wielokrotnie sprawdzana na świecie i w Polsce (w tym przez AOTMiT) i jest bezdyskusyjna. Zaniechanie przez kolejne rządy badań przesiewowych w kierunku HCV w sytuacji dostępności skutecznej i coraz tańszej terapii jest błędem o wymiarze ekonomicznym i humanitarnym.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 26:16



Prof. Jurek Olszewski

Retrospektywna ocena czynników ryzyka nowotworów jamy ustnej i gardła u pacjentów badanych w ramach „Programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi”

Cel. Retrospektywna ocena czynników ryzyka nowotworów jamy ustnej i gardła u pacjentów badanych w ramach „Programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi”. Badania przeprowadzono łącznie u 300 pacjentów, w tym 186 kobiet i 114 mężczyzn w ramach „Programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi” w latach 2014–2018.

Metoda. Przed badaniem laryngologicznym pacjenci wypełniali ankietę demograficzną i medyczną dotyczącą czynników ryzyka nowotworów głowy i szyi, w tym: wykształcenia, zgłaszanych objawów chorobowych, nałogu palenia papierosów, liczby spalanych papierosów, nałogu spożywania alkoholu, częstości wizyt w gabinecie stomatologicznym, od stosowanych środków higieny jamy ustnej, uprawiania seksu oralnego, liczby życiowych partnerów seksualnych, z którymi uprawiany był seks

oralny, wystąpienia w rodzinie choroby nowotworowej głowy i szyi.

Wyniki. Badani zgłaszali następujące objawy chorobowe: chrypkę w 43,33%, trudności w połknięciu w 21,33%, ból lub pieczenie w jamie ustnej w 20,33%, inne objawy zaobserwowano w 46,33%. Głównymi objawami stomatologicznymi były: krwawienie z dziąseł w czasie szczotkowania zębów (48,89%) i uczucie suchości w jamie ustnej (45,56%). Spośród ankietowanych do palenia wyrobów tytoniowych aktualnie przyznawało się 20,33% pacjentów, natomiast w przeszłości paliło 54% pacjentów. W analizowanym materiale większość spożywała napoje alkoholowe, bo aż w 80%, przy czym istotnie rzadziej badane kobiety (w porównaniu do mężczyzn). Okazjonalnie alkohol spożywało 87,08% badanych. Do uprawiania seksu oralnego

przynawało się 27,67% badanych, w tym 24,73% kobiet oraz 32,46% mężczyzn, w tym jednego do trzech partnerów, którzy uprawiali seks oralny, spotkało 71,95% badanych. Po wykonaniu rozszerzonej diagnostyki stwierdzono obecność nowotworu tej okolicy u 10% badanych.

Wnioski. Stwierdzono istotność statystyczną różnic: między chrypką a spożywaniem alkoholu (zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn), między chrypką a paleniem tytoniu u kobiet, między objawem trudności w połykaniu a paleniem tytoniu u badanych kobiet, między bólem/ pieczeniem w jamie ustnej a paleniem tytoniu u badanych mężczyzn, między chrypką a uprawianiem seksu oralnego u badanych mężczyzn, między trudnościami w połykaniu a uprawianiem seksu oralnego u badanych mężczyzn oraz między bólem/ pieczeniem w jamie ustnej a występowaniem nowotworu złośliwego.

Rekomendacje:

1. Program Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi powinien wejść na stałe jako kolejne działanie profilaktyczne realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Edukacja na temat wczesnych objawów raka głowy i szyi ma kluczowe znaczenie w zapobieganiu tysiącom zgonów każdego roku i zmniejszenia

destrukcyjnego wpływu choroby na osoby, które przeżyły tę chorobę.

3. Program Profilaktyki Pierwotnej Nowotworów Głowy i Szyi, którego celem jest popularyzacja postaw prozdrowotnych oraz wpływ na zmianę stylu życia, powinien być realizowany w oparciu o cztery filary:
 - edukację (popularyzacja wiedzy, postaw prozdrowotnych, zdrowego stylu życia),
 - zwiększenie świadomości społeczeństwa (współpraca z mediami, uczestnictwo w imprezach masowych, prowadzenie strony internetowej),
 - platformę współpracy (nawiązanie współpracy z przedstawicielami władz państwowych i organizacjami skupiającymi pacjentów z nowotworami głowy i szyi),
 - program wsparcia emocjonalnego (stworzenie zespołów psychologiczno-socjologicznych).
4. Realizacja Programu Profilaktyki Wtórnej Nowotworów Głowy i Szyi doprowadzi do zwiększenia wykrywanych zmian we wczesnych stadiach zaawansowania.
5. W programie Profilaktyka 40 PLUS (w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia) powinno być uwzględnione bezpłatne badanie fiberoskopowe górnych dróg oddechowych.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 4:14



Prof. Wojciech Golusiński

„Program profilaktyki nowotworów głowy i szyi” w Europie – Make Sense Campaign

Do nowotworów głowy i szyi zalicza się każdy nowotwór znajdujący się powyżej obojczyka, z wyłączeniem nowotworów mózgu, gałki ocznej i przetyku. Ponad 90% nowotworów powstaje w komórkach nabłonka wyściełającego powierzchnie jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i zatok przynosowych.

Rak głowy i szyi jest szóstym najczęściej występującym nowotworem złośliwym oraz ósmą najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych w Europie (około 73 tys. zgonów w 2020 r.). Chociaż uważany jest za chorobę, której

można zapobiec, około 60% wszystkich nowotworów głowy i szyi jest diagnozowanych u chorych w późnym stadium zaawansowania klinicznego. W tej grupie dwie trzecie chorych nie przeżywa pięciu lat. Dla tych, którzy przeżyją, trwałe skutki mogą być wyniszczające. Badanie z 2021 r. zainicjowane przez Europejskie Towarzystwo Nowotworów Głowy i Szyi oraz Europejską Koalicję Pacjentów Onkologicznych (European Cancer Patient Coalition, ECPC) wykazało, że osoby, które przeżyły nowotwór złośliwy głowy i szyi, zmagają się z szeregiem

fizycznych, społecznych i zawodowych konsekwencji wywołanych chorobą.

We wrześniu 2022 r. obchodziliśmy jubileuszowy 10. Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi kampanii Make Sense prowadzonej przez Europejskie Towarzystwo Nowotworów Głowy i Szyi (EHNS). Jest to główne wydarzenie kampanii mającej na celu zwiększenie świadomości na temat nowotworów głowy i szyi, a co za tym idzie – poprawę wyników leczenia osób, których dotknęła ta choroba. Motto ostatniej kampanii to: **Najwyższy czas ZROZUMIEĆ NOWOTWORY GŁOWY I SZYI. Make it make sense.**

Kampanię rozpoczęto w 2013 r. po uzyskaniu wyników ankietowego badania pn. „About Face”, które zostało przeprowadzone w 2009 r. w siedmiu europejskich krajach (Francji, Niemczech, Włoszech, Holandii, Hiszpanii, Szwecji i Wielkiej Brytanii) przy EHNS. Badania te wykazały niski poziom wiedzy Europejczyków na temat zagrożeń wynikających z zachorowania na NGiSz. Ponad 75% ankietowanych nie potrafiło odpowiedzieć na pytanie, z czym Pani/ Panu kojarzy się termin „nowotwór głowy i szyi”. Dwa główne założenia kampanii to: poprawienie świadomości społeczeństwa dotyczącej wczesnych objawów oraz czynników ryzyka oraz poszerzenie wiedzy pracowników ochrony zdrowia na temat nowotworów głowy i szyi.

Działania w ramach kampanii Make Sense opierają na czterech filarach:

- podnoszenie świadomości wśród społeczeństwa na temat wczesnych objawów choroby;
- edukacja personelu medycznego – by wcześniej wykrywać i leczyć nowotwory głowy i szyi;
- współpraca z decydentami, współpraca z członkami Parlamentu Europejskiego i organizacjami pacjentskimi;
- opieka i wsparcie emocjonalne po zakończeniu leczenia.

Od czasu zainicjowania kampanii Make Sense świadomość na temat nowotworów głowy i szyi wzrosła. Badanie przeprowadzone w 2020 r. wśród 5700 osób z pięciu krajów wykazało, że 62% respondentów spotkało się z pojęciem nowotworu głowy i szyi, co stanowi poprawę w porównaniu z badaniem przeprowadzonym 10 lat wcześniej. Wiedza na temat HPV jako czynnika ryzyka zachorowania na raka głowy i szyi również uległa poprawie wraz z wdrożeniem w całej Europie w ciągu ostatnich

10 lat programów szczepień przeciwko wirusowi HPV dla obu płci.

W ciągu ostatniej dekady w ramach kampanii Make Sense prowadzono liczne działania, by zwiększać świadomość na temat choroby wśród społeczeństwa i pracowników ochrony zdrowia. Wdrożono także szereg praktycznych inicjatyw wspierających wczesną diagnozę. Do tych działań należy zaliczyć przede wszystkim bezpłatne badania profilaktyczne prowadzone podczas corocznego Tygodnia Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi, dzięki którym od 2013 r. ponad 110 tys. osób zostało przebadanych pod kątem nowotworu głowy i szyi w ponad 1200 klinikach w całej Europie. Najnowszym osiągnięciem jest opublikowanie europejskich wytycznych dotyczących standardów postępowania w zakresie opieki u chorych z nowotworami głowy i szyi w uznanym czasopiśmie naukowym „Oral Oncology” w sierpniu 2022 r.

Edukacja społeczeństwa i pracowników ochrony zdrowia w zakresie objawów nowotworów głowy i szyi jest nieodłącznym elementem zachęcania do wcześniejszego zgłaszania się i diagnozowania choroby. Spośród chorych, u których terapia jest rozpoczęta we wczesnym stadium, 80–90% przeżywa, co pokazuje, że wcześniejsza diagnoza może zmniejszyć śmiertelność i pozytywnie wpłynąć na wyniki leczenia.

Mimo postępu w skuteczności leczenia, jak również rosnącej uwagi poświęconej nowotworom głowy i szyi na poziomie polityki europejskiej, inicjatywy takie jak Make Sense nadal odgrywają ważną rolę. Ekspert ostrzegają, że w Europie nadchodzi „epidemia raka”. Szacuje się, że liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych głowy i szyi wzrośnie o ponad 200 tys. na całym świecie w ciągu najbliższych 10 lat, a kolejne 587 tys. osób umrze z powodu tej choroby do 2030 r., co oznacza wzrost o 120 tys. w porównaniu z rokiem 2020. Dlatego też wzmocnienie wspólnych działań w celu zwiększenia świadomości i poprawy wyników leczenia chorych w tej grupie nowotworów pozostaje niezwykle istotne.

Kampania Make Sense, prowadzona przez (EHNS), ma na celu zwiększenie świadomości na temat nowotworów głowy i szyi, a co za tym idzie – poprawę wyników leczenia pacjentów z tą chorobą. Cel ten zostanie osiągnięty poprzez edukację w zakresie zapobiegania chorobie, zwiększenie zrozumienia oznak i objawów choroby i zachęcanie

do wcześniejszej wizyty lekarskiej, diagnozy i skierowania na leczenie.

Kampania Make Sense jest wspierana przez firmy Bristol Myers Squibb, Merck i MSD. Więcej informacji o kampanii można znaleźć na stronie makesensecampaign.eu, na Twitterze i na Facebooku.

W 2013 r. w ramach kampanii Make Sense stworzono regułę „1 przez 3”. Reguła wskazuje, że osoba, która zauważyła u siebie jeden lub więcej niecharakterystycznych objawów nowotworów głowy i szyi, i jeśli dolegliwości trwają co najmniej trzy tygodnie, powinna niezwłocznie zgłosić się do lekarza. Do objawów tych zalicza się: nieogojące się owrzodzenie, biały lub czerwony nalot w jamie ustnej, ból gardła, chrypkę, ból podczas połykania lub trudności z połykaniem, guz na szyi, jednostronną niedrożność nosa lub krwistą wydzielinę z nosa. Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w 2022 r. promuje nowe hasło **Make It Make Sense: Poznaj ratującą życie regułę 1 przez 3**.

Kampanie, takie jak Make Sense, mają ogromną rolę do odegrania w rozwiązywaniu problemu ograniczonej wiedzy na temat nowotworów głowy i szyi wśród społeczeństw Europy, szczególnie Europy Środkowej i Wschodniej, gdzie obserwujemy najwyższe wskaźniki zachorowalności i śmiertelności. Na podstawie założeń Make Sense Campaign

w Polsce stworzono podstawy „Programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi” na lata 2014–2016 o zasięgu regionalnym (województwo wielkopolskie). Przebadano ponad 5200 osób, wykryto 44 nowotwory złośliwe.

Nowatorski program pilotażowy skierowany do osób z czynnikami ryzyka w wieku 40–65 lat – „Program Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi”, w Wielkopolsce otrzymał nagrodę główną w kategorii innowacyjna inwencja podczas gali konkursu „Innowacyjna Wielkopolska” w 2015 r. Wyniki tego programu stały się podstawą do opracowania **Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi** przy współpracy z Ministerstwem Zdrowia, na bazie funduszy europejskich. Program ten, rozpoczęty w 2017 r., kontynuowano do końca roku 2022. Do tej pory na terenie całej Polski zostało przebadanych 40 600 osób, pobrano ponad 1000 wycinków i biopsji cienkoigłowych, wykonano 4300 badań USG. Współpracę z programem podjęło 1050 lekarzy POZ.

Cele na najbliższe lata to: kontynuacja Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi we współpracy z Ministerstwem Zdrowia oraz dalszy rozwój kampanii „Zrozumieć Nowotwory Głowy i Szyi” oraz Europejskiego Tygodnia Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 4:04



Dr hab. Agata Szkiełkowska, prof. IFPS

Założenia powszechnego programu profilaktyki i postaw prozdrowotnych dla osób pracujących głosem

We współczesnym, nowoczesnym społeczeństwie głos ma istotne znaczenie dla budowania więzi międzyludzkich oraz dla zaspokajania potrzeb społecznych i zawodowych. Dla wielu środowisk zawodowych głos ma znaczenie pierwszoplanowe, jest narzędziem codziennej pracy. Obowiązek opieki foniatrycznej nad osobami pracującymi głosem, uprawnienia wynikające z karty nauczyciela z jednoczesną poprawą warunków pracy oraz możliwości szeroko dostępnej wiedzy dotyczącej

profilaktyki i higieny głosu wymuszają doskonalenie systemu profilaktyki, leczenia i rehabilitacji zawodowych zaburzeń głosu. Najważniejszym celem całej systemowej opieki nad osobami pracującymi głosem jest efektywna profilaktyka oraz skuteczne leczenie i rehabilitacja, czyli osiągnięcie takiego stanu zdrowia, który pozwala na pracę do okresu emerytalnego.

Szacuje się, że wśród ponad 16 mln osób pracujących w Polsce ponad 20% wykonuje zawody

wymagające ponadprzeciętnej sprawności głosowej. Brak świadomości społecznej i profesjonalnej co do znaczenia zaburzeń głosu i upośledzenia zdolności komunikacji oraz brak programów poradczych prowadzą do strat ekonomicznych, które państwo ponosi na leczenie i często zbyt długą rehabilitację głosu. Dotychczasowy system opieki zdrowotnej nad osobami zawodowo pracującymi głosem, pomimo dużych nakładów finansowych państwa, nie zabezpiecza skutecznie potrzeb tych grup zawodowych i nadal generuje niekorzystny wynik ekonomiczny. Analiza problemu oraz długoletnie doświadczenia kliniczne wskazują, że przestrzeganie higieny pracy głosem oraz aktywne współuczestnictwo pacjentów w procesie profilaktyki, terapii i rehabilitacji może poprawić w znaczący sposób wynik zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Można to osiągnąć poprzez skierowanie większych nakładów na profilaktykę i leczenie zawodowych chorób narządu głosu. Mówiąc o spodziewanych korzyściach i poprawie jakości życia w okresie sprawności zawodowej czy w wieku senioralnym, należy myśleć przede wszystkim o populacji polskich dzieci – należy je uświadamiać i edukować m.in. poprzez uczestnictwo w programach prozdrowotnych dotyczących wczesnego wykrywania zaburzeń głosu i mowy, które to elementy warunkują możliwości komunikatywne dzieci, a w konsekwencji wpływają na rozwój funkcji poznawczych, rozwój społeczny i umiejętności szkolne. Przegląd literatury i dotychczasowe badania wyraźnie wskazują na istotny wpływ patologii głosu na psychikę dziecka, edukację, życie emocjonalne i socjalne.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 46:30



Dr hab. Małgorzata Synowiec-Piłat

Zaufanie do lekarzy a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych

Choroby nowotworowe to jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych zarówno w Europie, jak i w Stanach Zjednoczonych. Polska należy do krajów europejskich o najwyższych wskaźnikach

W Polsce nie były prowadzone do tej pory żadne działania prozdrowotne dotyczące głosu i jego roli w komunikacji międzyludzkiej. Wprowadzenie ogólnopolskiego programu w dłuższej perspektywie poprawi świadomość społeczeństwa w zakresie komunikacji międzyludzkiej za pomocą głosu, polepszy też jakość życia starzejącego się społeczeństwa oraz wydłuży i poprawi funkcjonowanie w zawodach, w których głos stanowi narzędzie pracy. Korzyści z wdrożenia programu nad osobami zawodowo posługującymi się głosem są wielowymiarowe:

- medyczne – zmniejszenie zachorowalności na choroby narządu głosu, zapobieganie wtórnym zmianom w obrębie narządu głosu wymagającym leczenia operacyjnego, zmniejszenie kolejek pacjentów oczekujących na leczenie;
- społeczne – poprawa świadomości społecznej w zakresie zapobiegania chorobom narządu głosu, wyposażenie pacjentów pracujących głosem w narzędzia, które umożliwią utrzymanie jego dobrej kondycji do wieku emerytalnego;
- ekonomiczne – zmniejszenie wydatków na leczenie chorób narządu głosu, ograniczenie kosztów w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych, rentowych i orzecznich.

Opracowanie ogólnopolskiego programu profilaktyki zaburzeń głosu dla przedszkoli, szkół, uczelni przygotowujących do pracy głosem oraz dla osób pracujących głosem jest strategią długofalową, ale niezwykle wartościową, również w aspekcie starzejącego się społeczeństwa.

umieralności na raka. W przeciągu ostatnich 50 lat prawie 2,4-krotnie wzrosła liczba zgonów na nowotwory złośliwe. Warto również podkreślić, że w przypadku nowotworów wskaźniki pięcioletnich

przeżyć oceniane są w Polsce jako niskie (ok. 30%), co wskazuje na małą skuteczność walki z chorobami nowotworowymi – w zakresie profilaktyki pierwotnej, wczesnego wykrywania i samego leczenia. W walce z chorobami nowotworowymi istotne jest oczywiście stałe wprowadzanie i udoskonalanie rozwiązań o charakterze systemowym. Niezwykle ważną kwestią jest także podnoszenie poziomu uczestnictwa poszczególnych społeczności w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Interwencje społeczne ukierunkowane na populację osób zdrowych, pozwalające na wczesne wykrycie choroby oraz podjęcie terapii, a tym samym zwiększające prawdopodobieństwo wyleczenia, są współcześnie postrzegane jako priorytet w walce z nowotworami (Synowiec-Piłat M. 2020). W badaniach polskich zwraca się uwagę, że zgłaszalność na onkologiczne badania profilaktyczne jest na poziomie niezadowalającym (Bielska-Lasota i in. 2012; Chojnacka-Szawłowska i in. 2013; Narodowy Test Zdrowia Polaków 2020).

W literaturze przedmiotu spośród wielu czynników warunkujących uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych wymienia się zarówno czynniki o charakterze makrostrukturalnym (jakość i dostępność do onkologicznych usług medycznych, alokacja środków przeznaczanych na profilaktykę onkologiczną, ustawodawstwo), jak i zmienne o charakterze:

- społeczno-demograficznym (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, ilość dzieci);
- społeczno-strukturalnym (wykształcenie, sytuacja ekonomiczna);
- społeczno-kulturowym (wartości i normy społeczne, przekonania zdrowotne i wiedza medyczna).

Jak podkreślają badacze, jednym z czynników społeczno-kulturowych, który może mieć znaczący wpływ na podejmowanie decyzji dotyczących udziału w onkologicznych badaniach profilaktycznych, jest subiektywnie odczuwane przez jednostki zaufanie do lekarzy i medycyny. W badaniach socjologicznych podkreśla się, że zaufanie ma fundamentalne znaczenie dla skuteczności relacji interpersonalnych (Mechanic & Meyer 2000). Jest ono istotnym czynnikiem w procesie leczenia, ugruntowuje bowiem wiarę i nadzieję chorego na wyleczenie. Zaufanie nabiera szczególnego znaczenia w przypadku chorób zagrażających życiu

i przewlekłych, a zwłaszcza nowotworowych, które dodatkowo obciążone są wysokim poziomem lęku (Rabinowitz & Peirson 2006; Reich i in. 2009), silnym poczuciem zagrożenia życia lub niepełnosprawnością (Seetharamu i in. 2007).

W socjologicznej literaturze przedmiotu wyróżnia się dwa powiązane ze sobą rodzaje zaufania w odniesieniu do opieki zdrowotnej: zaufanie do personelu medycznego oraz zaufanie do systemu medycznego. Zaufanie pacjenta do lekarza jest uważane za decydujące dla dobrej jakości i skutecznej opieki medycznej (Mechanic & Meyer 2000). Analizy empiryczne wskazują, że koncepcja zaufania w kontekście opieki zdrowotnej wydaje się obejmować zarówno kwestie kompetencji zawodowych (wiedza, umiejętności techniczne oraz społeczne/komunikacyjne), jak i zagadnienie dotyczące tego, czy działania personelu medycznego są podejmowane w najlepszym interesie pacjenta (uczciwość, poufność i troska, a także okazywanie szacunku). Na podstawie analiz jakościowych ustalono, że najczęściej wyróżnianym przez badanych aspektem zaufania była kompetencja interpersonalna, obejmująca opiekę, troskę i współczucie (Mechanic & Meyer 2000). Wprawdzie kompetencje techniczne też uzyskały wysoki priorytet, ale często były oceniane przez pryzmat reputacji lekarza lub interpersonalnych znaków. Natomiast w badaniach nad zaufaniem do lekarzy w przypadku chorób nowotworowych ujawniono, że pacjenci podchodzą do tego pojęcia wielowymiarowo. Rozróżniają takie aspekty przyczyniające się do zaufania do lekarza jak: kompetencja, wierność, uczciwość i troska (Hall i in. 2001).

Badania ogólnopolskie wskazują na istnienie w Polsce kryzysu zaufania do profesji lekarza (Omyła-Rudzka 2014; Blendon i in. 2014). Jest to niepokojące zjawisko, zważywszy na wyniki badań empirycznych potwierdzających dodatnią zależność pomiędzy poziomem zaufania do lekarzy i medycyny a zachowaniami prozdrowotnymi, przestrzeganiem zaleceń lekarskich oraz ciągłością leczenia (O'Malley i in. 2004; Thom i in. 1999). Zaufanie sprzyja ponadto podjęciu decyzji o rozpoczęciu leczenia oraz pozytywnie wpływa na ocenę jakości usług medycznych i zasadności stosowania procedur medycznych.

W przypadku chorób przewlekłych, w tym nowotworowych, budowane podczas częstych spotkań klinicznych zaufanie do lekarza wpływa pozytywnie

na decyzje terapeutyczne oraz długoterminowe samopoczucie pacjentów, zwiększa ich satysfakcję z leczenia i zadowolenie z jakości opieki medycznej, przyczynia się do lepszej oceny jakości relacji z lekarzem oraz lepszej oceny stanu zdrowia, poprawia zaangażowanie w podejmowanie decyzji dotyczących leczenia, skłania do stosowania się do zaleceń lekarskich, wiąże się z częstszym ogólnym korzystaniem z onkologicznych usług profilaktycznych (Musa i in. 2009; Salkeld i in. 2004). Zaufanie do lekarzy może być zatem czynnikiem pozytywnie motywującym osoby zdrowe do podjęcia decyzji o poddaniu się badaniom profilaktycznym, zgłoszeniu się do lekarza w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów i kontynuowania leczenia oraz stosowania się do zaleceń lekarskich, gdy zostanie postawiona diagnoza i wyznaczona metoda terapii (Salkeld i in. 2004). Analizy tego rodzaju wydają się pomocne w planowaniu i wdrażaniu skutecznych środków zapobiegania rozwojowi chorób nowotworowych.

Kolejne bardzo istotne zagadnienie to kwestia wpływu zaufania do lekarzy na uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Podczas wykładu zostały przedstawione wyniki porównawczych badań sondażowych przeprowadzonych przez autorkę w latach 2012–2018 na populacji dorosłych, zdrowych (bez diagnozy raka) mieszkańców Wrocławia ($n = 910 / n = 898$). W prezentowanych badaniach własnych łączny odsetek respondentów, którzy zadeklarowali dość małe oraz małe zaufanie do lekarzy i jego brak, jest porównywalnie wysokie w obydwu etapach badania (47%/43%), co należy uznać za zjawisko niepokojące. Wyższym poziomem zaufania do lekarzy odznaczali się następujący respondenci: kobiety, osoby żyjące w związkach małżeńskich oraz nieformalnych w przeciwieństwie do osób samotnych, osoby ze średnim i wyższym wykształceniem, respondenci, których rodzice posiadali wyższe wykształcenie, odznaczający się wysokim dochodem oraz dobrze oceniający swoją sytuację materialną. Większość dorosłych wrocławian nie uczestniczyła w przeciągu ostatnich lat w jakichkolwiek badaniach związanych z profilaktyką nowotworów (63%/68%, 2012–2018).

Na obydwu etapach badania potwierdzono istnienie statystycznie istotnej zależności pomiędzy deklarowanym poziomem zaufania do lekarzy a uczestnictwem w onkologicznych badaniach

profilaktycznych – częściej nie uczestniczyli w nich respondenci deklarujący dość małe, bardzo małe zaufanie do lekarzy lub jego brak, natomiast częściej uczestniczyli w tych badaniach ankietowani, którzy deklarowali bardzo duże i dość duże zaufanie do lekarzy.

Na podstawie powyższych wyników można nakreślić następujące rekomendacje i postulaty praktyczne dla promocji zdrowia i profilaktyki onkologicznej:

- istnieje potrzeba podejmowania oraz intensyfikacji interwencji społecznych na rzecz budowania zaufania społeczeństwa do lekarzy i medycyny, w których niezbędne jest uwzględnienie społeczno-strukturalnego kontekstu funkcjonowania jednostek;
- w przypadku chorób nowotworowych podniesienie poziomu zaufania do lekarzy może przyczynić się do zwiększenia liczby osób wykonujących badania profilaktyczne oraz zgłaszających się do lekarza w krótkim czasie po wystąpieniu objawów;
- wzmocnienie relacji lekarz–pacjent oraz zapewnienie większej ciągłości opieki może istotnie przyczynić się do zwiększenia poziomu zaufania do lekarzy i medycyny, poprawy jakości leczenia oraz zmniejszenia nierówności społecznych w opiece zdrowotnej;
- niezbędne są oczywiście działania prowadzone na poziomie makrostrukturalnym, mające na celu poprawę jakości i dostępności usług medycznych oraz alokację środków i zasobów na rzecz podnoszenia kompetencji medycznych, społecznych i komunikacyjnych personelu medycznego;
- ponadto ze względu na to, że zaufanie jest kluczowym elementem decydującym o efektywności terapeutycznej relacji lekarz–pacjent, niezbędnym jest również dostrzeżenie przez samych lekarzy potrzeby budowania zaufania wśród pacjentów w oparciu o poszanowanie ich autonomii, praw oraz partnerstwo, a także uwzględniając potrzeby emocjonalne osób korzystających ze świadczeń onkologicznych, w tym profilaktycznych.

Piśmiennictwo

- Bielska-Lasota M., Car E., Rzepczak-Zacharek E., (2012). Obciążenie nowotworami złośliwymi w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej. W: B. Wojtyniak, P. Goryński,

- B. Moskalewicz (red.), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, s. 153–71, NIZP-PZH.
- Blendon R., Benson J., Hero J., (2014), Public trust in physicians—US medicine in international perspective. *NEJM*, 371(17), 1570–72.
- Chojnacka-Szawłowska G., Kościelak R., Karasiewicz K., Majkiewicz M., Kozaka J., (2013), Delays in seeking cancer diagnosis in relations to beliefs about the curability of cancer in patients with different disease locations. *Psychol Health*, 28(2), 154–70.
- Hall M., Dugan E., Zheng B., Mishra A. (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Quarterly*, 79(4), 613–39.
- Mechanic D., Meyer S., (2000), Concepts of trust among patients with serious illness. *Soc Sci Med*, 51(5), 657–68.
- Musa D., Schulz R., Harris R., Silverman M., Thomas S.B., (2009), Trust in the health care system and the use of preventive health services by older black and white adults. *Am J Publ Health*, 99(7), 1293–99.
- Narodowy Test Zdrowia Polaków 2020, (2020), <https://www.nn.pl/dam/zasoby/raporty/Narodowy-Test-Zdrowia-Polakow-2020-raport.pdf>.
- Omyła-Rudzka M., (2014), Opinie o błędach medycznych i zafaniu do lekarzy. Komunikat z Badań CBOS, 165.
- O'Malley A., Sheppard V., Schwartz M., Mandelblatt J., (2004), The role of trust in use of preventive services among low-income African-American women. *Prev Med*, 38, 777–85.
- Rabinowitz T., Peirson R., (2006), "Nothing is wrong, doctor": understanding and managing denial in patients with cancer. *Cancer Investigation*, 24(1), 68–76.
- Reich M., Gaudron C., Penel N., (2009), When cancerophobia and denial lead to death. *Palliat Support Care*, 7(02), 253–255.
- Salkeld G., Solomon M., Short L., Butow P.N., (2004), A matter of trust – Patient's views on decision-making in colorectal cancer. *Health Expectations*, 7(2), 104–14,
- Seetharamu N., Iqbal U., Weiner J., (2007), Determinants of trust in the patient–oncologist relationship. *Palliat Support Care*, 5(4), 405–9.
- Synowiec-Piłat M., Przekonania i wiedza dotyczące chorób nowotworowych a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Studium socjologiczne, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, 2020, s. 564.
- Thom D., Ribisl K., Stewart A., Luke D., (1999), The Stanford Trust Physicians. Further validation and reliability testing of the trust in physician scale. *Med Care*, 37, 510–17.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHgG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 22:02



Dr hab. Marcin Wiącek, prof. UW

Dostęp do profilaktyki zdrowotnej grup szczególnie wrażliwych

Rzecznik praw obywatelskich (RPO) skoncentrował się na problemach, z jakimi zgłaszają się obywatele. Problemach, którym można by w dużej mierze zaradzić skuteczną profilaktyką, ale musi być ona dostępna, a tego niestety brakuje. Art. 68 ust. 1 Konstytucji RP określa powszechne prawo jednostki do ochrony zdrowia. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego (TK) wskazuje się, że należy z niego wywodzić nie tylko prawo podmiotowe do ochrony zdrowia, lecz także obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej realizacji tego prawa. W szczególności TK podkreślił, że z treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest jakiś

abstrakcyjnie określony i w gruncie rzeczy niedefiniowalny stan zdrowia poszczególnych osób, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia funkcjonalnie ukierunkowanego – z jednej strony na zwalczanie chorób, urazów, niepełnosprawności, a z drugiej strony na ich zapobieganie. W tym kontekście dostęp do profilaktyki zdrowotnej bez wątplenia stanowi immamentny element prawa podmiotowego przysługującego każdemu z nas.

W polskim systemie ochrony zdrowia są jednak przykłady obszarów, w których państwo nie zapewnia należytego dostępu do profilaktyki. Z perspektywy RPO w dwóch obszarach, którymi zajmują się działające przy Rzeczniku komisje ekspertów:

Komisja ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz Komisja ds. Przeciwdziałania Bezdomności, zaniechania są szczególnie rażące. Pierwszym obszarem jest profilaktyka zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. O poziomie leczenia zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży w naszym kraju nie można powiedzieć wiele dobrego. RPO cyklicznie kieruje wystąpienia w sprawie likwidacji dziecięcych oddziałów psychiatrycznych, przepętnienia tych funkcjonujących lub umieszczenia młodzieży w oddziałach dla dorosłych. Skutki tej zapaści są porażające. RPO dostrzega działania dla poprawy istniejącej sytuacji. Sukces tej reformy będzie w dużej mierze uzależniony od odpowiedniej profilaktyki zdrowotnej zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Podstawowe znaczenie mają tu szkoły, a w nich niestety sytuacja nie jest doskonała. Kontrola Najwyższej Izby Kontroli za lata 2014–2016 wykazała, że blisko połowa szkół w Polsce nie zatrudnia psychologów. Sytuacja ta nie uległa poprawie. W 2020 r., szczególnie ze względu na pandemię, występował w tej sprawie do Ministra Edukacji Narodowej również RPO. Cieszy, że pewne działania zostały w tej materii podjęte. Te doraźne działania nie zastąpią jednak dostępu każdego ucznia do psychologa w szkole. Innym przejawem problemów z dostrzeżeniem roli profilaktyki zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, który pojawił się w działalności RPO, jest sprawa finansowania telefonu zaufania. Telefon taki jest prowadzony przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę. Kierując we wrześniu ubiegłego roku wystąpienie w tej sprawie do Ministra Zdrowia, rzecznik praw obywatelskich podkreślał, że ta forma pomocy jest nie do przecenienia. Telefon fundacji działający już od wielu lat jest rozpoznawalny wśród dzieci i młodzieży, łatwo dostępny i anonimowy, co jest szczególnie istotne w mniejszych miejscowościach, gdzie wizyta w poradni w dalszym ciągu może łączyć się z pewną stygmatyzacją.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 4:26:04

Kolejny przykład pewnych zaniechań państwa w dziedzinie profilaktyki zdrowotnej może się wydać mniej oczywisty. Źródłem istniejącego problemu w przypadku tej grupy obywateli jest niedostosowanie systemu ochrony zdrowia do szczególnej sytuacji, w jakiej się znajdują. RPO jest przekonany, że znane są problemy związane z hospitalizacją osób pozostających w kryzysie bezdomności. Pojawiają się drastyczne przypadki wypisywania tych ludzi wymagających dalszej opieki ze szpitali do noclegowni albo wręcz czasami na ulicę. Ten nierozwiązany od lat problem jest stałym przedmiotem wystąpień kierowanych przez RPO. Tego problemu w znacznej części można byłoby uniknąć, gdyby państwo zapewniło osobom w kryzysie bezdomności rzeczywisty dostęp do profilaktyki zdrowotnej. RPO już od kilkunastu lat apeluje o objęcie tych osób ubezpieczeniem zdrowotnym. Aktualne procedury w ogóle nie są dostosowane do sytuacji, w jakiej te osoby się znajdują. Wymagają m.in. pełnej identyfikacji od osób, które często nie dysponują dokumentem tożsamości. Bez potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych osoby w kryzysie bezdomności często są pozbawione dostępu do jakiegokolwiek profilaktyki. Stąd m.in. biorą się częste hospitalizacje tych ludzi w ciężkich stanach i ich następstwa. W zakresie profilaktyki w tym obszarze państwo oddało pole organizacjom pozarządowym, które z naturalnych względów nie są w stanie sprostać wszystkim potrzebom.

Pokazując te przykłady, RPO zaakcentował, że mówiąc o profilaktyce zdrowotnej, nie można zapominać o grupach szczególnie wrażliwych. Niestety państwo często nie darzy ich należyłą uwagą, czy wręcz o nich zapomina. RPO wierzy, że dzięki działaniom Biura Rzecznika Praw Obywatelskich i takim debatom, jak te, które odbyły się podczas Kongresu, uda się to podejście państwa do części swoich obywateli zmienić.



Telediagnostyka i teleporady – potrzeba i możliwości techniczne w zakresie uwierzytelniania personelu medycznego i pacjentów

Aktualnie daje się zauważyć brak wsparcia w postaci programów adresowanych do obszaru telemedycyny ze strony instytucji finansujących badania i rozwój, np. NCBiR, Agencji Badań Medycznych, Ministerstwa Nauki i Edukacji, Ministerstwa Zdrowia lub innych. Zwraca też uwagę niedostatek spójnej wizji rozwoju telemedycyny w instytucjach zarządzających służbą zdrowia. Najbardziej dobitnym wyrazem tego jest nierozpoznanie szeregu usług telemedycznych jako refundowanych procedur medycznych, więc nie występują one w koszyku świadczeń gwarantowanych dla pacjenta.

Daje się zauważyć rutyna w zakresie udzielania telekonsultacji, które najczęściej sprowadzają się do rozmowy telefonicznej pacjenta z lekarzem. Nie rozwiązywany jest systemowo ogromny problem społeczny, jakim jest zdalna opieka nad pacjentami i osobami niepełnosprawnymi, czyli teleopieka.

Tymczasem odnotowuje się szybki wzrost rynku medycznych teleporad i telekonsultacji. Zwraca uwagę stosunkowo wysoka dojrzałość koncepcyjna i techniczna urzędzeń oraz oprogramowania i szerokie upowszechnienie niskokosztowych środków technicznych do pomiaru podstawowych parametrów życiowych pacjentów. Najbardziej istotne kierunki zmian, które, jak można oczekiwać, przyczynią się do rozpowszechnienia rozwiązań telemedycznych w Polsce to: opracowanie spójnej, ogólnokrajowej koncepcji rozwoju telemedycyny, określenie ram czasowych i kamieni milowych tego rozwoju, wydzielenie budżetu dla potrzeb rozwoju telemedycyny z funduszy spójności lub/i funduszy przeznaczanych na rozwój badań i wdrożeń, określenie i opracowanie norm prowadzenia zdalnych konsultacji i teleporad w przypadku zgłaszania przez pacjentów objawów określonych jednostek chorobowych. Konieczne jest ponadto podejmowanie działań na rzecz wprowadzenia do telemedycyny metod opartych na sztucznej inteligencji, w tym umożliwienie dostępu do danych podmiotom prowadzącym projekty z zakresu uczenia maszynowego, w tym zasad certyfikacji oprogramowania medycznego wykorzystującego

sztuczną inteligencję. Tymczasem opracowana w 2022 r. przez Koalicję AI w Zdrowiu „Biała księga – AI w praktyce klinicznej”, dotycząca stosowania sztucznej inteligencji przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zawiera więcej pytań na powyższy temat niż odpowiedzi. Nie mniej istotne są: opracowanie i zatwierdzenie sposobów i metod przetwarzania i przechowywania danych telemedycznych, określenie norm bezpieczeństwa dla potrzeb identyfikacji interesariuszy badań telemedycznych oraz uzyskiwania dostępu do danych osobowych i diagnostycznych. Zagadnieniom tym poświęciłem szczególnie wiele miejsca, traktując tę część prezentacji jako jej główny temat, który jest stosunkowo rzadko poruszany w kontekście barier rozwoju telemedycyny.

Powyższe zagadnienie należy rozpatrywać w odniesieniu do kilku kategorii, które są związane z:

- rejestracją wizerunku i głosu;
- zdalnymi pomiarami (w przypadkach, gdy teleporada nie sprowadza się jedynie do rozmowy, zaś angażuje technologie telemedyczne);
- wglądem w wyniki badań patomorfologicznych;
- korzystaniem z systemów doradczych AI;
- pisemną (ale także głosową) obsługą karty pacjenta, dyktowaniem skierowań, ordynowaniem leków;
- koncepcją „kiosków” telemedycznych, rozwijaną we współpracy Politechniki Gdańskiej z Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu.

W kontekście rozwoju telemedycyny i teleopieki istotnego znaczenia nabiera potrzeba uwierzytelniania (potwierdzania tożsamości) osób biorących udział w sesjach telemedycznych, a więc pacjentów, ale również lekarzy, techników medycznych, edytorów i archiwizatorów danych. Wymagane są przy tym do spełnienia następujące warunki:

- bezpieczny dostęp do danych osobowych i medycznych – poprzez ich szyfrowanie, stosowanie połączeń VPN (poprzez wirtualne sieci prywatne),

- stosowanie technologii rejestrów rozproszonych (blockchain),
- zwrócenie uwagi na zastosowania metod uwierzytelniania biometrycznego.

Ostatni z wymienionych wątków został dodatkowo rozwinięty w trakcie wystąpienia, ponieważ pomimo szybkiego rozwoju metod identyfikacji biometrycznej, dokonującego się zwłaszcza w ostatnich latach, żadna z dostępnych metod nie zapewnia pełnej wiarygodności identyfikacji w dowolnych sytuacjach, tym bardziej że procedury z zasady nie opierają się wyłącznie na potwierdzeniu zapamiętanych uprzednio danych biometrycznych pacjentów lub personelu medycznego, lecz do weryfikacji tożsamości w wielu sytuacjach potrzebny jest dokument tożsamości plus dodatkowo weryfikacja wymagająca określonej interakcji. Tymczasem, z uwagi na upowszechnienie się i na ciągłą eksploatację różnych urządzeń wymagających identyfikacji osób (weryfikacja nie tylko poprzez komputery stacjonarne i mobilne, weryfikacja podpisem elektronicznym i in.), nadal nie można uznać zagadnienia potwierdzenia tożsamości za satysfakcjonujące rozwiązanie systemowo i technologicznie. Decyduje o tym również ciągłe wykorzystywanie nadal istniejących, wcześniejszych

sposobów uwiarygodniania tożsamości i wiążąca się z nimi niewygodna stosowania niektórych metod identyfikacji biometrycznej w warunkach mobilnych, brak baz danych zawierających zintegrowane dane biometryczne interesariuszy teleporad, brak bezpiecznej rejestracji wizerunku pacjentów i in.). Istotnym zagadnieniem jest zatem rozwój koncepcji i scenariuszy identyfikowania pacjentów i personelu medycznego oraz metod akwizycji, przechowywania i ochrony informacji dotyczących tożsamości, a także metod weryfikacji tożsamości osób, które korzystają z upoważnień do wprowadzania, nadzorowania lub weryfikowania danych medycznych.

W podsumowaniu warto wskazać następujące ogólne potrzeby i ich uwarunkowania:

- oczekiwana transformacja technologiczna i organizacyjna w zakresie teleporad i telediagnostyki;
- potrzeba dostosowania istniejących rozwiązań technicznych do wymogu telemedycyny;
- pilne oczekiwanie na rozwiązania oparte na sztucznej inteligencji po rozwiązaniu problemów związanych z ich certyfikacją i legislacją, refundowaniem jako usług medycznych;
- istotne do normatywnego uregulowania aspekty bezpieczeństwa i wiarygodności w zakresie świadczenia usług telemedycznych.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 8:13:16



Dr hab. Hanna Zielińska-Bliźniewska, prof. UM w Łodzi

Profilaktyka i leczenie alergicznego nieżytu nosa w obliczu zagrożeń współczesnego świata

Wykład miał na celu przedstawienie schematu postępowania z pacjentami z alergicznym nieżytem nosa (ANN) oraz czynników wpływających na pogorszenie stopnia zaawansowania choroby. U niektórych chorych, mimo właściwego leczenia ANN, obserwuje się utrzymywanie bądź tylko częściowe ustąpienie dolegliwości. Wzorując się na konsensusie GINA (dotyczącym astmy oskrzelowej), stworzono koncepcję schematu postępowania z pacjentami z ANN. Określa ona stopień choroby, dzieląc ją na

kontrolowaną, częściowo kontrolowaną i niekontrolowaną. Jest to ważne w celu zdefiniowania grupy pacjentów trudnych do leczenia, będących diagnostycznym i terapeutycznym wyzwaniem, których terapia stanowi ważny aspekt socjoekonomiczny.

U pacjentów, u których mimo prawidłowej diagnostyki i leczenia nie osiąga się kontroli choroby, podjęto próbę określenia czynników wpływających na tę sytuację. Jednym z najistotniejszych zagrożeń współczesnego świata jest zanieczyszczenie

powietrza substancjami szkodliwymi dla zdrowia człowieka i środowiska. W Polsce najczęstszym źródłem zanieczyszczeń są zanieczyszczenia z tzw. niskiej emisji. Niska emisja zanieczyszczeń to efekt spalania węgla, drewna, a często również śmieci w domowych piecach, kotłach i kominach o wysokości poniżej 40 m. Zanieczyszczenie powietrza indukuje i nasila stan zapalny w błonie śluzowej dróg oddechowych oraz nasila nadaktywność drzewa oskrzelowego. Ekspozycja na wysokie stężenie ozonu wywiera efekt gruntowania (*priming effect*), który uwrażliwia błonę śluzową dróg oddechowych na działanie alergenów, ułatwia penetrację alergenów inhalacyjnych przez błonę śluzową dróg oddechowych, nasilając uwalnianie mediatorów prozapalnych.

Szczególne znaczenie z punktu widzenia alergologii przypisywane jest cząsteczkom stałym spalin emitowanych przez silniki wysokoprężne (*diesel-exhausted particles, DEP*). Uważa się, że efekt toksyczny DEP jest związany m.in. z cząstkami o średnicy aerodynamicznej mniejszej niż 10 µm (PM 10). Ekspozycja na te cząsteczki jest znanym czynnikiem ryzyka rozwoju astmy oskrzelowej

oraz ANN i skutkuje zwiększonym ryzykiem rozwoju alergii wziewnej zarówno u dzieci, jak i u dorosłych.

Wyniki wielu badań wskazują na rolę DEP w nasilaniu Th2-zależnej odpowiedzi układu immunologicznego, a tym samym promującą reakcje alergiczne. DEP, same będąc silnym adjuwantem, wiążą na swojej powierzchni cząstki alergenów biologicznych i adjuwanty pochodzenia roślinnego, których synteza rośnie pod wpływem stresu abiotycznego, w tym zanieczyszczeń powietrza, a ze względu na swój rozmiar łatwo docierają do dolnych dróg oddechowych.

Pyłki i zarodniki grzybów mogą uwalniać bioaktywne substancje o działaniu adjuwantowym. Należy tu wymienić związane z pyłkami mediatory lipidowe (*pollen associated lipid mediators, PALMs*) o działaniu prozapalnym i immunomodulującym, wyzwalające i nasilające objawy alergii. Uwalnianie takich substancji z pyłków może ulegać zwiększeniu pod wpływem zanieczyszczeń powietrza i czynników klimatycznych. Takie zjawisko stwierdzono np. w okolicach położonych blisko ciągów komunikacyjnych o dużym nasileniu ruchu drogowego.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHhG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 5:29:14



Dr inż. Piotr Sobecki

Radiologia wzmocniana sztuczną inteligencją. Integracja rozwiązań AI w systemach raportowania strukturalnego

W związku ze wzrostem zachorowalności na raka prostaty w ostatnich latach obecnie kładzie się nacisk na dostarczenie nowoczesnych rozwiązań diagnostycznych. Nieinwazyjna diagnostyka oparta na wieloparametrycznym rezonansie magnetycznym stała się niezbędną w podejmowaniu decyzji klinicznych. Ocenę badania charakteryzuje jednak złożoność, stroma krzywa uczenia oraz pracochłonność w przygotowaniu raportu.

Stworzyliśmy metodę automatycznej oceny obrazowania, która osiąga skuteczność różnicowania raka prostaty na poziomie doświadczonych

radiologów. Metoda ta może więc pomóc w podejmowaniu decyzji diagnostycznych. Opracowaliśmy również metodologię integracji narzędzi sztucznej inteligencji z systemami raportowania strukturalnego. Prawidłowa ocena PI-RADS i tekst raportu są automatycznie generowane na podstawie zrozumiałych oszacowanych cech obrazowych.

Proponowane rozwiązanie wyznacza rolę AI jako obiektywnego i niezależnego oceniającego, który jest w stanie wydać odrębną opinię. Jest ona przedstawiona w postaci wygenerowanego ustrukturyzowanego raportu do rozważenia i ewentualnej

modyfikacji przez radiologa. Zaproponowana metodologia i przedstawione rozwiązania mogą znaleźć

zastosowanie w innych obszarach radiologii i nie ograniczają się do diagnostyki raka prostaty.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 5:50:39



Lek. Bartłomiej Kędzierski, dr hab. Paweł Gać, prof. UM we Wrocławiu

Dynamiczne badanie perfuzyjne miokardium metodą tomografii komputerowej jako innowacja w postępowaniu diagnostycznym chorych kardiologicznych

Dynamiczne badanie perfuzji mięśnia serca w tomografii komputerowej (TK) jest badaniem czynnościowym, możliwym do zastosowania, gdy po wykonaniu TK naczyń wieńcowych brak jednoznacznych przesłanek do inwazyjnej koronarografii. Badanie pozwala ujawnić deficyt rezerwy wieńcowej w warunkach podobnych do intensywnego wysiłku fizycznego. Polega na podaniu najpierw preparatu farmakologicznego powodującego silne poszerzenie naczyń wieńcowych, a następnie środka kontrastującego i wykonaniu w TK serii obrazów w okresie około 30–35 sekund. Obserwujemy wzrost zakontrastowania masy mięśnia sercowego,

szczyt zakontrastowania i wyptukiwanie środka kontrastującego. W obszarze zaopatrzonym przez naczynie zwężone w efekcie miażdżycy widoczne jest obniżenie parametrów perfuzji w kodowanych kolorami obrazach. Jeśli korelują one z zakresem unaczynienia zwężonego naczynia wieńcowego, badanie perfuzji ułatwia podjęcie decyzji o rewaskularyzacji.

Substancjami wykorzystywanymi do wywołania obciążenia są adenozylna i regadenozon. Ten ostatni uzyskuje coraz większą przewagę ze względu na wygodę stosowania i bezpieczeństwo pacjenta.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 2:19



Dr n. med. Elżbieta Włodarczyk

Możliwości i ograniczenia w diagnostyce refluksu krtaniowo-gardłowego u dzieci i dorosłych

Choroba refluksowa przełyku (*gastroesophageal reflux*, GERD) to stan, w którym patologiczne zarzucanie treści żołądkowej do przełyku powoduje uciążliwe objawy podmiotowe. Według aktualnej klasyfikacji wyróżniamy zespoły przełykowe i pozaprzełykowe związane z obecnością refluksu. Zespołem pozaprzełykowym jest refluks krtaniowo-gardłowy (*laryngopharyngeal reflux*, LPR), wprowadzony jako termin medyczny przez Amerykańską

Akademię Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi w 2002 r. LPR jest przewlekłym procesem chorobowym, w którym występuje wsteczny ruch treści płynnej lub gazowej żołądka poprzez przełyk do gardła i krtani, co wywołuje ostre lub przewlekłe objawy zapalenia śluzówki krtani. Uważa się, że uszkodzenia struktur krtani powodowane są głównie przez działanie pepsyny, a nie kwasu żołądkowego. Na skutek tego oddziaływania dochodzi do obrzęków

struktur krtani i metaplazji nabłonka urzęsionego w kierunku nabłonka płaskiego, gruczoły błony śluzowej przerastają, a następnie zanikają. Do najczęściej obserwowanych objawów uszkodzenia śluzówki krtani należą: chrypka, pochrząkiwanie, uczucie ciała obcego, przewlekły kaszel, spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła, zaburzenia połykania (dysfagia). Objawy te powodowane są bezpośrednim oddziaływaniem peptycznej treści żołądka, ale mogą powstawać również na drodze odruchowej. Jednocześnie u większości tych pacjentów nie obserwuje się dolegliwości charakterystycznych dla choroby refluksowej przełyku (*gastroesophageal reflux disease*, GERD), takich jak: zgaga, pieczenie w żołądku, odbijanie. Uważa się, że około 10% pacjentów laryngologicznych i ponad 50% pacjentów z zaburzeniami głosu ma dolegliwości spowodowane LPR.

Podczas wykładu omówiono aktualnie stosowane narzędzia w diagnostyce choroby refluksowej:

- **badanie pH-metryczne przełyku** – dwusondowa 24-godzinna pH-metria jest złotym standardem w diagnostyce GERD. W diagnostyce GERD przyjęto kryterium, że refluks patologiczny jest potwierdzony, gdy spadki pH poniżej 4 występują częściej niż 50 razy na dobę i łączny ich czas wynosi powyżej godziny. Badanie jest relatywnie inwazyjne, nie mierzy pH w fazie gazowej i wykazuje niską czułość w rozpoznaniu LPR;
- **wielokanałowa pH-metria impedancyjna** – pomiar opiera się na badaniu różnic w oporności elektrycznej pomiędzy warstwą mięśniową przewodu pokarmowego a składem bolusa pokarmowego lub refluksatu obejmującego składowe płynne i/lub gazowe. Za pomocą tej metody nie rejestrujemy czystej frakcji gazowej refluksatu. Jako kryterium potwierdzające epizod refluksu płynnego lub gazowo-płynnego przyjmujemy wsteczny spadek impedancji o 50% w stosunku do wartości wyjściowych w co najmniej dwóch miejscach przełyku. Metoda ta jednak nie ocenia pH powyżej zwieracza górnego przełyku, jest zatem nieużyteczna w diagnozowaniu epizodów pozaprzełykowych;
- **bimarkery** – substancje najczęściej białkowe swoiste dla danego schorzenia. W przypadku choroby refluksowej zaliczamy do nich pepsynę. Jest ona produkowana przede wszystkim przez komórki żołądka, zatem wykrycie jej w ślinie,

plwocinie z gardła czy też w popłuczynach nosowo-zatokowych jest potwierdzeniem występowania epizodów refluksowych. Ograniczeniem w przypadku diagnozowania LPR jest brak czułości na refluks zasadowy;

- **manometria przełyku o wysokiej rozdzielczości** – badanie czynnościowe oceniające perystaltykę przełyku oraz integralność bariery antyrefluksowej wewnętrznej (mięśnia zwieracza dolnego przełyku, LES) z elementami bariery antyrefluksowej zewnętrznej (prawa odnoga przepony, łączyce żołądkowo-przełykowe, wpust do żołądka). Wartość ciśnienia spoczynkowego LES poniżej 10 mmHg uważana jest za patologiczną;
- **test diagnostyczny z inhibitorami pompy protonowej (PPI)** – polega na zastosowaniu PPI w dawce 2 x 20 mg przez okres 7–14 dni. Ustąpienie objawów refluksowych lub ich złagodzenie traktowane jest jako potwierdzenie choroby refluksowej. Jednak ze względu na różny patomechanizm oraz obraz kliniczny GERD i manifestacji pozaprzełykowej tej choroby ma on ograniczoną wartość diagnostyczną w diagnostyce LPR.

Wielu badaczy zajmuje się opracowaniem prostych narzędzi diagnostycznych, które ułatwiłyby klinicyście diagnostykę LPR. Wśród opracowywanych narzędzi wymienić należy:

- **kwestionariusze** – w 2001 r. Belafsky i wsp. opracowali kwestionariusz pn. Skala Patologii Refluksowej (Refluks Finding Score), który opiera się na badaniu laryngoskopowym i wypełniany jest przez lekarza. Rok później – kwestionariusz pn. Skala Dolegliwości Refluksowych (Refluks Symptoms Index) wypełniany przez pacjenta na podstawie subiektywnych dolegliwości. Kwestionariusze są stopniowo walidowane dla różnych narodowości;
- **badanie pH-metryczne gardła** to badanie stosunkowo innowacyjne, które od kilku lat zyskuje grono zwolenników. Innowacyjność badania polega na wykorzystaniu antymonowej sondy, która co 0,5 s w czasie rzeczywistym mierzy pH gardła w środowisku zarówno płynnym, jak i gazowym. Rejestracja odbywa się przez 24 godziny lub 48 godzin, w tym czasie pacjent rejestruje objawy. Oprogramowanie szuka korelacji pomiędzy epizodami refluksowymi

i dolegliwościami oraz oblicza na przykład czas całkowity i procent czasu, kiedy pH gardła spada poniżej wartości referencyjnej, rejestruje

liczbę takich zdarzeń, czas ich trwania, następnie określa wartość Ryan Score oddzielnie dla pozycji wyprostowanej i leżącej.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 6:52:42



Dr n. o zdr. Justyna Kutyba

Aplikacje mobilne w medycynie

Od ponad dekady aplikacje mobilne rewolucjonizują świat oraz w znaczący sposób wpływają na otaczającą rzeczywistość. Dzięki szerokiemu wachlarzowi możliwości, jakie oferują, są wykorzystywane w biznesie, edukacji czy do celów rozrywkowych. Wykorzystanie aplikacji mobilnych w medycynie było jednym z tematów, jakie poruszano podczas 4. edycji Kongresu „Zdrowie Polaków”.

Zapotrzebowanie na nowoczesne medyczne aplikacje mobilne rośnie bardzo szybko. Rynek aplikacji wykorzystywanych do leczenia, profilaktyki zdrowotnej, zarządzania w medycynie według najnowszych raportów w ciągu najbliższych lat ma powiększyć się kilkukrotnie. Użycie aplikacji mobilnych w medycynie stało się już mocno powszechne i ma już nawet swoją nazwę mZdrowie (*mobile health*, mHealth).

„mHealth” to ogólny termin określający wykorzystanie telefonów komórkowych i innych technologii bezprzewodowych w opiece medycznej. Najczęstszym zastosowaniem mHealth jest wykorzystanie urządzeń mobilnych do edukacji konsumentów w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Mówiąc najogólniej, narzędzia mHealth to aplikacje medyczne (oraz wspierające je technologie), które pozwalają usprawniać pracę lekarzy, naukowców oraz menadżerów zarządzających ośrodkami zdrowia (np. szpitalami, klinikami), jak również samych pacjentów. Użytkownikami aplikacji mobilnych stosowanych w medycynie są specjaliści, pacjenci oraz instytucje. Ci pierwsi wykorzystują aplikacje do poprawienia wydajności pracy, automatyzacji pewnych procesów czy łatwiejszego kontaktu z pacjentami i innymi specjalistami. Z aplikacji mobilnych korzystają również administratorzy placówek

zdrowia w celu usprawniania pracy oraz podniesienia standardu pracy i obsługi pacjentów. Największą grupą beneficjentów medycznych aplikacji mobilnych są jednak sami pacjenci. Nierzadko stosują oni rozwiązania samodzielnie, bez wsparcia wykwalifikowanego personelu, ponieważ większość aplikacji jest bezpłatna i ogólnodostępna. Obecnie największą liczbę aplikacji mobilnych związanych ze zdrowiem możemy znaleźć na platformach Google Play oraz App Store i to właśnie stamtąd pacjenci pobierają aplikacje i instalują je na swoich urządzeniach mobilnych.

Podczas wykładu szczególną uwagę zwrócono na to, czym powinny cechować się aplikacje mobilne tworzone dla potrzeb medycznych. Ważna jest m.in. ich dostępność dla zróżnicowanych grup odbiorców, możliwość zainstalowania na różnych urządzeniach, płynność działania, mocna gwarancja zapewnienia poszanowania prywatności czy wyższy poziom bezpieczeństwa danych podczas ich przetwarzania oraz przechowywania. Omówiono również korzyści płynące z używania aplikacji mobilnych w medycynie, takie jak m.in.: większa wygoda procesu leczenia, większe poczucie kontroli nad procesem leczenia, łatwiejsze zarządzanie, udostępnianie, analizowanie wyników, dokumentacji medycznej oraz zmniejszenie kosztów leczenia.

Wystąpienie zakończyło się krótkim podsumowaniem, którego głównym przesłaniem jest informacja skierowana zarówno do pacjentów, jak i specjalistów, że medyczne aplikacje mobilne mają za zadanie wspomóc pracę lekarza oraz wesprzeć pacjenta w procesie leczenia, ale nie mogą zastąpić kontaktu ze specjalistą.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 5:06:29



Współczesne wyzwania pomiaru emisji otoakustycznych w diagnostyce słuchu

Emisje otoakustyczne to tak naprawdę słabe sygnały generowane w ślimaku ucha wewnętrznego, które można zarejestrować w przewodzie słuchowym zewnętrznym za pomocą sondy wyposażonej w czuły mikrofon. Emisje związane są bezpośrednio z aktywnością komórek słuchowych zewnętrznych. Ich rejestracja odbywa się bez współpracy osoby badającej z pacjentem, a czas tego pomiaru jest bardzo krótki. Test ten wykorzystywany jest także do różnicowania uszkodzeń słuchu typu odbiorczego na ślimakowe i pozaślimakowe, czyli takie, gdzie problem ze słuchem zlokalizowany jest w uchu wewnętrznym, w którym doszło do uszkodzenia komórek słuchowych, albo problem

zlokalizowany jest w wyższych piętrach drogi słuchowej, czyli na przykład zaburzona została synchronizacja neuronalna.

W ostatnim czasie emisje stosowane są także w diagnostyce częściowej głuchoty. Jest to taki rodzaj niedosłuchu, w którym zaburzone zostało znacząco odczuwanie tonów wysokich, natomiast percepcja tonów niskich jest prawidłowa bądź ograniczona tylko w niewielkim stopniu. Obecne trendy w badaniach emisji otoakustycznej obejmują m.in. tworzenie nowych protokołów badań, które w sposób realny już teraz przyczyniają się do wzbogacenia wiedzy na temat narządu słuchu i pomagają w jego diagnostyce.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 39:39



Dr hab. Paweł Gać, prof. UM we Wrocławiu, lek. Bartłomiej Kędzierski

Rosnące znaczenie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym chorób układu krążenia

Choroby układu krążenia stanowią istotny problem zdrowia populacyjnego mieszkańców Polski. Choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, miażdżyca tętnic, choroby naczyniowe mózgu oraz nadciśnienie tętnicze stanowią główne sercowo-naczyniowe przyczyny zgonów w polskiej populacji. Dokonany w ostatnich dekadach rozwój technologiczny umożliwił obrazowanie serca i naczyń za pomocą zaawansowanych metod diagnostycznych, tj. tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Tomografia komputerowa jako metoda obrazowania zależna od gęstości tkanek, charakteryzująca się najwyższą rozdzielczością przestrzenną, znalazła zastosowanie przede wszystkim w ocenie morfologii struktur anatomicznych, w tym tych o milimetrycznych wymiarach, a w dalszej kolejności również w pośredniej ocenie czynnościowej.

Rezonans magnetyczny jako obrazowanie zależne od magnetyzacji stanowi metodę o najwyższej rozdzielczości tkankowej. W związku z powyższym główne jego zastosowania stanowi ocena morfologii i funkcji struktur anatomicznych, w pierwszej kolejności pod kątem ich charakteru histologicznego. Podczas wykładu omówiono miejsce tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w aktualnych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego: dotyczących postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST (2017), w czwartej uniwersalnej definicji zawalu serca (2018), dotyczących rozpoznawania i leczenia przewlekłych zespołów wieńcowych (2019), dotyczących postępowania u pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi bez uniesienia odcinka ST (2020), dotyczących diagnostyki i leczenia ostrej

i przewlekłej niewydolności serca (2021) oraz dotyczących stymulacji serca i terapii resynchronizującej serca (2021). Przedstawiając obecne możliwości tomografii komputerowej serca, omówiono znaczenie oceny wskaźnika uwapnienia tętnic wieńcowych (*calcium score*), zaprezentowano systematyczną ocenę zwężeń w tętnicach wieńcowych za pomocą systemu klasyfikacyjnego CAD-RADS oraz zasygnalizowano możliwości analizy morfologii (wirtualnej histologii) blaszek miażdżycowych w tętnicach wieńcowych. Syntetycznie zaprezentowano

zastosowania rezonansu magnetycznego serca, a mianowicie przedstawiono sposób różnicowania ischemicznego i nieischemicznego uszkodzenia miokardium, sposób identyfikacji obszarów niedokrwienia i zawału miokardium, a także sposób weryfikacji żywotności miokardium w chorobie niedokrwiennej serca. Reasumując, podkreślono spodziewany dalszy rozwój zaawansowanych metod diagnostyki obrazowej serca i naczyń oraz wzrost znaczenia tych metod w wytycznych towarzystw naukowych.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 25:28



Dr hab. inż. Tomasz Wolak, prof. IFPS i współ.

Badania funkcjonalne mózgu wspomagające planowanie operacji neurochirurgicznych

Badania funkcjonalne mózgu fMRI to głównie domena naukowa (poznawanie procesów przetwarzania informacji pochodzących ze zmysłów). Mają one jednak również zastosowania do tzw. mapowania przedoperacyjnego. Mimo że nie jest to metoda diagnostyczna (nie można na podstawie wyniku badania postawić diagnozy), lekarz neurochirurg lub neuropsycholog przygotowujący pacjenta do operacji neurochirurgicznej może wykorzystać wyniki badania do zaplanowania operacji (np. wielkości resekcji, kierunku dojścia do guza itd.). Dotychczasowe wyniki badań naukowych pozwoliły stworzyć atlasy mózgowie, które reprezentują dotychczasową wiedzę na temat struktury, funkcji lub cytoarchitektury ludzkiego mózgu. Badania fMRI pozwalają w przybliżeniu uzyskać odpowiedź na pytanie, jak zmieniła się organizacja funkcjonalna mózgu

w wyniku choroby, np. guza czy ogniska padaczki. Większość badań dotyczy lokalizacji obszarów mózgu, których aktywność towarzyszy przetwarzaniu mowy, ruchom kończyn, języka, ust, przetwarzaniu dźwięków i obrazów. Podczas wykładu przedstawione zostały obecne możliwości badań mózgu, opis sprzętu niezbędnego do wykonania tych badań oraz proces przygotowania, przeprowadzenia badania i interpretacji jego wyników.

Opracowanie: dr hab. inż. Tomasz Wolak, prof. IFPS, dr n. biol. Hanna Cygan, dr n. hum. Agnieszka Pluta, Martyna Bryłka, dr n. o zdr. Joanna Wójcik, Bartosz Kochański, Jakub Wojciechowski, dr n. biol. Jacek Rogala, dr n. med. Edyta Maj, dr n. med. Michał Adamczyk, lek. Anna Kwaśniewska, prof. Marek Gołębiowski, dr n. med. Mariusz Furmanek

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 40:09



Częściowa głuchota – podłoże genetyczne

Utrata słuchu w zakresie wysokich częstotliwości określana jest mianem częściowej głuchoty. W jej leczeniu, w zależności od progów słyszenia w zakresie średnich i niskich częstotliwości, możliwe jest stosowanie implantu ślimakowego lub jednocześnie stosowanie implantu ślimakowego i aparatu słuchowego. Z klinicznego punktu widzenia istotne jest to, w jakim stopniu słuch naturalny zostaje zachowany po procedurze wszczepienia implantu ślimakowego i czy jego ewentualna utrata związana jest z naturalnym postępem choroby.

Badania z wykorzystaniem sekwencjonowania następnej generacji przeprowadzone w Zakładzie Genetyki Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu wykazały znaczący udział czynników genetycznych w powstawaniu częściowej głuchoty. Uwarunkowania genetyczne powodowały niedosłuch u 35% badanych pacjentów, przy czym najwyższą wykrywalność wariantów sprawczych (50%) obserwowano była w grupie pacjentów będących potencjalnymi

użytkownikami rozwiązania hybrydowego, tj. korzystających z aparatów słuchowych oraz implantów ślimakowych. Identyfikowane zmiany genetyczne lokalizowały się w 13 różnych genach, co potwierdza heterogenność genetyczną częściowej głuchoty i wskazuje na konieczność prowadzenia diagnostyki z użyciem nowoczesnych, wysokoprzepustowych technik badań genetycznych. Analiza danych klinicznych w kontekście wyników badań genetycznych pozwala wskazać pacjentów, u których naturalną cechą niedosłuchu jest jego progresja.

Identyfikacja genetycznej przyczyny niedosłuchu może być istotna dla wyboru najlepszej, spersonalizowanej opieki medycznej. Uzyskane informacje stanowią podstawę nie tylko oceny ryzyka wystąpienia niedosłuchu u innych członków rodziny, lecz także prognozy jego przebiegu i wyboru najlepszej terapii – w formie aparatów słuchowych, implantów ślimakowych, ale również terapii farmakologicznej czy genowej.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 3:50:57



Dr hab. Monika Ołdak, prof. IFPS

Kierunki badań nad terapią niedosłuchu genetycznie uwarunkowanego

W wykładzie zostały krótko przedstawione dwa aktualnie stosowane podejścia lecznicze w audiologii, tj. aparaty słuchowe i implanty ślimakowe. Zwrócono uwagę na nowy kierunek rozwoju technologicznego implantów, tzw. optyczne implanty ślimakowe, które zamiast bodźca elektrycznego wykorzystują bodziec świetlny do pobudzenia komórek zwoju spiralnego. Następnie omówiono perspektywy podejścia spersonalizowanego w leczeniu niedosłuchu z wykorzystaniem terapii genowej. Obejmują one m.in. zastępowanie, naprawę lub wyciszenie uszkodzonego, modulowanie procesu składania

transkryptu i wprowadzanie genu. Wspomniano również o możliwościach wykorzystania dostępnych leków w terapii rzadkich form niedosłuchu genetycznie uwarunkowanego. Tę część wykładu zilustrowano opisem rodziny znajdującej się pod opieką Poradni Genetycznej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, u której rozpoznano chorobę autozapalną z dominującym w obrazie klinicznym niedosłuchem i rozpoczęto terapię preparatem anakinra. Zastosowanie odpowiedniego leczenia było możliwe dzięki wykryciu u tych pacjentów, że niedosłuch rozwinął się na skutek mutacji w genie *NLRP3*.

Podsumowując, wykonywanie badań genetycznych umożliwia identyfikację przyczyn niedosłuchu i jest punktem wyjścia do opracowywania

i wdrażania metod leczenia ukierunkowanych na przyczynę choroby.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 3:19:04



Dr hab. Sylwia Kottan, prof. UMK

Sztuczna inteligencja i nowoczesne badania genetyczne jako sposób na zwiększenie skuteczności diagnostycznej we wrodzonych błędach odporności

Wrodzone błędy odporności (*inborn errors of immunity, IEI*) obejmują niemal 500 chorób/ zespołów chorobowych w większości uwarunkowanych genetycznie. Z niewielkimi wyjątkami poszczególne IEI zaliczane są do chorób rzadkich, jednak wszystkie łącznie nie spełniają kryterium choroby rzadkiej.

Wczesna diagnostyka wrodzonych błędów odporności

Największym problemem pacjentów z IEI jest brak lub opóźnienie diagnozy. Analiza wywiadu rodzinnego oraz znajomość objawów ostrzegawczych pozwalają na rozpoznanie ok. 1/3 osób rzeczywiście chorych. Testy przesiewowe są opracowane wyłącznie dla wybranych najcięższych chorób z grupy IE; nie są one dostępne w Polsce. Dlatego szansą na poprawę skuteczności diagnostycznej wydaje się zaangażowanie sztucznej inteligencji (*artificial intelligence, AI*). W Polsce zespół ekspertów w dziedzinie immunologii

klinicznej we współpracy z informatykami i analitykami danych opracował algorytm AI, dzięki któremu udało się zidentyfikować pierwszych chorych z IEI.

Znaczenie badań genetycznych w diagnostyce wrodzonych błędów odporności

Drugim krokiem w diagnostyce wrodzonych błędów odporności jest weryfikacja podejrzenia choroby. Aby zrealizować to zadanie, potrzebny jest dostęp oraz finansowanie przez NFZ wysokoprzepustowych badań genetycznych, w tym sekwencjonowania nowej generacji do wykrywania pojedynczych mutacji oraz karyotypowania molekularnego do wykrywania mikrodelekcji i mikroduplikacji.

Ważnym elementem skutecznej diagnozy jest współpraca immunologów klinicznych z genetykami klinicznymi, diagnostami laboratoryjnymi, specjalistami w dziedzinie laboratoryjnej genetyki klinicznej i laboratoryjnej immunologii medycznej.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 11:39



Dr n. med. Monika Matusiak

Molekularny biomarker neuroplastyczności w leczeniu głuchoty wrodzonej za pomocą implantacji ślimakowej – MMP-9?

Intensywny rozwój nauk podstawowych spowodował, że w obliczu trudnych decyzji terapeutycznych

klinicyści mają do dyspozycji coraz większy wachlarz diagnostyczny. Doskonałym przykładem jest

onkologia, gdzie terapie celowane stają się standardem postępowania, wyznaczając nową jakość w medycynie – terapie personalizowane. W chorobie poszukujemy biomarkera – wskaźnika, który pozwoli nam zaprojektować leczenie w sposób najbardziej dopasowany do chorego. Standardem leczenia głuchoty wrodzonej jest wczesna implantacja ślimakowa, jednakże widzimy ogromny rozrzut wyników rehabilitacji słuchu i mowy po aktywacji implantu. Dotąd nieznanymi były czynniki molekularne regulujące zdolność odpowiedzi mózgu na doprowadzenie stymulacji elektrycznej do neuronów drogi słuchowej. Wytypowano molekularny bio-

marker neuroplastyczności – wykazano, że pomiar poziomu matrix metalloproteinazy 9 w osoczu krwi przed wszczęciem implantu pozwala odróżnić dzieci, które mają duże szanse na dobry wynik rozwoju słuchu i mowy, od tych, które takiej gwarancji nie mają. Zastosowanie tej wiedzy w praktyce pozwoliłoby na wdrożenie szerszej, bogatszej drogi terapeutycznej dla dzieci z podwyższonym ryzykiem niepowodzenia rehabilitacji słuchu i mowy i w ten sposób na wyrównanie ich szans na dobry wynik funkcjonalny implantacji ślimakowej.

Projekt finansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki – UM02014/13/D/NZ5/03337.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 2:36:12



Dr n. med. Beata Miaśkiewicz i współ.

Laryngoplastyka iniekcyjna jako skuteczna metoda leczenia niewydolności głosu w wieku senioralnym

Cel. Ocena efektów głosowych po zastosowaniu laryngoplastyki iniekcyjnej (IL) u pacjentów w wieku senioralnym z presbyfonią i jednostronnym porażeniem fałdu głosowego (UVFP).

Metoda. Praca miała charakter retrospektywny. Grupę badaną stanowiło 34 pacjentów z niewydolnością fonacyjną głosu w wieku 60–82 lata, u których zastosowano leczenie chirurgiczne – IL. U 16 osób rozpoznano presbyfonię, a u 18 – jednostronne porażenie fałdu głosowego.

Wyniki. Po zastosowaniu IL uzyskano poprawę zwarcia fonacyjnego w obu grupach pacjentów, a różnica była istotna statystycznie zarówno u pacjentów z presbyfonią (MH = 3.80; $p < 0.001$), jak i z UVFP (MH = 4.04; $p < 0.001$). Poprawie uległa jakość głosu u pacjentów oceniana w skali GRBAS i po 12 miesiącach od zabiegu pozostawała lepsza w porównaniu do stanu sprzed augmentacji ($p < 0.05$ dla parametrów R, B, A i S). Obiektywna analiza akustyczna głosu u pacjentów z UVFP

wykazała istotną statystycznie poprawę w zakresie 7 z 12 ocenianych parametrów (Jitt, RAP, PPQ, Shim, APQ, sAPQ i NHR), natomiast u pacjentów z presbyfonią istotnej poprawie uległa jedynie częstotliwość podstawowa (F0). Porównanie wyników kwestionariusza niepełnosprawności głosu (VHI) przed augmentacją i 12 miesięcy po niej wykazało poprawę w zakresie subiektywnej oceny głosu w obu grupach, jednak istotną statystycznie różnicę odnotowano tylko u pacjentów z UVFP.

Wnioski. Laryngoplastyka iniekcyjna jest bezpieczną i skuteczną metodą leczenia niewydolności fonacyjnej głosu u osób starszych. Badanie pokazało znaczącą i klinicznie istotną poprawę głosu po 12 miesiącach, szczególnie u pacjentów z UVFP.

Współautorzy: lek. Aleksandra Panasiewicz-Wosik, lek. Katarzyna Nikiel, dr n. hum. Elżbieta Gos, lek. Małgorzata Dębińska, dr hab. Agata Szkiełkowska, prof. IFPS

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 2:26



**Dr n. med. Paulina Krasnodębska,
dr hab. Agata Szkiełkowska, prof. IFPS**

Choroba postcovidowa i jej wpływ na proces komunikatywny

Chorobę postcovidową (*post COVID-19 condition*) zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rozpoznaje się, gdy spełnione są następujące warunki. Po pierwsze, następuje ona po prawdopodobnej/potwierdzonej infekcji wirusem SARS-CoV-2. Po drugie, objawy występują w ciągu trzech miesięcy od zakażenia i utrzymują się minimum dwa miesiące. Po trzecie, nie dają się one uzasadnić za pomocą alternatywnej diagnozy. Jak podają dane epidemiologiczne, z objawami choroby postcovidowej boryka się aż 1/3 ozdowieńców. Najczęściej zgłaszane problemy to zmęczenie, trudności w oddychaniu i zaburzenia kognitywne. Wśród wielu innych objawów wymieniane są też dolegliwości ze strony narządu głosu, słuchu i mowy.

Pacjenci z zespołem postcovidowym zgłaszają się do audiologa i foniatrii z powodu uczucia ciała obcego w gardle, chrypki, suchości w gardle i zaników

głosu bądź wrażenia pogorszenia słuchu oraz wystąpienia szumów usznych. W przypadku zaburzeń głosu diagnostyka zespołu opiera się na wywiadzie i badaniu endoskopowym krtani. Ze względu na przyczynę dolegliwości, jaką jest przede wszystkim postcovidowe upośledzenie czynności unerwienia gardła i krtani, badaniem rozstrzygającym i wykluczającym inne przyczyny dolegliwości jest elektromiografia krtani. W przypadku zaburzeń słuchu diagnostyka opiera się na badaniach audiologicznych.

Analiza przypadków pacjentów zgłaszających się do Kliniki Audiologii i Foniatrii IFPS z powodu dolegliwości postcovidowych pokazuje, że pomocy szukają w równym odsetku osoby pracujące, jak i niepracujące głosem. Wynika to z faktu rosnącego znaczenia dobrej sprawności narządu głosu w społeczeństwie polskim.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 34:13



Dr n. o zdr. inż. Anita Obrycka

Dlaczego protezy i implanty słuchowe powinny być stosowane obuusznie w przypadku obustronnego niedosłuchu?

W najnowszym raporcie Światowej Organizacji Zdrowia niedosłuch i głuchota zostały uznane za najczęściej występujące niesprawności sensoryczne. Jak szacują eksperci tej organizacji, dotyczą one już około 400 mln ludzi na świecie. W ciągu ostatnich 30 lat dzięki zastosowaniu nowych technologii medycznych, zwłaszcza implantów ślimakowych, możliwości pomocy tej licznej grupie osób znacznie się rozszerzyły.

Jednakże nawet najnowszej generacji aparaty czy implanty słuchowe stosowane jednostronnie nie gwarantują idealnego słyszenia pacjentom niesłyszącym, nie pozwalają na lokalizowanie dźwięku

w przestrzeni, swobodne rozumienie mowy w trudnych warunkach akustycznych, np. w hałaśliwym, gwarnym otoczeniu. Dlatego w chwili obecnej za najskuteczniejszą metodę poprawy jakości odbieranego sygnału mowy przez osoby niesłyszące uznaje się obustronne protezowanie słuchu i przywrócenie możliwości słyszenia dwuusznego.

Dzięki słyszeniu dwuusznemu potrafimy lokalizować dźwięki w przestrzeni, co jest niezwykle istotne z punktu widzenia bezpieczeństwa oraz możliwości szybkiego przekierowania uwagi na rozmówcę w sytuacji spotkań grupowych. Ponadto możemy analizować środowisko akustyczne

i koncentrować się na tym, co dla nas istotne, dzięki temu, że mózg porównuje informacje z ucha prawego i lewego. Dźwięki ze środowiska docierają do obojga uszu, jednak każde z nich odbiera je jako nieco inny sygnał. Mózg analizuje te sygnały, uzupełnia brakujące informacje docierające do jednego ucha informacjami z drugiego ucha, przekierowuje uwagę do ucha, które ma lepsze warunki akustyczne (którego sygnał jest mniej zaszumiony) lub wykorzystuje informacje o zakłóceniach do „odszumienia” interesującego nas sygnału.

Aby ta analiza informacji była poprawna, kora słuchowa po stronie lewej oraz po stronie prawej powinna być rozwinięta w tym samym stopniu. Ma to miejsce wtedy, gdy od urodzenia odbieramy dźwięki dwójgiem uszu. Jeśli dziecko rodzi się niesłyszące i zostanie zaopatrzone wcześniej w implanty ślimakowe obustronnie, istnieje duża szansa na to, że u tego

dziecka rozwinię się prawidłowe słyszenie dwuoszne. Natomiast w przypadku dzieci z wrodzonym głębokim niedosłuchem, które przez większość swojego życia użytkowały jeden implant, występuje asymetria w odbiorze dźwięków. Mózg jest niejako „zajęty” przez informację docierającą z ucha wcześniej zaimplantowanego. W takich przypadkach w celu uzyskania korzyści ze słyszenia dwuosznego konieczne jest wdrożenie specjalnego programu dopasowania implantu i rehabilitacji. Taki program oferują pacjentom specjaliści z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. U podstawy tego programu leży dopasowanie systemu implantu prowadzone w oparciu o metodę neurokognitywną, bazującą na najnowszej wiedzy o neuroplastyczności mózgu, oraz rehabilitacja ukierunkowana na stymulowanie mózgu do przetwarzania tej informacji, która zaczyna do niego docierać z nowo implantowanego ucha.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 42:23



**Dr hab. n. o zdr. Joanna Kobosko, prof. W. Wiktor Jędrzejczak,
Agnieszka Pankowska, Anna Barej, prof. Henryk Skarżyński**

Jakość życia osób z częściową głuchotą korzystających z implantu ślimakowego

Jakość życia u osób głuchych i niedosłyszących, w tym osób z częściową głuchotą, jest względem populacji ogólnej obniżona. Osoby z częściową głuchotą to te, które charakteryzują się niedosłuchem o prawidłowej czułości słuchu bądź jej nieznacznym obniżeniem w zakresie niskich częstotliwości przy jednoczesnym głębokim ubytku słuchu lub całkowitej głuchocie w zakresie wysokich częstotliwości. W komunikowaniu się z otoczeniem drogą słuchową osoby z częściową głuchotą skarżą się najczęściej na „brak rozumienia mowy”, gdyż słyszą, lecz często nie rozumieją treści przekazów słownych. W praktyce klinicznej dowiedziono, że najlepsze rezultaty leczenia częściowej głuchoty daje rozwiązanie zaproponowane przez prof. Henryka Skarżyńskiego:

zastosowanie implantu ślimakowego do stymulacji elektrycznej wysokich częstotliwości, podczas gdy niskie częstotliwości są słyszane w sposób naturalny. Jednakże – pomimo istotnej poprawy jakości życia związanej ze słyszeniem po zastosowaniu wyżej wspomnianej metody leczenia – osoby z częściową głuchotą, szczególnie kobiety, doświadczają nadal podwyższonego poziomu psychicznego dystresu (stresu negatywnego). Wskazaniem wobec osób z częściową głuchotą o podwyższonym dystresie psychicznym (korzystających z implantu ślimakowego lub niekorzystających z tego urządzenia wzmacniającego słyszenie) jest zaoferowanie im różnych form interwencji psychologicznej, także w ramach rehabilitacji słuchu i mowy.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 47:23



Metody neurostymulacji w terapii szumów usznych

Celem wykładu było przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat metody neurostymulacji szumów usznych. Metoda ta, polegająca na stymulacji gałązki usznej lewego nerwu błędnego (tVNS) w połączeniu ze stymulacją tonami, może wywołać reorganizację mapy tonotopowej w korze słuchowej, wzmacniając reakcje słuchowe na sparowane tony i zmieniając pola odpowiedzi, zmniejszając odpowiedź na polu odpowiadającym częstotliwości szumów usznych.

Według europejskich rekomendacji na temat postępowania z szumami usznymi (European Guideline for Tinnitus 2019) stymulacja gałązki usznej lewego nerwu błędnego jest metodą bezpieczną, jednak bez rekomendacji ze względu na małą ilość wysokiej jakości dowodów na jej skuteczność.

tVNS w połączeniu ze stymulacją tonami może wywołać reorganizację mapy tonotopowej w korze słuchowej, wzmacniając reakcje słuchowe na sparowane

tone i zmieniając pola odpowiedzi, zmniejszając odpowiedź na polu odpowiadającym częstotliwości szumów usznych.

Wnioski:

- bezpośrednia oraz przeskórna stymulacja nerwu błędnego ma potencjał w leczeniu jako metoda łagodzenia objawów szumów usznych;
- obecnie nie można wyciągnąć wniosków na temat skuteczności metody z powodu braku wiarygodnych wyników badań klinicznych;
- ze względu na heterogeniczną naturę szumów usznych reakcja na leczenie może się znacznie różnić w zależności od ich przyczyny oraz indywidualnego profilu psychologicznego pacjenta;
- istnieje konieczność weryfikacji wyników stosowania VNS na modelach zwierzęcych przez inne laboratoria.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 3:09:02



Dr n. o zdr. Katarzyna B. Cywka, prof. Henryk Skarżyński,
lek. Bartłomiej Król, prof. Piotr H. Skarżyński

Zastosowanie implantu kostnego u dorosłych pacjentów z niedosłuchem przewodzeniowym i mieszanym – wyniki audiologiczne oraz ocena satysfakcji

Implant słuchowy Bonebridge jest aktywnym, przeskórnym urządzeniem na przewodnictwo kostne odpowiednim dla różnych ubytków słuchu. Po raz pierwszy został wprowadzony na rynek w 2012 r. jako BB BCI 601, z nowszą częścią wewnętrzną BCI 602 wydaną w 2019 r. Dzięki nowemu rozmiarowi i kształtowi implant BCI 602 może być stosowany u pacjentów wcześniej wykluczonych ze względu na niewystarczające warunki anatomiczne, zwłaszcza u pacjentów z wrodzonymi wadami ucha zewnętrznego i środkowego.

Celem badania była ocena obiektywnych i subiektywnych korzyści po zastosowaniu nowego implantu Bonebridge BCI 602 u dorosłych pacjentów z przewodzeniowym i mieszanym ubytkiem słuchu. W pracy oceniono bezpieczeństwo i skuteczność urządzenia.

Materiał i metody. Grupę badawczą stanowiło 42 pacjentów w wieku 19–74 lat, u których stwierdzono niedosłuch przewodzeniowy lub mieszany. Wszystkim pacjentom wszczepiono jednostronnie nowy implant Bonebridge BCI 602. Przed implantacją

i po niej wykonane zostały: badania audiometrii tonalnej, test rozumienia mowy (w ciszy i hałasie) oraz audiometria w polu swobodnym. Subiektywną ocenę korzyści przeprowadzono za pomocą kwestionariusza APHAB (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit).

Wyniki. Po wszczępieniu implantu Bonebridge BCI 602 stwierdzono u wszystkich pacjentów istotną statystycznie poprawę w zakresie rozumienia mowy. Średni wynik rozpoznawania słów (WRS) wzrósł z 15,7% przed implantacją do 87,6% po 12 miesiącach. Średni próg odbioru mowy (SRT) przed implantacją wynosił +4,36 dB SNR i poprawił się do - 1,95 dB SNR po 12 miesiącach. U wszystkich

pacjentów stwierdzono stabilne wyniki pooperacyjne. Kwestionariusz APHAB wykazał, że trudności w słyszeniu zmniejszyły się po implantacji, z istotną statystycznie poprawą wyniku globalnego.

Wnioski. Niniejsze badanie potwierdza skuteczność implantu Bonebridge BCI 602. Urządzenie jest efektywnym rozwiązaniem, szczególnie dla pacjentów z przewodzeniowym i mieszanym ubytkiem słuchu spowodowanym anatomicznymi wadami ucha. System Bonebridge BCI 602 zapewnia stabilne korzyści audiologiczne i chirurgiczne. Subiektywna ocena implantu również potwierdza satysfakcję pacjentów oraz ograniczenie problemów w codziennym funkcjonowaniu.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 45:32



Prof. dr hab. inż. Tadeusz Pałko

Metody pomiaru podstawowych parametrów gazometrii krwi i gazów oddechowych oraz zastosowania kliniczne

W syntetycznym wykładzie dotyczącym wybranych metod i urządzeń do gazometrii krwi i gazów oddechowych przedstawiono w dużej mierze własne rozwiązania konstrukcyjne sensorów i układów pomiarowych wykorzystywane we współczesnej praktyce klinicznej. Metody te są szczególnie ważne do użycia w warunkach zagrożenia życia, a więc w ośrodkach intensywnej opieki medycznej. Przeprowadzone badania gazometryczne dotyczą dwóch krytycznych dla organizmu gazów, a ściślej pomiarów (za pomocą urządzeń zwanych oksymetrami) ilości dostarczanego, niezbędnego do życia tlenu – O_2 i ilości odprowadzanego dwutlenku węgla – CO_2 jako głównej substancji powstającej w procesach metabolicznych. Pomiar ilości CO_2 dokonywany jest za pomocą urządzeń zwanych kapnometrami. Należy zwrócić uwagę, że w prawidłowo funkcjonującym organizmie istnieje sercowo-płucna homeostaza polegająca na zdolności organizmu do zapewnienia równowagi pomiędzy komórkowym oddychaniem z wymianą O_2 i CO_2 w płucach. W oksymetrii krwi wyróżnia się dwa główne parametry pomiarowe:

- saturację tlenową krwi, oznaczaną jako sO_2 lub SO_2 (SaO_2 – tętnicza, SvO_2 – żylna), wyrażającą procentowe wysycenie oksyhemoglobiny (HbO_2) w całości hemoglobiny ($HbO_2 + Hb$), które w prawidłowych warunkach wynosi dla SaO_2 97–99%, a SvO_2 ok. 75%;
- prężność tlenu, zwaną też ciśnieniem cząstkowym, oznaczaną jako pO_2 lub PO_2 (PaO_2 – tętnicza, PvO_2 – żylna), zależną od ilości O_2 rozpuszczonego w osoczu krwi i wyrażaną w jednostkach ciśnienia (najczęściej w kPa lub mmHg).

Istnieje zależność pomiędzy sO_2 a pO_2 , która jest nieliniowa, o kształcie sigmoidalnym i graficznie przedstawiana jako krzywa dysocjacji. Na położenie tej krzywej wpływ mają temperatura i pH krwi. Saturacja tlenowa krwi jest zazwyczaj mierzona metodami spektrofotometrycznymi typu odbiciowego lub prześwietleniowego, nazywana także kolorymetrią (zmiana koloru krwi zależna od stopnia utlenowania hemoglobiny). Typ spektrofotometrii odbiciowej, najczęściej z sensorem światłowodowym, jest szczególnie korzystny w zastosowaniach klinicznych,

ponieważ wprowadzenie cewnika światłowodowego do naczyń krwionośnych umożliwia dokonywanie pomiarów *in vivo* sO_2 w dowolnym miejscu układu krążenia. Zatem jest szczególnie przydatny do pomiarów sO_2 zarówno w układzie tętniczym, jak i w centralnym układzie żylnym w tętnicy płucnej, ponieważ umożliwia obiektywne rozpoznanie stanów niewydolności krążenia (niewystarczający transport tlenu przez hemoglobinę w układzie krążenia). Przedstawiona metoda pomiarowa wymaga zastosowania przynajmniej dwóch długości fali, najlepiej jednej o długości 660 nm (kolor czerwony), przy którym występuje największa różnica natężenia promieniowania odbitego dla HbO_2 i Hb (bez O_2), i drugiej długości fali podczerwonej o wartości ok. 900 nm, gdzie rozróżnialność HbO_2 i Hb jest znikoma. Stosunek tych dwóch natężeń promieniowania czerwonego względem podczerwonego jest miarą saturacji tlenowej krwi.

Drugi typ fotospektrometrii opartej na prześwietlaniu krwi pozwala pobierać krew drogą *in vitro* również z dowolnego miejsca układu krążenia. Po wykorzystaniu prawa Beera–Lamberta i użyciu co najmniej dwóch długości fali (660 nm – światła czerwonego i 940 nm – promieniowania podczerwonego), przy których występuje odpowiednio największa i znikoma absorpcja promieniowania dla HbO_2 i Hb. Stosunek tych natężeń jest miarą sO_2 . Dzięki pracom japońskiego bioinżyniera Aoyagi i jego genialnej propozycji analizy względnych zmian pulsacyjnych natężenia promieniowania czerwonego i podczerwonego przechodzącego przez palec lub płatek uszny, których stosunek jest miarą saturacji tlenowej krwi tętniczej, metoda ta doprowadziła do powstania pulsoksymetrów, dzięki którym możliwy jest pomiar SaO_2 w sposób nieinwazyjny i wygodny w użyciu. Pulsoksymetria powstała pod koniec lat 70. XX w. i obecnie jest powszechnie wykorzystywana zarówno w anestezjologii, jak i w intensywnym nadzorze szpitalnym, w stanach zagrożenia życia, m.in. w przypadkach ciężkiego przebiegu choroby COVID-19 wymagającego terapii tlenowej lub użycia respiratora.

Standardową metodą pomiaru prężności tlenu rozpuszczonego w osoczu krwi jest metoda elektrochemiczna, zwana też amperometryczną, oparta na pomiarze prądu między dwiema odpowiednio spolaryzowanymi elektrodami zanurzonymi w wodnym roztworze elektrolitowym, oddzielonego od

badanego środowiska (np. krwi) odpowiednią membraną przepuszczającą tlen metodą dyfuzji. Metoda ta nazywana jest od nazwiska twórcy metodą Clarka. Dzięki redukcji tlenu przy katodzie powstają jony OH^- , których ilość (a więc natężenie prądu) jest proporcjonalna do wartości pO_2 . Konstrukcja czujnika jest prosta – w cylindrycznej, polimerowej obudowie znajduje się izolowany szkłem drucik (najczęściej z Pt) stanowiący katodę sensora. Anodę stanowi najczęściej blaszka z Ag, powierzchniowo chlorkowana. Powierzchnią sensorową jest membrana zakładana przy przewodzącym końcu katody, najczęściej wykonana z polipropylenu lub teflonu. Sensor ten nadaje się zarówno do pomiaru pO_2 we krwi, jak i pO_2 gazów oddechowych. Układ pomiarowy pO_2 stanowi przetwornik prąd–napięcie połączony z woltomierzem. W wykładzie przedstawiono również bardziej złożony, zminiaturyzowany sensor naskórny pO_2 , naklejany w zgięciu łokciowym za pomocą dwustronnie klejącego przyklepca.

W kapnometrii krwi ilość CO_2 jako naturalny produkt metabolizmu tkankowego jest mierzony jako jego prężność (pCO_2) wynosząca w warunkach normalnych w krwi tętniczej ok. 40 mmHg (5,3 kPa) i w krwi żyłnej ok. 46 mmHg (6,1 kPa). Najczęściej obecnie stosowaną metodą jest metoda elektrochemiczna, zwana też od nazwiska jej twórcy metodą Severinghausa, z użyciem elektrody pH i wykorzystaniem zależności $pH = A - \log pCO_2$. W metodzie tej CO_2 dyfunduje przez membranę sensora do komory pomiarowej z elektrodami pH zanurzonymi w odpowiednim roztworze wody, w którym tworzy się kwas węglowy, dysocjując na jony H^+ i HCO_3^- , powodując zakwaszenie roztworu. Sensor pCO_2 podobny jest do pO_2 z tą różnicą, że zamiast katody w sensorze pO_2 użyto elektrod pH. Sensor taki nadaje się zarówno do pomiaru pCO_2 we krwi, jak i do pomiaru pCO_2 w gazach oddechowych. Metoda ta po odpowiednim rozbudowaniu wykorzystywana jest również do pomiaru pCO_2 w krwi tętniczej nieinwazyjną metodą naskórną.

Do pomiaru pCO_2 w gazach oddechowych obecnie najczęściej wykorzystuje się metodę absorpcji promieniowania podczerwonego o selektywnej długości fali 4,26 μm . W metodzie tej autor opracował oryginalny sensor z zastosowaniem impulsowego emitera podczerwieni, eliminując wcześniej stosowaną, uciążliwą modulację elektromechaniczną promieniowania dla stosowanych źródeł

promieniowania ciągłego, co bardzo usprawniło metodę i urządzenie do kapnometrii oddechowej.

Główne zastosowania medyczne gazometrii

Pomiary saturacji tlenowej krwi oraz prężności tlenu i dwutlenku węgla we krwi oraz gazach oddechowych pozwalają na wczesne zapobieganie powikłaniom wynikającym zarówno z niedotlenienia, jak i zatrucia tlenowego, a także innych zaburzeń w tkankach i całym organizmie. Prezentowane

własnej konstrukcji elektrochemiczne i optoelektroniczne czujniki i układy do pomiaru zawartości O_2 i CO_2 we krwi i gazach oddechowych są użyteczne i potrzebne w zastosowaniach medycznych do monitorowania czynności układu krążenia i układu oddechowego, zwłaszcza w intensywnej opiece medycznej wymagającej wspomagania funkcji krążeniowej (sztuczne komory serca lub inne pompy krążeniowe) albo oddechowej (respirator, terapia tlenowa).

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 2:23



Dr n. farm. Leszek Borkowski

Alternatywna substytucja produktów leczniczych

Braki leków będą nas nękać, a przyczyny tej sytuacji są różnorodne. Uważam, że wiele braków jest pozornych, widać to np. w szpitalach, gdzie niedostępność jednego produktu leczniczego uruchamia kolejny z danej lub podobnej grupy terapeutycznej.

Sytuacja w lecznictwie otwartym jest znacznie gorzej oceniana przez pacjentów. Autor prezentacji pokazuje, jak szukać zamienników, oraz wyjaśnia, czym różni się określenie „substytucja lekowa” od „alternatywnej substytucji lekowej”. Zwykła substytucja to np. zamiana leku oryginalnego na generyk. Alternatywna substytucja to zamiana jednego leku na inny z tej lub podobnej grupy farmakologicznej dającej oczekiwany efekt leczniczy.

Zdarza się także, że identyczna substancja czynna w identycznej dawce występuje na rynku farmaceutycznym pod różnymi nazwami ze względu na wybrane wiodące wskazania.

Autor omawia, jak poszukiwać zamiennika w alternatywnej substytucji dla heparyn drobnocząsteczkowych hamujących aktywność X czynnika krzepnięcia. Z całej grupy około 20 produktów przeciwzakrzepowych wybiera się cztery mające zdolność inhibicji czynnika X. Są to: edoxaban, suledoxyd, fondaparynuks oraz dodatkowo antagonistą witaminy K – warfaryna.

Następnie pokazana jest krok po kroku analiza farmakologiczna mająca na celu wybranie tego najbardziej zasadnego. Tym sukcesorem brakujących

heparyn drobnocząsteczkowych zostaje fondaparynuks. Jest on syntetycznym i selektywnym inhibitorem aktywnego czynnika X (Xa). Aktywność przeciwzakrzepowa fondaparynuksu jest wynikiem selektywnego hamowania czynnika Xa za pośrednictwem antytrombiny III (AT III). Poprzez selektywne wiązanie AT III fondaparynuks nasila (około 300 razy) naturalną neutralizację czynnika Xa przez AT III. Neutralizacja czynnika Xa przerywa kaskadę krzepnięcia krwi i hamuje zarówno powstawanie trombiny, jak i tworzenie się zakrzepu. Fondaparynuks nie inaktywuje trombiny (aktywnego czynnika II) i nie ma wpływu na czynność płytek. Fondaparynuks i heparyny drobnocząsteczkowe należą to wspólnej grupy glikozaaminoglikanów.

Drugim przykładem alternatywnej substytucji jest HES stosowanego w płynoterapii. W dniu 24.05.2022 r. Komisja Europejska wydała decyzję zawieszającą pozwolenia na dopuszczenie do obrotów produktów leczniczych zawierających w swym składzie HES w krajach Unii Europejskiej.

W Polsce Prezes Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, działając w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia, odroczył zawieszenie pozwoleń na dopuszczenie do obrotu na okres nieprzekraczający 18 miesięcy, z uwagi na względy zdrowia publicznego. Celem płynoterapii jest:

- przywrócenie natlenienia tkanek;

- próba zahamowania możliwych zaburzeń krzepnięcia;
- ochrona czynności nerek (HES ryzyko uszkodzenia nerek).

HES stosowany jest w hipowolemii. Hipowolemia (małej objętości krwi) spowodowana jest ostrą utratą krwi (krwotok zewnętrzny, wewnętrzny, niestabilność hemodynamiczna, oparzenia – HES przeciwwskazany). Stosujemy:

- krew i jej produkty, np. albuminy, mrożone osocze;
- koloidy;
- krystaloidy.

Koloidy zawierają duże cząsteczki, takie jak skrobia (HES) i żelatyna. Koloidy – wyrównanie strat krwi (uzupełniają objętość wewnątrznaczyniową).

Krystaloidy są roztworami substancji o niskiej masie cząsteczkowej: 5% glukoza, 0,9% NaCl, mleczan Ringera, roztwór Ringera, płyn wieloelektrolitowy, Sterofundin. Stosowane są w celu uzupełniania zapotrzebowania podstawowego – uzupełniają przestrzeń pozakomórkową.

Przygotowując się do zastąpienia wycofanego HES w opiece okołoperacyjnej, zaleca się stosowanie krystaloidów zbilansowanych, czyli takich, które zawierają wszystkie jony w stosunku zbliżonym do zawartości osocza oraz jego osmolarności.

Nie zaleca się stosowania 0,9% NaCl, chyba że wyrównuje się utratę elektrolitową spowodowaną wymiotami, biegunką lub jako element leczenia śpiączki hiperglikemicznej.

Wybierając lek w hipowolemii, płyny dożylnie, musimy być świadomi różnic między nimi, a także wszelkich potencjalnych powikłań. Podstawą jest jak zawsze stan konkretnego pacjenta, dla którego poszukujemy innego leku. Aby wybrać produkt leczniczy stosowany w leczeniu hipowolemii, trzeba znać: jego mechanizm działania, przeciwwskazania, działania niepożądane, interakcje. Pacjentów poddawanych terapii infuzyjnej należy ściśle monitorować, aby uniknąć zaburzeń równowagi wodno-elektrolitowej.

Kolejnym przykładem są braki leków dla osób chorujących na cukrzycę typu 2.

Agoniści receptora GLP-1 należą obok inhibitorów peptydazy dipeptydylowej 4 (DPP-4, tzw. gliptyny) do leków inkretynowych. Stosowane są w leczeniu cukrzycy typu 2, w której to działanie naturalnych hormonów inkretynowych jest zaburzone. Analogi GLP-1 naśladują i wzmacniają działanie naturalnych hormonów inkretynowych, natomiast gliptyny (inhibitory DPP-4) wydłużają ich działanie. Ponieważ analogi GLP-1 (naśladują działanie natywnego hormonu inkretynowego glukagonopodobnego peptydu 1 (glucagon-like peptide-1 – GLP-1) zyskały wysoką pozycję w zaleceniach American Diabetes Association (ADA) i European Association for the Study of Diabetes (EASD) dotyczących zasad współczesnej farmakoterapii cukrzycy typu 2, to zapotrzebowanie na te leki wzrasta. Zostały uznane za leki pierwszego rzutu u pacjentów z towarzyszącą otyłością lub nadwagą. Analogi GLP-1 wykazują działanie fizjologiczne, łączą się z receptorem przeznaczonym dla tego hormonu, dzięki czemu wzmacniają potencjał własnego organizmu.

Agoniści GLP-1 mają wieloczynnikowe działanie. Oddziałując na trzustkę (komórki beta), powodują zależne od poziomu glukozy wydzielanie insuliny, hamują sekrecję glukagonu. Powodują hamowanie uczucia głodu, zwalniają tempo opróżniania żołądka, co zmniejsza szybkość trawienia węglowodanów złożonych i wchłaniania glukozy z jelit, a to przyczynia się do ograniczenia masy ciała pacjenta. Zwiększają także wrażliwość na insulinę. Co szalenie ważne, w obserwacjach wieloletnich zmniejszają ryzyko sercowo-naczyniowe.

Ponieważ stosowanie analogów GLP-1 jest zależne od klirensu kreatyniny, eksenatyd nie powinien być stosowany, gdy eGFR obniża się do 30–50 ml/min/1,73 m², semaglutyd, liraglutyd i dulaglutyd można stosować, jeśli eGFR jest nie mniejszy niż 15 ml/min/1,73 m². Ostatecznie brakujący semaglutyd iniekcyjny (Ozempic) zastępujemy jego doustną postacią lub liraglutylem, dulaglutylem, liksysenatydem bądź w sytuacji ryzyka kardiodiabetologicznego stosujemy dapagliflozynę, kanagliflozynę, empagliflozynę.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 47:34



Aktualna sytuacja polskiego szpitala i systemu ochrony zdrowia

pod patronatem Polskiej Federacji Szpitali
oraz Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia

Modernizacja i poprawa efektywności działania szpitali. Droga do poprawy efektywności leży w zmianach organizacyjnych. Zarządzający szpitalami są wysoko wykwalifikowani i w większości przypadków zarządzają na bardzo dobrym poziomie. Reformy powinny iść w kierunku tworzenia mechanizmów sprzyjających powstawaniu organizacji koordynowanej ochrony zdrowia (KOZ). Powinna ona być oparta na zasadach *value based healthcare* (VBHC). Organizacje KOZ, np. w formie konsorcjów podmiotów leczniczych różnych poziomów opieki, konkurują w tym modelu o jak najlepszą wartość dla pacjenta w przeciągu całego leczenia danej jednostki chorobowej. Organizacje KOZ są wynagradzane przez NFZ (i/lub innych płatników) za wyniki leczenia. Takie rozwiązanie doprowadzi do pozytywnej konkurencji między organizacjami KOZ, poprawy efektywności i ciągłości leczenia, a przede wszystkim sprzyja poprawie jakości życia i satysfakcji pacjentów oraz powoduje wzrost motywacji personelu ochrony zdrowia

Szpitala potrzebują wsparcia w działaniach rozwojowych. Przy obecnej sytuacji należy bardzo mocno wspierać szpitale w tzw. zielonej transformacji, aby stały się energooszczędne. Zrównoważony rozwój (*sustainability*) powinien być głównym celem modernizacji szpitali i innych podmiotów leczniczych.

System no-fault i zdarzenia niepożądane w ochronie zdrowia. Monitorowanie i zmniejszanie liczby zdarzeń niepożądanych za pomocą systemu no-fault, zaproponowany w projekcie Ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów, wpłynie na poprawę bezpieczeństwa pacjentów. System ten, pod warunkiem znacznego ograniczenia stosowania prawa karnego w medycynie, zmienia podejście z systemu punitywnego na system proaktywny, w którym będziemy identyfikować, analizować, a następnie zapobiegać przyczynom powstawania zdarzeń niepożądanych w ochronie zdrowia.

Akredytacja i autoryzacja podmiotów leczniczych. Proces akredytacji powinien być dla szpitali pożądany i opłacalny, ponieważ jest to w zasadzie wyróżnianie najlepszych. Akredytacja to zadanie dla instytucji niezależnych od płatnika za usługi zdrowotne. Należy dopuścić do akredytacji wybrane i renomowane komisje międzynarodowe, których certyfikat będzie uznawany przy kontraktowaniu świadczeń z NFZ. Przy okazji polskie szpitale pozyskają pacjentów z zagranicy, którzy kierują się właśnie międzynarodową akredytacją. Inny charakter ma natomiast autoryzacja, czyli licencjonowanie i tutaj należy zgodzić się z prowadzeniem tego procesu przez NFZ czy instytucje ubezpieczeniowe.

Link do nagrania:

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 13:17



POZOSTAŁE WYKŁADY EKSPERTÓW

Prof. Bolesław Samoliński

Od Evidence Based Policy do profilaktyki
i zmian w organizacji ochrony zdrowia

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 32:29



Dr n. med. Grażyna Tacikowska

Wszyscy mówimy o rehabilitacji ruchowej
zaburzeń równowagi – dlaczego się to nie dzieje?

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 3:58



Dr hab. Paweł Kukołowicz, prof. NIO

Bezpieczeństwo realizacji procedur z użyciem
promieniowania jonizującego

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 39:48



Prof. Jan Blecharz

Urazy fizyczne w sporcie – zagrożenie
oraz szansa rozwoju

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 3:55



Dr hab. inż. Artur Lorens, prof. IFPS

Dopasowanie neurokognitywne systemu implantu
ślimakowego

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 7:42:25



Prof. Henryk Skarżyński

30 lat leczenia głuchoty w Polsce

<https://youtube.com/playlist?list=PL4cRiELOM5pMPUtYqLLeQHghG-zB3rcie>

Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 33:05





REKOMENDACJE



Zapraszam do lektury różnych spostrzeżeń i szczegółowych rekomendacji, które zostały opracowane przez uczestników Kongresu. Wszystkim, którzy je sformułowali i przestali, przekazuję podziękowanie w imieniu Rady Programowej oraz współautorów tego podsumowania. Zaprezentowane punkty stanowią wypadkową większości głosów w dyskusji prowadzonej podczas 4. Kongresu „Zdrowie Polaków” 2022 i po jego zakończeniu. Tym razem nie udało się nam zawrzeć naszych rekomendacji w dekalogu – po prostu z roku na rok problemów jest coraz więcej.

Prof. Henryk Skarżyński

1

Hasłem 4. Kongresu „Zdrowie Polaków” była profilaktyka zdrowotna. Do tego tematu odnosi się eksperci niemal podczas każdej debaty, panelu czy wykładu. Wielu próbowało dokonać oceny dotychczasowych działań w tym zakresie i te oceny nie były zadowalające. Choć o przeciwdziałaniu chorobom od dawna mówi się wiele, w Polsce doceniana jest przede wszystkim „medycyna naprawcza”. Profilaktyce wciąż poświęca się zbyt mało uwagi i środków. Eksperci krytykowali ten fakt oraz dyskutowali o tych obszarach działań profilaktycznych, w których decydenci i środowisko medyczne radzą sobie gorzej, niż można oczekiwać.

Rekomendujemy kompleksowe podejścia do kampanii prozdrowotnych, wdrożenie wczesnej edukacji prozdrowotnej w szkołach wszystkich szczebli, promowanie „medycyny zapobiegawczej” i systematyczne zwiększanie ilości środków na nią przeznaczanych przy jednoczesnym przemyślanym i racjonalnym gospodarowaniu nakładami na „medycynę naprawczą”. Odnosząc się do tych obszarów działań profilaktycznych, w których decydenci i środowisko medyczne radzą sobie gorzej, niż można oczekiwać, rekomendujemy zwłaszcza prowadzenie szerokich kampanii społecznych dotyczących szczepień, mających na celu przeciwdziałanie nadciśnieniu tętniczemu i hipercholesterolemii, a także prowadzenie szeroko zakrojonych badań przesiewowych pod kątem najczęściej występujących nowotworów, a w przypadku dzieci – badań pozwalających na wczesne wykrywanie zaburzeń utrudniających naukę i prawidłowy ich rozwój, m.in. słuchu i wzroku. Istnieje konieczność dywersyfikacji takich kampanii w zależności od celu i wieku grupy docelowej.

2

Podczas Kongresu przedstawiona została koncepcja jednego zdrowia (One Health) obejmująca w sposób całościowy dobrostan i zdrowie naszej planety – środowisko człowieka ze światem roślinnym i zwierzęcym oraz zdrowie populacji ludzkiej, które pozostają w ścisłym sprzężeniu zwrotnym. Za kluczową dla profilaktyki zdrowotnej uznaje się dbałość o czystość powietrza atmosferycznego oraz wód powierzchniowych i podziemnych, które są zanieczyszczane m.in. na skutek chemizacji rolnictwa, stosowania antybiotyków i innych leków do leczenia zwierząt gospodarskich oraz środków do dezynfekcji powszechnie używanych na fermach. Mówienie o skutecznej profilaktyce bez uwzględnienia środowiska, w którym żyjemy, jest nieracjonalne.

Rekomendujemy uwzględnienie w krajowych programach profilaktyki zdrowotnej koncepcji jednego zdrowia oraz zwrócenie uwagi na wpływ jakości środowiska na zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka. Dbałość o to środowisko powinna stać się elementem edukacji prozdrowotnej i realizowanych programów profilaktycznych. W działaniach prozdrowotnych należy uwzględnić fakt, że skutkiem zmian klimatu mogą być zmiany fizjologiczne – szczególnie groźne dla zdrowia są zaburzenia funkcji układu immunologicznego wskutek długotrwałego przegrzania organizmu powodujące zmniejszenie odpowiedzi organizmu na szczepienia, zwiększenie podatności na zachorowania oraz trudniejsze i dłuższe leczenie (np. konieczność stosowania wyższych dawek leków).

3

Podczas Kongresu wielokrotnie podkreślano, 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 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, dlatego łatwiej im identyfikować zarówno potrzeby, jak i narzędzia.

Rekomendujemy zacieśnienie współpracy władz centralnych z władzami samorządowymi w zakresie działań prowadzonych na rzecz zdrowia Polaków oraz zacieśnienie współpracy w tym obszarze 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, ratownicy, pielęgniarki), przedstawiciele mediów. Tylko stworzenie wspólnego przekazu może być czytelne dla społeczeństwa. Rekomendujemy inkluzywne i lokalne działania promocyjne, m.in. w zakresie szczepień. Duża dysproporcja w poziomie wyszczepienia pomiędzy gminami pokazuje, że potrzebne są działania nakierowane bardziej na wspólnoty lokalne. W krajach zachodnich istnieje szereg dobrych praktyk, na przykład polegających na włączaniu do działań promocyjnych lokalnych liderów opinii. W przyszłych programach prozdrowotnych, m.in. tych dotyczących szczepień, powinno pojawić się więcej działań włączających mieszkańców konkretnych gmin.

4

Podczas tegorocznego Kongresu eksperci wiele miejsca poświęcili medycynie pracy. Rozmawiając o profilaktyce, podkreślali znaczenie badań pracowniczych. Krytykowano, że system medycyny pracy, pomimo szerokiego wachlarza zadań do niej przypisanych, nie realizuje ich wszystkich ze względu na brak źródeł finansowania. Opieka profilaktyczna nad pracownikami w Polsce sprowadza się najczęściej do przeprowadzania jedynie badań profilaktycznych wymuszonych przepisami Kodeksu pracy.

Rekomendujemy rozpoczęcie prac nad stworzeniem optymalnego i nowoczesnego systemu ochrony zdrowia pracujących, który z założenia będzie oparty na ścisłej współpracy wszystkich uczestników systemu i ukierunkowany nie tylko na aspekty zdrowia związane z pracą i prewencją wypadków przy pracy, lecz na wszystkie aspekty zdrowia pracownika, a więc m.in. wczesne wykrywanie chorób, profilaktykę chorób cywilizacyjnych, chorób pośrednio związanych z pracą o przyczynach wieloczynnikowych, w tym związanych z czynnikami narażenia czy uciążliwościami środowiska pracy i działania wspierające zdrowe i aktywne starzenie się oraz rehabilitację medyczną. System ten powinien obejmować działania realizowane w ramach programów zdrowia publicznego w zakresie wykrywania powszechnie występujących

chorób cywilizacyjnych i stanowią integralną część systemu ochrony zdrowia. Ponadto rekomendujemy aktualizację listy chorób zawodowych, która od lat nie była modyfikowana. Powstawanie nowych profesji, zmiany warunków i miejsca pracy (home office), wymagają krytycznego spojrzenia na obecnie obowiązujący spis chorób zawodowych.

5

Wielu ekspertów zwracało uwagę na nierozwiązany wciąż problem wysokiej zachorowalności na nowotwory. Jak podkreślano, Polska należy do krajów europejskich o najwyższych wskaźnikach umieralności na raka. Przedstawiane dane wskazują na małą skuteczność dotychczasowych działań antynowotworowych w Polsce. Programów profilaktycznych mających na celu wczesne wykrywanie nowotworów jest wiele, jednak znaczny odsetek Polaków z nich nie korzysta – w ocenie ekspertów zgłaszalność na onkologiczne badania profilaktyczne jest na poziomie dalece niezadowalającym.

Rekomendujemy, podobnie jak w roku ubiegłym, 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). Uwzględnienie w przygotowywanych programach wyników analizy dotyczącej przekonań zdrowotnych, opinii i postaw wobec edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób czy kompetencji zdrowotnych mogą przyczynić się do większej aktywności Polaków w obszarze profilaktyki przeciwnowotworowej. Istotnym elementem przy planowaniu takich programów jest – na co zwracano uwagę – budowanie zaufania do medycyny i lekarzy. Im większe zaufanie pacjenci mają do pracowników ochrony zdrowia i im więcej wiedzą na temat postępu w medycynie, tym chętniej uczestniczą w oferowanych im onkologicznych programach czy badaniach profilaktycznych.

6

Szczepienia to jeden z najważniejszych elementów profilaktyki prozdrowotnej. Niestety, jak pokazała pandemia COVID-19, znaczny odsetek Polaków nie zdecydował się na przyjęcie szczepionki, od dłuższego czasu nasila się ruch antyszczepionkowy. Konieczne jest odwrócenie tego niekorzystnego trendu. Promocja szczepień (nie tylko na COVID-19) to sposób na uchronienie ludzi przed wieloma chorobami, także tymi o charakterze nowotworowym.

Rekomendujemy, aby promocja szczepień jako skutecznej i bezpiecznej formy profilaktyki chorób zakaźnych została uznana za medyczną rację stanu. Rekomendujemy rozwijanie Programu Szczepień Ochronnych, tak by możliwie jak największej grupie

obywateli zapewnić łatwy i nieodpłatny dostęp do szczepionek – niepotrzebne bariery zniechęcają do szczepień, w tym rodziców najmłodszych dzieci. Konieczne jest wzmocnienie przekazu na temat korzyści wynikających ze szczepień w każdym wieku – rzetelna komunikacja oparta na wiedzy medycznej i faktach powinna być łatwo dostępna dla każdego obywatela. Dlatego dobrym pomysłem jest rozwijanie takich projektów jak MedvsFake, w którym specjaliści, bazując na przeprowadzonych badaniach i ugruntowanej wiedzy, obalają mity na temat szczepień. Potrzebne są bardziej zdecydowane działania mające na celu zwiększenie obecności ekspertów w debacie publicznej nt. szczepień, ale też blokujące głos najbardziej radykalnych przedstawicieli ruchu antyszczepionkowego w dyskursie publicznym. Zwalczając poglądy nagłaśniane przez ruchy antyszczepionkowe, należy jednocześnie wspierać w ramach systemu szczepień ochronnych rolę takich zawodów jak pielęgniarka/ pielęgniarz czy farmaceutka/ farmaceuta.

W odniesieniu do COVID-19 rekomendujemy stworzenie transparentnego kalendarza i instrukcji szczepień. Zmieniające się rekomendacje dotyczące odstępów czasowych między dawkami, kolejne dawki przypominające, różne schematy dla różnych grup wiekowych czy nowe szczepionki dedykowane konkretnemu wariantowi koronawirusa – wszystko to sprawia, że konieczne jest stworzenie jasnych, zrozumiałych i transparentnych wytycznych oraz harmonogramów szczepień. Podobnie jak w przypadku szczepień ochronnych dla dzieci, również szczepieniom na COVID-19 powinny towarzyszyć odpowiednie protokoły i schematy, które będą skutecznie komunikowane pacjentom. Promocja szczepień powinna uwzględniać nagłaśniany przez antyszczepionkowców fakt, że szczepionki w bardzo rzadkich przypadkach mogą wykazywać niekorzystne działania uboczne. Ponadto rekomendujemy stworzenie przejrzystego i kompleksowego systemu kompensacyjnego dla pacjentów, u których pojawiły się takie niepożądane odczyny poszczepienne. Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało, że Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych będzie obejmował również pacjentów przyjmujących inne szczepionki niż przeciwko COVID-19. Jest to bardzo dobry krok, niemniej rozszerzeniu stosowania wypłat kompensacyjnych powinna towarzyszyć kampania informacyjna.

7

Polskie społeczeństwo się starzeje. Udział osób starszych w populacji mieszkańców naszego kraju systematycznie rośnie. Na koniec 2020 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,8 mln. GUS prognozuje, że w roku 2030 liczba osób w tym wieku wzrośnie do 10,8 mln, a w 2050 r. wyniesie 13,7 mln. Seniorzy będą stanowili około 40 proc. ludności Polski. Te prognozy należy brać pod uwagę, planując politykę zdrowotną państwa, także działania w zakresie zdrowia publicznego i profilaktyki. Im zdrowsze będzie bowiem coraz liczniejsze pokolenie seniorów, tym mniejsze wydatki będą niezbędne na leczenie.

Rekomendujemy uwzględnienie osób starszych jako grupy docelowej strategii promocji zdrowia na szczeblu krajowym i lokalnym, objęcie osób starszych programami profilaktycznymi oraz stworzenie kierowanych do tej grupy programów, mających na celu wzmocnienie sieci kontaktów nieformalnych wśród osób starszych (przeciwdziałanie

samotności), rozwój innych niż instytucjonalne form wsparcia osób w wieku senioralnym, zwłaszcza tych z ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu (idea solidarności międzypokoleniowej). Jednocześnie rekomendujemy takie zmiany w systemie ochrony zdrowia, dzięki którym seniorzy w razie pojawienia się problemów zdrowotnych mieliby zapewniony łatwy dostęp do opieki medycznej.



Otyłość jest następstwem braku ruchu oraz niewłaściwej diety i stanowi jedno z największych współczesnych zagrożeń cywilizacyjnych. Co czwarty Polak choruje na otyłość, a tylko 13 proc. jest świadoma zagrożeń, jakie pociąga za sobą to schorzenie. Ponad 80 proc. osób cierpiących 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. Otyłość „nie wygasa” samoistnie, a wręcz przeciwnie – ma tendencję do rozwoju i przynosi wiele różnych skutków o charakterze medycznym, społecznym, jak również psychologicznym. Pomimo wielu akcji informacyjnych otyłość nadal kojarzona jest przede wszystkim z obszarem wizualnym, a w dalszej kolejności – zdrowotnym. I pomimo że wpisana jest na listę chorób przewlekłych o kodzie E66, to statystycznie jest chorobą pomijaną w rozpoznaniach, a przecież stanowi rdzeń patogeniczny wielu chorób uznawanych za choroby cywilizacyjne, tj. choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby wieńcowej, niewydolności serca, zaburzeń rytmu serca, udarów, cukrzycy oraz nadciśnienia tętniczego i chorób nowotworowych. 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.

Rekomendujemy prowadzenie populacyjnego monitoringu częstości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Obecnie nadwaga i otyłość istotnie rzutuje na kondycję zdrowotną tej grupy – dotyczy 30 proc. populacji w wieku 8–15 lat. Podkreślamy konieczność edukacji młodzieży w zakresie zagrożeń wynikających z niewłaściwego sposobu żywienia z uwzględnieniem braku regularnej aktywności fizycznej po zakończeniu edukacji szkolnej oraz zmniejszania się zapotrzebowania na energię od 19. roku życia. Promocja prozdrowotnego wzoru żywienia konieczna jest w szczególności w grupie chłopców z obszarów wiejskich, których matki deklarują wykształcenie poniżej średniego.

Rekomendujemy kierowanie programów edukacyjnych dotyczących profilaktyki nadwagi i otyłości do całych rodzin, tj. z uwzględnieniem nie tylko problemu dziecka, lecz także rodzica/rodziców. Takie działania muszą znaleźć się w programach różnych zajęć pozalekcyjnych oraz w programie szkół powszechnych.

9

W ostatnich latach na całym świecie obserwuje się gwałtowny wzrost oporności drobnoustrojów na antybiotyki. Szacuje się, że w 2019 r. z powodu zakażeń wywołanych przez bakterie odporne zmarło na świecie ok. 5 mln osób. ECDC ocenia, że w Europie liczba zakażeń wywołanych przez bakterie odporne w 2020 r. wyniosła 801 517, a liczba zgonów – 35 813. Niekorzystne trendy uległy nasileniu w trakcie pandemii COVID-19 ze względu na nieadekwatne procedury kontroli zakażeń szpitalnych, ukierunkowane głównie na zabezpieczenie personelu przez zakażeniem SARS-CoV-2, ale sprzyjające szerzeniu się drobnoustrojów opornych pomiędzy pacjentami oraz niekontrolowane i nieuzasadnione stosowanie antybiotyków u pacjentów zakażonych SARS-CoV-2. W Polsce w okresie pandemii doszło do bardzo znacznego wzrostu oporności wśród drobnoustrojów inwazyjnych – w ocenie ekspertów sytuacja wymknęła się spod kontroli i wymaga pilnych działań naprawczych.

Rekomendujemy działania prowadzące do zahamowania narastającej oporności drobnoustrojów, a tym samym zapewniające przydatność dostępnych antybiotyków, takie jak: wdrożenie i bezwzględne przestrzeganie procedur kontroli zakażeń szpitalnych, w tym przede wszystkim szybkie wykrywanie i izolowanie pacjentów zakażonych/skolonizowanych drobnoustrojami wieloopornymi oraz wdrożenie i rygorystyczne przestrzeganie zasad racjonalnej antybiotykoterapii.

Wyżej wymienione działania wymagają odpowiednich zasobów, tj. zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu zespołów kontroli zakażeń oraz zespołów ds. polityki antybiotykowej. W skład tych ostatnich powinien wchodzić specjalista ds. leczenia zakażeń (lekarz mikrobiolog lub lekarz innej specjalności przeszkolony w tym zakresie), farmakolog kliniczny i diagnosta mikrobiolog. Zespoły takie funkcjonują we wszystkich krajach rozwiniętych, natomiast w Polsce ich rola ciągle jest niedoceniana, a praca często łączona z innymi działaniami, co istotnie ogranicza ich skuteczność i prowadzi do wyżej opisanych konsekwencji.

10

W ostatnich latach wzrasta liczba pacjentów (zarówno dorosłych, jak i dzieci) z zaburzeniami natury psychicznej. Jednocześnie w literaturze kładzie się nacisk na skuteczność profilaktyki zaburzeń psychicznych. Akcentuje się pewne odrębności psychoprofilaktyki w stosunku do profilaktyki chorób somatycznych. Jednocześnie szczegółowa analiza publikacji na temat psychoprofilaktyki sugeruje, że niewystarczające efekty oddziaływań najczęściej wynikają z nieprecyzyjnej aplikacji tych ostatnich.

Rekomendujemy nowe podejście do problemu coraz powszechniejszych zaburzeń psychicznych zakładające, że mogą one być skutecznie zredukowane za pomocą oddziaływań profilaktycznych wszystkich trzech faz. W profilaktyce pierwszej fazy zakładamy, że obok aktywności fizycznej, zdrowej diety i przestrzegania zasad higieny snu istotne jest utrzymanie równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym, świadomej hierarchii wartości i dobrych relacji społecznych.

W profilaktyce drugiej fazy kluczowe jest uznanie, że zaburzenia psychiczne nie są „normalną” reakcją psychologiczną, lecz mają swoją biologiczną dynamikę i wymagają leczenia w najwcześniejszych fazach rozwoju. Zasadnicze znaczenie ma wczesne leczenie lekceważonych zaburzeń psychicznych – bezsenności, lęku i depresji.

Na znaczeniu zyskuje też profilaktyka trzeciorzędowa, w której należy uwzględnić najnowsze doniesienia naukowe, wskazujące m.in. na skuteczność ćwiczeń aerobowych w redukowaniu objawów schizofrenii. W rozwiniętych zaburzeniach psychicznych profilaktyka trzeciej fazy jest jedną z najbardziej efektywnych form oddziaływań z bardzo dobrą proporcją koszt-efekt.

11

Rewolucja technologiczna w branży medycznej stała się faktem. Nowe technologie są wielką szansą na poprawę jakości życia pacjentów, usprawnienie pracy lekarzy i lepsze funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Niestety, na obecnym etapie obnażają one często braki w jakości procedur prawnych i zarządczych. Postęp w technologiach zwiększa też oczekiwania ze strony pacjentów odnośnie jakości, dostępności i szybkości świadczonych usług medycznych. Jednocześnie zmusza pracowników ochrony zdrowia do nabywania nowych umiejętności. Technologie nie zastąpią pracy specjalistów, ale będą kształtować przyszłość ochrony zdrowia i – jak podkreślali prelegenci – są nadzieją na lepsze jutro.

Rekomendujemy dalsze wdrażanie systemów teleinformatycznych. Wykorzystanie narzędzi online do rejestracji pacjentów i zamawiania szczepionek okazało się jednym z najmocniejszych elementów Narodowego Programu Szczepień (NPS). Podobna infrastruktura powinna zostać zastosowana do innych rodzajów szczepień. Podobnie jak w przypadku NPS wdrożenie rozwiązań cyfrowych powinno odbywać się na drodze szkoleń z wykorzystaniem metod zdalnych.

Dalszemu wdrożeniu systemów teleinformatycznych powinny towarzyszyć działania zwiększające poziom kompetencji cyfrowych personelu medycznego, z uwzględnieniem faktu, że luka pokoleniowa sprzyja starzeniu się części zawodów medycznych (np. pielęgniarek). Osoby starsze są narażone na ryzyko wykluczenia cyfrowego.

Konieczne jest monitorowanie wpływu wprowadzania rozwiązań cyfrowych na nierówności w zdrowiu. Wskazane wydaje się podjęcie dodatkowych działań oraz nakładów finansowych celem zapewnienia należytej opieki medycznej osobom wykluczonym cyfrowo w dobie przenoszenia coraz większej liczby usług medycznych do obszaru e-zdrowia.

Ponadto niezbędna jest modyfikacja ram prawnych ochrony danych osobowych/medycznych i wykorzystywania tych danych do celów badań naukowych i codziennej praktyki klinicznej, w tym świadomej zgody pacjenta na udostępnianie danych w systemie publicznym i poza nim.

12

Lekarz w polskim systemie ochrony zdrowia nie ma do czynienia z kulturą bezpieczeństwa, ale kulturą strachu. Podobne opinie wyrażano podczas dyskusji na temat błędów lekarskich i tworzenia odpowiedzialnego prawa. Zdaniem wielu ekspertów bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta maksymalizują tzw. przepisy o no-fault, znoszące orzekanie o winie. Ich wprowadzenia domaga się w Polsce część środowiska lekarskiego. Zwolennicy takiego systemu wyrażają przekonanie, że karanie lekarzy zmniejszy prawdopodobieństwo występowania niepożądanych zdarzeń medycznych, jest błędne. Silniejszym czynnikiem zmniejszającym częstość występowania przewinień jest nieuchronność ich wykrycia, a ekwiwalentem tego może być obligatoryjny rejestr zdarzeń niepożądanych. Przeciwnicy takiego rozwiązania uznają je za formę faworyzowania określonej grupy zawodowej.

Rekomendujemy przeprowadzenie analizy dostępnych danych dotyczących systemu no-fault i działania mające na celu sprawdzenie, jakie rozwiązania prawne najlepiej sprzyjają wprowadzeniu kultury bezpieczeństwa w przychodniach i szpitalach, zapewniając przede wszystkim maksymalne bezpieczeństwo pacjentom. Warto zauważyć, że problem odpowiedzialności za błędy zawodowe i wyciągania z nich wniosków nie występuje jedynie w ochronie zdrowia, ale odnosi się do działalności w tzw. sektorze wysokiego ryzyka, gdzie niewielki błąd może przynieść tragiczne skutki. Warto też zwrócić uwagę na psychologiczne zjawisko występujące między innymi w analizowaniu błędów medycznych, a polegające na nadmiernym przypisywaniu odpowiedzialności za błędy konkretnym osobom i niedocenianiu wielu abstrakcyjnych czynników, takich jak procedury, otoczenie instytucjonalne czy inne niezależne od człowieka okoliczności zdarzenia. Zjawisko to nazwano błędem atrybucji.

Prof. Henryk Skarżyński



AFILIACJE

uczestników debat i paneli oraz wykładowców



Od redaktora

Szanowni Państwo!

Zespół redakcyjny niniejszej publikacji uwzględnił wszystkie nadane 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. med. Michał Adamczyk, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Jakub Adamski, dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
ptk (w st. spocz.) dr n. med. Stefan Antosiewicz, sekretarz Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie, szef Służby Zdrowia WP, Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej

Anna Apel, prezes zarządu Fundacji Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową

dr hab. Ewa Augustynowicz, Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy

B

dr hab. n. med. Paweł Balsam, I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Maciej Banach, kierownik Zakładu Kardiologii Prewencyjnej i Lipidologii, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 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 hab. Piotr Bandoz, Zakład Prewencji i Dydaktyki, Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Anna Barej, Klinika Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr hab. Joanna Basiaga-Pasternak, prof. AWF, Zakład Psychologii, Instytut Nauk Społecznych, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, członek Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

dr n. med. Anna Barczak, kierownik Platformy Badań Chorób Rzadkich i Cywilizacyjnych, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego PAN, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego

dr n. kf. Dominika Batycka-Stachnik, wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów

dr Edyta Bielak-Jomaa, członek zarządu Warsaw New Tech University Foundation

prof. dr hab. Jan Blecharz, kierownik Zakładu Psychologii, Instytut Nauk Społecznych, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie

Grzegorz Błażewicz, zastępca rzecznika praw pacjenta

prof. dr hab. n. med. Paweł Bogdański, kierownik Katedry i Zakładu Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

dr n. med. Renata Bogusz, Katedra i Zakład Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

prof. dr hab. n. med. Janusz Bohosiewicz, rektor Wyższej Szkoły Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii dziecięcej

Waldemar Bojarun, wiceprezydent miasta Katowice

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 Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, sekretarz zarządu Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego

dr Krzysztof Borowik, zastępca kierownika Zakładu Nawozów, Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Nowych Syntez Chemicznych

prof. dr hab. n. med. Artur Bossowski, kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Piotr Bromber, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia
Martyna Bryłka, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
dr inż. Monika Bugdol, Katedra Informatyki Medycznej i Sztucznej Inteligencji, Wydział Inżynierii Biomedycznej, Politechnika Śląska w Zabrzu
dr n. farm. Lucyna Bułaś, Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku, Wydział Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny
prof. dr hab. n. med. Leonora Bużańska, dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego PAN, kierownik Zakładu Bioinżynierii Komórek Macierzystych IMDiK PAN, przewodnicząca Wydziału IV Nauk Biologicznych Towarzystwa Naukowego Warszawskiego
Michał Byliniak, dyrektor generalny Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA

C

prof. dr hab. n. med. Jerzy Chudek, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej, Wydział Nauk Medycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Bartłomiej Chmielowiec, rzecznik praw pacjenta
prof. dr hab. Anna Ciemerych-Litwinienko, kierownik Zakładu Cytologii, Wydział Biologii, Uniwersytet Warszawski
prof. dr hab. Roman Cieślak, rektor SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego
prof. dr hab. n. med. Cezary Cybulski, Zakład Genetyki i Patomorfologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Read-Gene SA Grzeczna
dr n. biol. Hanna Cygan, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
dr n. o zdr. Katarzyna B. Cywka, koordynator Zespołu Protezowania i Diagnostyki Implantów Słuchowych, 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. praw. Przemysław Czarnek, prof. KUL, minister edukacji i nauki
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 PAN
Roman Czejarek, dziennikarz Programu Pierwszego Polskiego Radia
Jolanta Czernicka-Siwecka, prezes zarządu Fundacji Iskierka
prof. dr hab. n. med. Anna Członkowska, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
prof. dr hab. n. med. Mirosław Czuczwar, p.o. kierownika II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
prof. dr hab. n. med. Stanisław J. Czuczwar, wiceprezes Polskiej Akademii Nauk, członek korespondent PAN, kierownik Katedry i Zakładu Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, zastępca redaktora w czasopiśmie naukowym „Neurochemical Research”, członek honorowy Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego
Anna Czupryn, skrzypaczka i wokalistka w zespole Tekla Klebetnica, instruktor muzyki w Gminnym Ośrodku Kultury w Łodygowicach

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

dr hab. Natalia Demeshkant, prof. UP, Katedra Metodologii Badań Społecznych i Pedagogicznych, Instytut Pedagogiki Społecznej i Wsparcia Rodziny, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

prof. dr hab. n. med. Andrzej Deptała, kierownik Zakładu Profilaktyki Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

lek. Małgorzata Dębińska, Klinika Audiologii i Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Tadeusz Dębniak, Zakład Genetyki i Patomorfologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

prof. dr hab. n. med. Agnieszka Dobrzyń, dyrektor Instytutu Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN, kierownik Pracowni Sygnałów Komórkowych Instytutu Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN, członek korespondent PAN

Wojciech Dołkowski, CEO, MEDTube

Zuzanna Donath-Kasiura, wicemarszałek województwa opolskiego

dr Iwona Doroniewicz, Katedra Fizjoterapii w Dysfunkcjach Narządu Ruchu i Medycyny Sportowej, Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach

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. Marcin Drajg, kierownik Katedry Chemii Biologicznej i Bioobrazowania, Wydział Chemiczny, Politechnika Wroclawska

Piotr Drobek, Katedra Prawa Informatycznego, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Andrzej Duda, Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej

ks. Władysław Duda, duszpasterz Służby Zdrowia w Archidiecezji Warszawskiej, dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej, Medyczna Racja Stanu

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

dr Justyna Dymek, Zakład Farmacji Społecznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

ptk dr hab. n. med. Mirosław Dziekiewicz, prof. WIM, kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy

ks. prof. dr hab. Stanisław Dziekoński, Centrum Cyfrowej Nauki i Technologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, prezes zarządu Warsaw New Tech University Foundation, rektor UKSW w latach 2012–2020

dr n. o zdr. Beata Dziendziel, Klinika Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat, kierownik Zakładu Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej, Dział Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Zespół ds. Racjonalnej Antybiotykoterapii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej

prof. dr hab. n. med. Janusz Dzieciół, prorektor ds. klinicznych i szkolenia zawodowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Barbara Dziuk, posłanka Rzeczypospolitej Polskiej, przewodnicząca podkomisji stałej ds. onkologii, przewodnicząca parlamentarnego Zespołu ds. Podiatrii, Podologii i Kosmetologii

F

prof. Andrzej Fal, kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, prezes zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego

dr hab. n. med. Jarostaw Fedorowski, prof. UM MSC, 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. Krzysztof J. Filipiak, FESC, rektor Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, dyrektor Instytutu Nauk Klinicznych UM MSC, wiceprzewodniczący Rady Naukowej Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher w Warszawie, prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Postępów Medycyny MEDYCYNA XXI

prof. dr hab. n. med. Urszula Fiszer, kierownik Kliniki Neurologii i Epileptologii SPSK im. prof. W. Orłowskiego, Centrum Medyczne 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

dr hab. inż. Anna Fraś, Zakład Bioenergetyki Analiz Jakości i Nasiennictwa, Instytut Hodowli i Aklimatyzacji Roślin – Państwowy Instytut Badawczy

dr Mariusz Furmanek, zastępca kierownika Zakładu Diagnostyki Radiologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

G

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

dr hab. n. med. Paweł Gać, prof. UMW, p.o. kierownika Zakładu Zdrowia Środowiskowego i Medycyny Pracy Katedry Zdrowia Populacyjnego Uniwersytetu Medycznego im. Powstańców Śląskich we Wrocławiu, Ośrodek Diagnostyki Obrazowej Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Uniwersyteckie Centrum Diagnostyki Obrazowej

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. Ryszard Gellert, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii, kierownik Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych CMKP

dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA, ekspert systemu ochrony zdrowia, Doradztwo i Ekspertyzy Jakub Gierczyński

prof. dr hab. n. med. Robert Gil, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, członek zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Hanna Gill-Piątek, przewodnicząca Koła Parlamentarnego Polska 2050

Adam Giza, redaktor TVP Info

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. Stanisław Głuszek, rektor Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

prof. dr hab. n. med. Marek Gniadkowski, kierownik Zakładu Mikrobiologii Molekularnej, Narodowy Instytut Leków w Warszawie

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

dr Anna Gołda, Zakład Farmacji Społecznej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

prof. dr hab. n. med. Marek Gołębiowski, kierownik I Zakładu Radiologii Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Ewa Gorzelak, prezes Fundacji Nasze Dzieci przy Klinice Onkologii w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie

dr n. hum. Elżbieta Gos, Zakład Teleaudiologii i Badań Przesiewowych, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr Jarosław Górski, Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego,

doradca prezesa Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”

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, Warszawski Uniwersytet Medyczny, rzecznik prasowy zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

prof. dr hab. n. med. dr h.c. Tomasz Grodzicki, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, ordynator Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, członek korespondent PAN i PAU, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN

prof. dr hab. n. med. Tomasz Grodzki, marszałek Senatu RP, kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej i Transplantacji, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

prof. dr hab. n. med. Jacek Gronwald, Międzynarodowe Centrum Nowotworów Dziedzicznych, Zakład Genetyki i Patomorfologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Read-Gene SA Grzeczpnica

prof. dr hab. n. med. Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

H

dr hab. Józef Haczyński, Zakład Pracowni Gospodarki Rynkowej, Katedra Gospodarki Narodowej, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski, Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego

prof. dr hab. n. med. Wojciech Hanke, kierownik Zakładu Epidemiologii Środowiskowej, Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi, przewodniczący Prezydium Komitetu Zdrowia Publicznego PAN

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 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

dr hab. n. med. Tomasz Huzarski, prof. UZ, Katedra Genetyki Klinicznej i Patomorfologii Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zakład Genetyki i Patomorfologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Read-Gene SA Grzeczpnica

I

dr n. med. Tomasz Imiela, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Stanisław Iwańczak, pełnomocnik dyrektora ds. bezpieczeństwa, Katowickie Centrum Onkologii

J

prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska, kierownik Kliniki Pediatrii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii

Kacper Jagiełło, Zakład Prewencji i Dydaktyki, Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Marta Jakubiak, redaktor naczelna „Gazety Lekarskiej”

dr Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

prof. dr hab. n. med. Katarzyna Januszewska, Klinika Kardiologii i Kardiologii, Szpital Uniwersytecki Münster, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Anna Jasińska, rzecznik Medycznej Racji Stanu, Polskiej Unii Onkologii, prezes Green Communication

Urszula Jaworska, prezes Fundacji Urszuli Jaworskiej

dr n. o zdr. Mariusz Jaworski, Zakład Edukacji i Badań w Naukach o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Michał Jaworski, członek zarządu Microsoft sp. z o.o.

dr hab. n. med. Krzysztof Jeziorski, kierownik Zakładu Dydaktyki, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher w Warszawie

prof. dr hab. W. Wiktor Jędrzejczak, kierownik Zakładu Audiologii Eksperymentalnej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

lek. Michał Jędrzejek, wiceprezes zarządu Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia, Wrocław, Centrum Usług Medycznych Frontida, Wrocław

K

dr hab. Adam Kantanista, prof. AWF, kierownik Zakładu Wychowania Fizycznego i Sportów Całego Życia, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

Agnieszka Kapala-Sokalska, członek zarządu województwa pomorskiego, Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego

prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski, kierownik Katedry Neurologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, ordynator Kliniki Neurologii Dorosłych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, przewodniczący-elekt Sekcji Chorób Naczyniowych Mózgu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, członek Komitetu Nauk Neurologicznych PAN

dr hab. Dorota Karkowska, Zakład Zarządzania Pielęgniarstwem i Pielęgniarstwa Epidemiologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Katarzyna Kasica, koordynator projektów naukowo-badawczych w Fundacji Ewy Błaszczuk Akogo?

dr Ewa Kawiak-Jawor, kierownik Grupy Badawczej Zdrowie, Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemysle ORGMASZ

Renata Kaznowska, wiceprezydent m.st. Warszawy

dr Bartłomiej Kędziński, Uniwersyteckie Centrum Diagnostyki Obrazowej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Małgorzata Kępa-Mitura, kierownik referatu ds. promocji i ochrony zdrowia, Wydział Zdrowia i Profilaktyki miasta Lublina

dr hab. Edyta Kiedrzyńska, prof. Instytutu ERCE PAN, zastępca dyrektora Europejskiego Regionalnego Centrum Ekohydrologii PAN w Łodzi, Katedra UNESCO Ekohydrologii i Ekologii Stosowanej

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 European Materials Forum (EMF), przewodniczący Polskiego Komitetu ds. UNESCO

dr hab. n. o zdr. Joanna Kobosko, Zakład Audiologii Eksperymentalnej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. inż. Krzysztof Kochanek, sekretarz naukowy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, sekretarz Komitetu Nauk Klinicznych PAN

Bartosz Kochański, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr hab. n. med. Sylwia Kottan, prof. UMK, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Szpital Uniwersytecki w Bydgoszczy, konsultant krajowy w dziedzinie immunologii klinicznej

dr Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Iwona Konarska, redaktor „Menedżera Zdrowia”, wydawnictwo Termedia

Małgorzata Konaszczuk, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny”

prof. dr hab. Dorota Konopacka, dyrektor Instytutu Ogrodnictwa – Państwowego Instytutu Badawczego

Dorota Korycińska, prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej

Katarzyna Kosik-Gajewska, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia, Rodziny, Równego Traktowania i Polityki Społecznej, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego

Margit Kossobudzka, redaktor „Gazety Wyborczej”

prof. dr hab. n. med. Waldemar Kostewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

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

dr hab. n. med. Tomasz Koszutski, prof. SUM, kierownik Oddziału Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Aneta Kotowska, Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

dr hab. n. społ. Paweł Kowal, prof. ISP PAN, poseł na Sejm RP, współzałożyciel Medycznej Racji Stanu, Instytut Studiów Politycznych PAN

dr hab. Iwona Kowalska-Bobko, prof. UJ, dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Dominika Kozłowska-Wojnar, Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii

dr Jacek Krajewski, prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”

dr n. med. Dominika Krakowczyk, Oddział Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

dr n. med. Paulina Krasnodębska, Klinika Audiologii i Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

lek. Bartłomiej Król, Klinika Oto-Ryńno-Laryngochirurgii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Paweł Kruś, redaktor naczelny „Świata Lekarza”

dr n. med. Magdalena Krygier, Klinika Neurologii Rozwojowej, Gdański Uniwersytet Medyczny

ptk dr hab. n. med. Paweł Krzesiński, prof. WIM, kierownik Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy

Marcin Krzyżanowski, wicemarszałek województwa dolnośląskiego

dr hab. n. med. Ernest Kuchar, prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii

prof. dr hab. n. med. Jolanta Kujawa, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz kierownik Kliniki Rehabilitacji Medycznej z Pododdziałem Rehabilitacji dla Dzieci Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, przewodnicząca Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN

dr hab. n. med. Paweł Kukołowicz, prof. NIO-PIB, kierownik Zakładu Fizyki Medycznej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, konsultant krajowy w dziedzinie fizyki medycznej

dr n. med. Zbigniew Kułaga, kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

dr hab. Alina Kuryłowicz, prof. IMDiK PAN, Zespół Kliniczno-Badawczy Epigenetyki Człowieka IMDiK PAN,
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii CMKP

dr Piotr Kusznierek, rektor Mazowieckiej Uczelni Medycznej w Warszawie

dr n. o zdr. Justyna Kutyba, Zakład Teleaudiologii i Badań Przesiewowych, Instytut Fizjologii
i Patologii Słuchu

lek. Anna Kwaśniewska, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii
i Patologii Słuchu

Bartosz Kwiatek, dziennikarz Polsat News

prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska, zastępca dyrektora ds. klinicznych, kierownik Kliniki
Wczesnego Zapalenia Stawów, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. Eleonory Reicher w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii

L

Elżbieta Lanc, członek zarządu Samorządu Województwa Mazowieckiego

dr n. med. Tomasz Latos, przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia

Daniel Ledwoń, Katedra Informatyki Medycznej i Sztucznej Inteligencji, Wydział Inżynierii Biomedycznej,
Politechnika Śląska w Gliwicach

lek. Anna Lemska, Klinika Neurologii Rozwojowej, Gdański Uniwersytet Medyczny

dr hab. n. med. Marcin Lener, prodziekan Wydziału Farmacji, Biotechnologii Medycznej i Medycyny
Laboratoryjnej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra Onkologii, Zakład Genetyki
i Patomorfologii, Centrum Nowych Technologii Medycznych PUM w Szczecinie

Jarostaw Leśniewski, zastępca Głównego Inspektora Pracy, Główny Inspektorat Pracy
Państwowej Inspekcji Pracy

dr n. med. Aleksandra Lewandowska, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

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, przewodnicząca Zespołu ds. Studiów Strategicznych Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

dr hab. inż. Dariusz Lisiak, prof. IBPRS-PIB, kierownik Pracowni Badania Surowców i Produkcji Rzeźnianej
w Poznaniu, Zakład Technologii Mięsa i Tłuszczu, Instytut Biotechnologii Przemysłu Rolno-Spożywczego
im. prof. Wacława Dąbrowskiego – Państwowy Instytut Badawczy

prof. dr hab. n. med. Wojciech Lisik, prorektor ds. klinicznych i inwestycji,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr hab. inż. Artur Lorens, prof. IFPS, kierownik Zakładu Implantów i Percepcji Słuchowej,
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Bartłomiej Lubiatowski, prezes RSQ Technologies

prof. dr hab. n. med. Jan Lubiński, kierownik Zakładu Genetyki i Patomorfologii, Pomorski Uniwersytet
Medyczny w Szczecinie, kierownik Międzynarodowego Centrum Nowotworów Dziedzicznych, Read-
-Gene SA Grzeczna

Ł

prof. dr hab. n. med. Paweł Łaguna, przewodniczący Polskiej Grupy Pediatrycznej ds. Hematologii
Nieonkologicznej, Oddział Kliniczny Onkologii, Hematologii Dziecięcej, Transplantologii Klinicznej
i Pediatrii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

dr Katarzyna Łakomicz, Instytut Nauk Prawnych PAN

dr Rafał Łunio, dyrektor Działu Badań i Rozwoju, Polfa Tarchomin

prof. dr hab. Aleksandra Łuszczyńska, kierownik CARE-BEH Centrum Badań Stosowanych nad Zdrowiem
i Zachowaniami Zdrowotnymi, Instytut Psychologii, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

M

- prof. dr hab. n. med. Bogusław Machaliński**, rektor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
- dr hab. n. med. Adam Maciejczyk**, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, kierownik Kliniki Radioterapii, Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, przewodniczący Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, przewodniczący kadencji 2018–2022 zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
- dr n. med. Edyta Maj**, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- prof. dr hab. n. med. Wojciech Maksymowicz**, kierownik Katedry Neurochirurgii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
- Maciej Malenda**, założyciel Doctor.One
- Zofia Małas**, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- dr n. med. Beata Matecka-Libera**, senator RP, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w 2015 roku
- dr hab. Mikołaj Matecki**, Katedra Prawa Karnego, Uniwersytet Jagielloński
- dr Agnieszka Małkowska-Szkutnik**, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski
- prof. dr hab. n. med. Piotr Małkowski**, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
- prof. dr hab. n. med. Jolanta Małyшко**, kierownik Kliniki Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych oraz ordynator Oddziału Klinicznego Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny
- prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz**, kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Wydział Lekarski Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie
- dr n. med. Wojciech Marciniak**, Read-Gene SA Grzebnica
- dr hab. n. społ. Barbara Marcinkowska, prof. APS**, rektor Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, przewodnicząca Konferencji Rektorów Uczelni Pedagogicznych
- dr hab. n. med. Iwona Maroszyńska**, dyrektor Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, kierownik Kliniki Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”
- dr hab. Sławomir Marszałek**, Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii
- gen. bryg. (w st. spocz.) prof. dr hab. n. med. Marek Maruszyński**, Komisja ds. Badań nad Leczeniem Następstw Urazów 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, konsultant krajowy ds. obronności w dziedzinie chirurgii naczyniowej
- Justyna Marynowska**, wiceprezes zarządu Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości – Stowarzyszenie SPOIWO
- dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW**, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej
- prof. dr hab. n. med. Rafał Matkowski**, kierownik Centrum Chorób Piersi Breast Unit we Wrocławiu
- dr n. med. Monika Matusiak**, Klinika Oto-Ryńo-Laryngochirurgii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- dr hab. Małgorzata Matyja, prof. AWF**, kierownik Zakładu Fizjoterapii w Chorobach Wieku Rozwojowego, Katedra Fizjoterapii w Dysfunkcjach Narządu Ruchu i Medycyny Sportowej, Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach
- prof. dr hab. n. med. Artur Mazur**, prorektor Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dzieci Uniwersytetu Rzeszowskiego
- prof. dr hab. Grzegorz Mazurek**, rektor Akademii Leona Koźmińskiego

prof. dr hab. n. med. Maria Mazurkiewicz-Betdzińska, kierownik Kliniki Neurologii Rozwojowej, Gdański Uniwersytet Medyczny, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych, członek Komitetu Nauk Neurologicznych PAN

dr n. przyr. Andrzej Mądrala, członek Rady Pracodawców RP

dr hab. n. med. Radosław Mądry, ordynator Oddziału Ginekologii Onkologicznej, Szpital Kliniczny im. Heliodora Świącickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej

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. med. Beata Miaśkiewicz, ordynator oddziału, Klinika Audiologii i Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Grażyna Mierzejewska, ekspert Polskiej Unii Onkologii, Medyczna Racja Stanu

dr n. med. Marek Migdał, dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, członek Komitetu Pediatrycznego Europejskiej Agencji Leków

prof. dr hab. n. med. Dagmara Mirowska-Guzel, kierownik Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, przewodnicząca Komitetu Terapii i Nauk o Leku PAN

prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego, I Klinika Kardiologii Katedry Kardiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

dr hab. n. med. Krystin Mitura, FACS, Hon. FEBS/AWS, prof. UPH, Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Miejski w Siedlcach, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach

mec. Tomasz Młynarski, zastępca dyrektora Departamentu Prawnego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, członek Rady Funduszu Medycznego oraz Rady Przejrzystości

prof. dr hab. Ewa Mojs, Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Fundacja Nie Widać po Mnie

prof. dr hab. Bartosz Molik, rektor Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN

dr inż. Robert Mołdach, prezes Instytutu Zdrowia i Demokracji, członek Zespołu Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

prof. dr hab. n. med. Janusz Moryś, kierownik Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, przewodniczący Uniwersyteckiej Komisji ds. Jakości Kształcenia na Kierunku Lekarskim, były członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów

dr hab. Małgorzata Mossakowska, kierownik projektu strategicznego „Starzenie i Długowieczność”, Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Tomasz Moszura, kierownik Kliniki Kardiologii Dziecięcej, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi

Marta Musidłowska, Fundacja Instrat

dr hab. Andrzej Myśliwiec, prof. AWF, Katedra Fizjoterapii w Dysfunkcjach Narządu Ruchu i Medycyny Sportowej, Wydział Fizjoterapii, zastępca dyrektora Instytutu Fizjoterapii i Nauk o Zdrowiu, Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach, członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec, ordynator Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii UCK, Gdański Uniwersytet Medyczny, 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 z Ośrodkiem Dializ, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Akademia Nauk Stosowanych w Łomży, przewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych PAN, członek korespondent PAU

prof. dr hab. n. med. Sergiusz Nawrocki, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

Michał Niepytalski, publicysta miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Puls”

prof. dr hab. Marek Niezgódka, dyrektor Centrum Cyfrowej Nauki i Technologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

lek. Katarzyna Nikiel, Klinika Audiologii i Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Aneta Nitsch-Osuch, prodekan ds. programów i jakości kształcenia Wydziału Lekarskiego, kierownik Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, konsultant województwa mazowieckiego ds. epidemiologii, członek Rady Sanitarно-Epidemiologicznej

dr Anna Nowacka, Zakład Badania Pozostałości Środków Ochrony Roślin, Instytut Ochrony Roślin – Państwowy Instytut Badawczy

prof. dr hab. n. ekon. Alojzy Z. Nowak, rektor Uniwersytetu Warszawskiego,

prezes Akademickiego Związku Sportowego, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Filip Nowak, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

O

dr n. o zdr. inż. Anita Obyrcka, zastępca kierownika Zakładu Implantów i Percepcji Słuchowej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. Tomasz Okruszko, prorektor ds. nauki Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, Instytut Inżynierii Środowiska, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego, członek Zespołu ds. Klimatu przy Prezesie PAN

dr hab. Agnieszka Olechowska, prof. APS, dyrektor Instytutu Wspomagania Rozwoju Człowieka i Edukacji, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

dr hab. n. med. i n. o zdr. Dominik Olejniczak, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, członek Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani

prof. dr hab. n. med. Jurek Olszewski, kierownik II Katedry Otolaryngologii i Kliniki Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

dr hab. Paweł Olszewski, dziekan Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego

dr hab. n. med. Robert Olszewski, prof. NIGRiR, kierownik Zakładu Gerontologii, Zdrowia Publicznego i Dydaktyki, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher w Warszawie

dr hab. n. med. Monika Ołdak, prof. IFPS, kierownik Zakładu Genetyki, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski, I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, zastępca przewodniczącego Rady Kuratorów V Wydziału Nauk Medycznych PAN, członek korespondent PAN, członek Rady Naukowej Instytutu Kardiologii i Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN

prof. dr hab. dr h.c. multi Wiesław Osiński, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J.A. Komeńskiego w Lesznie, profesor emeritus, Zakład Nauk o Aktywności Fizycznej i Promocji Zdrowia, Wydział Nauk o Kulturze Fizycznej, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu, wiceprzewodniczący Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN, członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów

prof. dr hab. n. med. Lucyna Ostrowska, kierownik Zakładu Dietetyki i Żywienia Klinicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Ośrodek Leczenia Otyłości i Chorób Dietozależnych w Białymstoku, prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

prof. dr hab. n. med. Przemysław Oszukowski, Blok Porodowy, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Klinika Położnictwa i Perinatologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, konsultant województwa

świętokrzyskiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, były prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Płożników, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej

dr n. med. i n. o zdr. Dominika Oziębło, Zakład Genetyki, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

P

mec. Jan Pachocki, radca prawny, prezes zarządu Fundacji Telemedyczna Grupa Robocza, head of legal Jutro Medical

prof. dr hab. inż. Tadeusz Pałko, przewodniczący Komitetu Fizyki Medycznej, Radiobiologii i Diagnostyki Obrazowej PAN, Instytut Metrologii i Inżynierii Biomedycznej, Wydział Mechatroniki, Politechnika Warszawska, przewodniczący Komitetu Inżynierii Biomedycznej SEP

lek. Aleksandra Panasiewicz-Wosik, Klinika Audiologii i Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Agnieszka Pankowska, Klinika Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr hab. n. med. Agnieszka Paradowska-Gorycka, prof. NIGRiR, pełnomocnik dyrektora ds. nauki oraz kierownik Centrum Wsparcia Badań Klinicznych, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher w Warszawie

dr hab. Iwona Paradowska-Stankiewicz, prof. NIZP-PZH-PIB, zastępca kierownika Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru oraz kierownik Pracowni Epidemiologii Chorób Zwalczanych Drogą Szczepień, Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy, konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii

Małgorzata Pastucha, Zakład Audiologii Eksperymentalnej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Dorota Pastuszak, Klinika Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr hab. Zbigniew Pastuszak, prof. UMCS, prorektor ds. rozwoju i współpracy z gospodarką, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, przewodniczący Rady Rozwoju Społeczno-Gospodarczego Lublina, przewodniczący Komisji Ekonomii i Zarządzania PAN o/Lublin

Mikołaj Pawlak, rzecznik praw dziecka

lek. Piotr Pawliszak, p.o. prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej im. prof. Jana Nielubowicza w Warszawie

dr n. med. Jakub Pazdrowski, Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii

Elżbieta Pączkowska, Portfolio Innovation Head, Grupa Polpharma

prof. dr hab. dr h.c. Zygmunt Pejsak, Uniwersyteckie Centrum Medycyny Weterynaryjnej, Uniwersytet Jagielloński – Uniwersytet Rolniczy w Krakowie, członek rzeczywisty PAN

prof. dr hab. n. med. Michał Pędziwiatr, zastępca kierownika II Katedry Chirurgii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

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 n. med. Piotr Pieńkowski, Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii

dr n. med. Radosław Pietrzak, kierownik Pracowni Elektrofizjologii i Ablacji, Klinika Kardiologii Dziecięcej i Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. med. Ewa Pilarska, Klinika Neurologii Rozwojowej, Gdański Uniwersytet Medyczny, zastępca przewodniczącej Komitetu Nauk Neurologicznych PAN

dr n. o zdr. inż. Edyta Piłka, Zakład Audiologii Eksperymentalnej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, dyrektor-dziekan Szkoły Zdrowia Publicznego – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, członek Rady ds. Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP

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 Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie, członek Prezydium Komitetu Nauk Klinicznych PAN

Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Joanna Piszcz, redaktor naczelna Market Brief

dr n. hum. Agnieszka Pluta, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Krzysztof Płaciszewski, zastępca dyrektora ds. teleinformatycznych i inżynierii medycznej, Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Piotr Ponikowski, rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

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 z Centrum Diagnostyki i Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM, członek Komisji Ewaluacji Nauki w Ministerstwie Edukacji i Nauki

dr n. med. Krzysztof Przybylski, Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii

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

dr hab. n. med. Robert Pudło, prof. SUM, kierownik Zakładu Psychoprofilaktyki Katedry Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

R

Paweł Rabiej, doradca prezesa Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”, członek kapituły godła „Teraz Polska”, pełnomocnik rektora ds. strategii i rozwoju Uczelni Korczaka

dr hab. n. med. Barbara Radecka, prof. UO, kierownik Oddziału Kliniki Onkologii z Odcinkiem Dziennym, Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu, Uniwersytet Opolski

dr hab. n. med. Maciej Radek, prof. UM w Łodzi, kierownik Kliniki Neurochirurgii, Chirurgii Kręgosłupa i Nerwów Obwodowych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

dr n. med. Konstanty Radziwiłł, wojewoda mazowiecki, minister zdrowia w latach 2015–2018

prof. dr hab. inż. Leszek Rafalski, dyrektor Biura 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, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Maciej Ratajczak, zastępca dyrektora Departamentu Higieny Środowiska Głównego Inspektoratu Sanitarnego

dr n. o zdr. Anna Ratuszniak, Klinika Oto-Ryno-Laryngochirurgii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr hab. n. med. Barbara Remberk, kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Maria Respondek-Liberska, kierownik Zakładu Diagnostyki i Profilaktyki Wad Wrodzonych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, kierownik Zakładu Kardiologii Prenatalnej, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologii Prenatalnej

Anna Rogala, zastępca redaktora naczelnego „Świata Lekarza”

dr n. biol. Jacek Rogala, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. Maciej Rogalski, rektor Uczelni Łazarskiego

Dorota Romanowska, szefowa działu Nauka „Newsweeka”

Beata Rorant, dyrektor Departamentu Zdrowia Pracodawców RP

dr n. med. Olga Rostkowska, certyfikowany lekarz medycyny stylu życia, Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

dr hab. Małgorzata Rusak, wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

Grzegorz Rychwalski, wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego

prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska-Wyszkowska, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii

Agnieszka Rynec, dyrektor Centrum Rozwoju Badań Klinicznych, Agencja Badań Medycznych

S

Łukasz Salwarowski, Głos Seniora

prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, przewodniczący Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, przewodniczący grupy ekspertów Countinue Curatio, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu WUM

dr hab. n. med. Anna Sarnowska, prof. IMDiK PAN, kierownik Platformy Translacyjnej Medycyny Regeneracyjnej, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego PAN, członek Komitetu Nauk Neurologicznych PAN

Anna Sarosiak, Zakład Genetyki, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

red. Iwona Schymalla, redaktor naczelna portalu MedExpress.pl

dr n. farm. Magdalena B. Skarżyńska, Instytut Narządów Zmysłów, Centrum Słuchu i Mowy „Medincus”

prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii, członek korespondent PAN, w latach 2011–2020 przewodniczący, a obecnie wiceprzewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych PAN, członek Europejskiej Akademii Nauk i Sztuk, przewodniczący Rady Głównej Instytutów Badawczych, przewodniczący Rady Uczelni Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, członek Rady Naukowej Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher, wiceprzewodniczący kapituły Fundacji Polskiego 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 – Hearning Group, audytor Europejskiej Federacji Towarzystw Audiologicznych (EFAS), członek Komitetu Wykonawczego Europejskiej Akademii Otolologii i Neurootologii, dyrektor naukowy Instytutu Narządów Zmysłów, pracownik naukowy WUM

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Skłodowski, zastępca dyrektora oraz kierownik I Kliniki Radioterapii i Chemioterapii, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut

Badawczy w Warszawie, dyrektor oddziału Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Gliwicach, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej, wiceprzewodniczący zarządu Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej, członek Rady Społecznej Politechniki Śląskiej w Gliwicach

Anna Skoczyła, Klinika Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

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 Akademii Mazowieckiej w Płocku

Agnieszka Słupczyńska, Zespół Protezowania i Diagnostyki Implantów Słuchowych, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr inż. Piotr Sobcki, kierownik Laboratorium Stosowanej Sztucznej Inteligencji, Ośrodek Przetwarzania Informacji – Państwowy Instytut Badawczy

prof. dr hab. n. med. Piotr Socha, zastępca dyrektora ds. nauki oraz kierownik Oddziału Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

dr hab. n. med. i n. o zdr. Anna Staniszewska, Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, prezes fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani

Joanna Stankowska, Interdyscyplinarna Szkoła Doktorska Nauk Społecznych, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

dr hab. Rafał Stemplewski, prof. AWF, kierownik Zakładu Cyfrowych Technologii w Aktywności Fizycznej, Wydział Nauk o Kulturze Fizycznej, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

Agnieszka Stolińska-Syska, Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii

dr n. stom. Małgorzata Strycharz-Dudziak, Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

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

dr hab. n. med. Edyta Sutkowska, Uniwersyteckie Centrum Rehabilitacji, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN

dr n. med. Michał Sutkowski, prezes Warszawskiego Oddziału Terenowego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLRwP), 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

dr hab. n. społ. 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

dr n. med. Anna Rebeka Szczegielniak, Zakład Psychoprofilaktyki, Katedra Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

dr hab. n. med. Jan Szczegielniak, prof. PO, przewodniczący dyscypliny nauk o zdrowiu, Katedra Fizjoterapii, Wydział Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii, Politechnika Opolska

dr n. med. Mateusz Szewczyk, Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii

dr hab. n. med. Agata Szkiełkowska, prof. IFPS, konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie audiologii i foniatrii, kierownik Kliniki Audiologii i Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, wiceprzewodnicząca Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. farm. Małgorzata Sznitowska, kierownik Katedry Farmacji Stosowanej,
Wydział Farmaceutyczny, Gdański Uniwersytet Medyczny

Henryk Szrubarz, redaktor Polskiego Radia

prof. dr hab. Agnieszka Szuster-Ciesielska, Katedra Wirusologii i Immunologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

dr Bartosz Szybiak, Katedra i Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej,

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wielkopolskie Centrum Onkologii

Urszula Szybowicz, MPH, wiceprezes i dyrektor zarządzająca Polskiego Towarzystwa Koordynowanej
Ochrony Zdrowia, dyrektor operacyjna Polskiej Federacji Szpitali

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Szyłto, zastępca dyrektora Instytutu ds. Lecznictwa, Instytut „Centrum
Zdrowia Matki Polki” w Łodzi

Joanna Szyman, prezes zarządu NEO Hospital Group, członek Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali

dr hab. n. med. Filip M. Szymański, prof. UKSW, dziekan Wydziału Medycznego, Collegium Medicum
Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, prezes Polskiego Towarzystwa
Chorób Cywilizacyjnych

Ś

Anna Śliwińska, prezes zarządu głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

dr n. med. Daniel Śliż, III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny,
prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia

Przemysław Ślusarczyk, projekt strategiczny „Starzenie i Długowieczność”, Międzynarodowy Instytut
Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie

T

dr n. med. Grażyna Tacikowska, p.o. kierownika Zakładu Otoneurologii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Tomasz Targowski, kierownik Kliniki i Polikliniki Geriatrii, Narodowy Instytut Geriatrii,
Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii

dr hab. n. med. Beata Tarnacka, kierownik Kliniki Rehabilitacji, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii
i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Tomaszewicz, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Samodzielny Publiczny
Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, członek Rady Medycznej działającej przy Prezesie Rady Ministrów

dr n. med. Marek Tombarkiewicz, dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. Eleonory Reicher w Warszawie

Zbigniew Tomczak, prezes zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera

prof. dr hab. n. med. Kamil Torres, prorektor ds. kształcenia i dydaktyki Uniwersytetu Medycznego
w Lublinie

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

dr Olga Tronina, Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Bronisław Tumiłowicz, „Przegląd”

dr n. med. Krzysztof Tupikowski, dyrektor Centrum Nowotworów Urologicznych, Dolnośląskie Centrum
Onkologii we Wrocławiu

U

prof. dr hab. Gertruda Uścińska, prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Uniwersytet Warszawski

W

dr hab. n. ekon. Piotr Wachowiak, prof. SGH, 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 w Szczecinie, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, prezes Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu

dr hab. n. med. Irena Walecka-Herniczek, prof. CMKP, kierownik Kliniki Dermatologii, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Wallner, kierownik II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej

prof. dr hab. n. med. Jolanta Walusiak-Skorupa, dyrektor Instytutu Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi, kierownik Kliniki Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego IMP, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy, konsultant województwa łódzkiego ds. medycyny pracy

dr Paweł Wdówik, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny pracy, pełnomocnik rządu ds. osób niepełnosprawnych

Krystyna Wechmann, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”

prof. dr hab. n. med. Bożena Werner, kierownik Oddziału Klinicznego Kardiologii Dziecięcej i Pediatrii, Klinika Kardiologii Dziecięcej i Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN

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

prof. dr hab. n. med. Alicja Wiercińska-Grapało, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr n. hum. Magdalena Wiczorkowska, kierownik Zakładu Socjologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

dr Łukasz Wierucki, Zakład Prewencji i Dydaktyki, Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. med. dr h.c. Andrzej Wiącek, 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

lek. Sebastian Więckowski, Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski, kierownik Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej, Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, członek korespondent PAN, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN

dr n. med. Barbara Wizner, Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Magdalena Władysiuk, prezes Stowarzyszenia Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care and Eastern European Society of Technology (CEESTAHC), HTA Consulting

dr hab. n. med. Agata Włoch, Katedra i Oddział Kliniczny Położnictwa i Ginekologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

dr n. med. Elżbieta Włodarczyk, kierownik Kliniki Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Jakub Wojciechowski, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr hab. inż. Tomasz Wolak, prof. IFPS, kierownik Naukowego Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr n. o zdr. Joanna Wójcik, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. inż. Arkadiusz Wójs, rektor Politechniki Wrocławskiej

dr hab. Michał Wróblewski, prof. UMK, Instytut Socjologii, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemysle ORGMASZ

dr hab. n. med. Michał Wszota, przewodniczący Rady Naukowej Fundacji Badań i Rozwoju Nauki, dyrektor ds. medycznych MEDISPACE sp. z o. o., POLBIONICA sp. z o. o. – CEO

Z

prof. dr hab. Romuald Zabielski, wiceprezes PAN, członek korespondent PAN, Centrum Medycyny Translacyjnej Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Wojciech Zaluska, 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

prof. dr hab. n. med. Witold Zatoński, dyrektor Instytutu – Europejskie Obserwatorium Nierówności Zdrowotnych Akademii Kaliskiej, prezes i założyciel Fundacji Promocja Zdrowia

prof. dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski, kierownik Zakładu Prewencji i Dydaktyki, Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Komitet Zdrowia Publicznego PAN

dr n. o zdr. Małgorzata Zgoda, zastępca kierownika Kliniki Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr hab. n. med. Hanna Zielińska-Bliźniewska, prof. UM w Łodzi, kierownik Zakładu Alergologii i Rehabilitacji Oddechowej, II Katedra Otolaryngologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Grzegorz Ziemniak, partner i wiceprezes zarządu Instytutu Zdrowia i Demokracji

prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziótkiewicz, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Oddział Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu

Jan J. Zyguntowski, Akademia Leona Koźmińskiego w Warszawie, Polska Sieć Ekonomii, Instytut Spraw Obywatelskich

Ż

dr n. med. Agnieszka Żalińska, Zakład Kardiologii Prenatalnej, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Klinika Położnictwa i Perinatologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi



FOTOGALERIA



4.KONGRES
ZDROWIE
POLAKÓW



▲ Uroczyste otwarcie. Prof. Jarosław Pinkas, przedstawiciel Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencji RP odczytuje list od prezydenta Andrzeja Dudy.

◀ Wywiad prof. Henryka Skarżyńskiego, dyrektora Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, dla TVP INFO

▼ Prof. Henryk Skarżyński i Elżbieta Lanc, wicemarszałek województwa mazowieckiego, chwilę przed rozpoczęciem Kongresu. Obok realizator Zbigniew Dobrosz.





▲ Goście uroczystego otwarcia Kongresu. Od lewej: Elżbieta Piotrkowska-Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, dr Beata Małacka-Libera, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia, prof. Jarosław Pinkas, przedstawiciel Rady do spraw Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.



▲ Rozmowy w kulisach: prof. Henryk Skarżyński, prof. Krzysztof Zaremba, rektor Politechniki Warszawskiej, oraz prof. Tomasz Wolak i prof. Krzysztof Kochanek z IFPS

► Prof. Henryk Skarżyński przygotowujący się do rozpoczęcia uroczystego otwarcia 4. Kongresu „Zdrowie Polaków”





◀ Goście uroczystego otwarcia: prof. Michał Kleiber, przewodniczący Polskiego Komitetu ds. UNESCO, Krzysztof Przybył, prezes Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska”, i Katarzyna Gancarz reprezentująca Naczelną Izbę Aptekarską



▲ Prof. Ryszard Gellert, dyrektor CMKP, podczas rozmowy z prof. Henrykiem Skarżyńskim

▼ Przygotowania do debaty „Instytuty badawcze na rzecz zdrowej żywności”. Dr hab. Anna Fraś i dr Krzysztof Borowik z realizatorem Zbigniewem Dobroszem.



▼ Pamiątkowe zdjęcie przed rozpoczęciem debaty plenarnej „Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób”. Moderatorzy Krzysztof Przybył i Paweł Rabiej z Elżbietą Lanc.





▲ Dr Marek Migdał, dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, przygotowujący się do debaty poświęconej nowemu projektowi Prezydenta RP „Zdrowe Życie”



▲ Wywiad prof. Michała Kleibera dla Polsat News



◀ Wywiad prof. Henryka Skarżyńskiego dla TVP INFO

▼ Transmisja do internetu jednej z debat Kongresu – kulisy





◀ Prof. Henryk Skarżyński podczas rozmowy z prof. Alojzym Z. Nowakiem, rektorem Uniwersytetu Warszawskiego

▼ Prof. Henryk Skarżyński z uczestnikami debaty rektorów uczelni niemedycznych „Zastosowanie innowacyjnych rozwiązań w medycynie i ochronie zdrowia”: prof. Alojzym Z. Nowakiem, prof. Grzegorzem Mazurkiem, prof. Romanem Cieślakiem, prof. Krzysztofem Zarembą, prof. Tomaszem Okruszkiem, prof. Maciejem Rogalskim i prof. Piotrem Wachowiakiem



▲ Wywiad Krzysztofa Przybyła dla TVP



▶ Prof. Andrzej Czyżewski na stoisku z wydawnictwami Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu



◀ Wywiad prof. Jarosława Pinkasa dla TVP INFO

▼ Wypowiedź prof. Romana Cieślaka, rektora Uniwersytetu SWPS, dla mediów



▲ Dr inż. Krystian Szczepański, dyrektor Instytutu Ochrony Środowiska (z prawej), zwiedza Centrum Zaawansowanych Symulacji Chirurgicznych IFPS. Przewodnikiem po Centrum jest dr Kamil Pławski.



▲ Prof. Henryk Skarżyński udziela wywiadu stacji Polsat News

◀ Kongres „Zdrowie Polaków” od strony reżyserki



▲ Operatorzy kamer na swoich stanowiskach



▲ Ostatnie ustalenia przed debatą plenarną „Rola mediów w edukacji i profilaktyce zdrowotnej”. Dr Renata Korneluk, rzecznik prasowy IFPS, i red. Roman Czejarek, moderator debaty.



▲ Panel „Zdrowie pracowników – niedoceniany punkt wyjścia do działań profilaktycznych”. W studiu od lewej: Maciej Ratajczak, prof. Jarosław Pinkas, dr Andrzej Mądrała. Online prof. Andrzej Fał.

◀ Wypowiedź Jarosława Leśniewskiego, zastępcy głównego inspektora pracy, podczas panelu nt. zdrowia pracowników



▲ Dr Jakub Gierczyński prezentuje broszurę „Zawodowo zaszczepieni – rekomendacje”



▲ Prof. Jolanta Walusiak-Skorupa, dyrektor Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, moderator panelu „Zdrowie pracowników – niedoceniany punkt wyjścia do działań profilaktycznych”



◀ Panel „Onkologia i hematologia dziecięca”. Anna Apel z fundacji Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową (z lewej) i Ewa Gorzelak z fundacji Nasze Dzieci.

▼ Jolanta Czernicka-Siwecka z fundacji Iskierka podczas wystąpienia pt. „Organizacje pacjenckie, ich rola w samorządztwie i budowaniu partnerstwa”. Od lewej: prof. Paweł Łąguna i prof. Jan Styczyński, moderator panelu.



▲ Wykład prof. W. Wiktora Jędrzejczaka „Współczesne wyzwania pomiaru emisji otoakustycznych w diagnostyce słuchu”



▲ Dr Paulina Krasnodębska podczas wykładu na temat choroby postcovidowej



▲ Prof. Piotr Małkowski podczas wystąpienia „Rak wątroby i inne nowotwory w zespole metabolicznym”



▲ Prof. Paweł Gać po wykładzie „Rosnące znaczenie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym chorób układu krążenia”

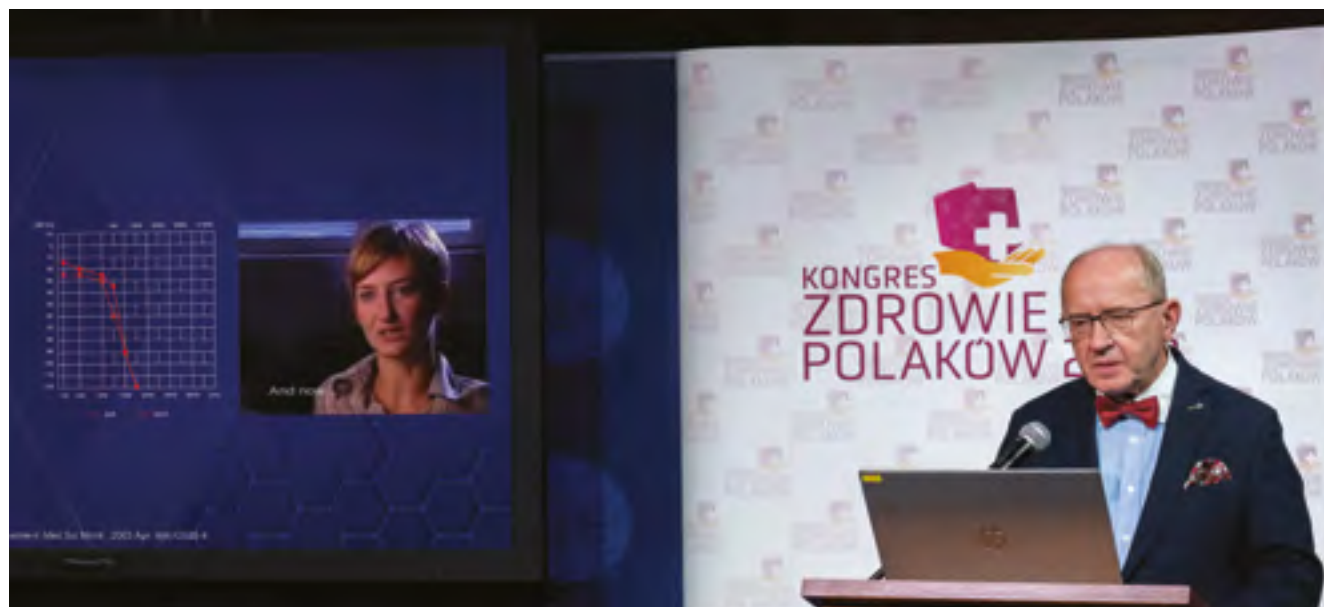


▲ Uczestnicy panelu „Choroby wirusowe i nowotworowe – dlaczego warto inwestować w badania przesiewowe?": prof. Andrzej Deptała, dr Anna Tronina, prof. Agnieszka Szuster-Ciesielska, prof. Zbigniew Pastuszak



◀▼ W panelu „Realizacja prawa pacjenta do godności, intymności i prywatności w kontekście zmian technologicznych i prawnych w sektorze medycznym” udział wzięli: dr hab. Dorota Karkowska i Jakub Adamski (zdjęcia po lewej) oraz Michał Jaworski, dr Katarzyna Łakomicz, Piotr Drobek, Edyta Bielak-Jomaa (moderator)





▲ Wykład prof. Henryka Skarżyńskiego podsumowujący 30 lat leczenia głuchoty w Polsce

◀▶ W panelu „Interdyscyplinarność i kompleksowość opieki medycznej koniecznością wobec wyzwań zdrowotnych wynikających ze zmian demograficznych” udział wzięli: dr hab. Beata Tarnacka, prof. Agnieszka Paradowska-Gorycka (zdjęcie po lewej) oraz dr Marek Tombariewicz, prof. Brygida Kwiatkowska, prof. Krzysztof Jezierski i dr hab. Robert Olszewski (prowadzący)

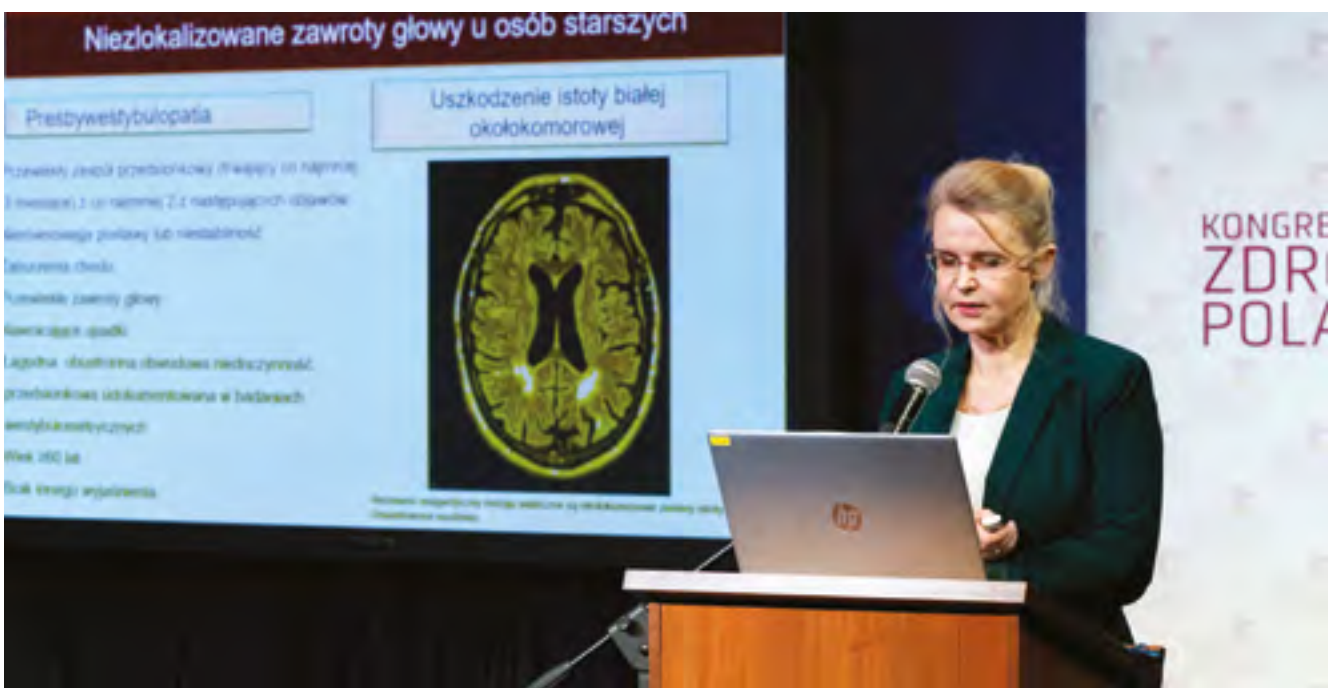




▲► Panel „Innowacyjność w perinatologii i ginekologii”. Prowadzący prof. Przemysław Oszukowski oraz dr hab. Iwona Maroszyńska i prof. Krzysztof Szyłto (zdjęcie powyżej) oraz dr Agnieszka Żalińska i prof. Tomasz Moszura (zdjęcie z prawej)



▼ Wykład dr Grażyny Tacikowskiej pt. „Wszyscy mówimy o rehabilitacji ruchowej zaburzeń równowagi – dlaczego się to nie dzieje?”





▲ Prof. Brygida Kwiatkowska, prowadząca panel „Interdyscyplinarne spojrzenie na proces zapalny w chorobach immunizacyjnych” z udziałem prof. Ireny Waleckiej-Herniczek, prof. Grażyny Rydzewskiej-Wyszkowskiej i prof. Artura Mamcarza (online)

▲ Wykład dr. Bartłomieja Kędzierskiego „Dynamiczne badanie perfuzyjne miokardium metodą tomografii komputerowej jako innowacja w postępowaniu diagnostycznym chorych kardiologicznych”



▶ Wykład dr Beaty Miaśkiewicz „Laryngoplastyka iniekcyjna jako skuteczna metoda leczenia niewydolności głosu w wieku senioralnym”



◀ Dr Agnieszka Borowiec i dr Krzysztof Puchalski podczas panelu „Społeczno-kulturowe mechanizmy wyjaśniające zachowania zdrowotne. Aplikacja wiedzy socjologicznej”

▼ Wykład dr Magdaleny Wieczorkowskiej „Szlachetne zdrowie! – o społeczno-kulturowych uwarunkowaniach zachowań zdrowotnych osób starszych”



▲ Panel „Współczesne trendy w obiektywnych badaniach audiologicznych” z udziałem prof. Krzysztofa Kochanka, dr Edyty Piłki i Małgorzaty Pastuchy



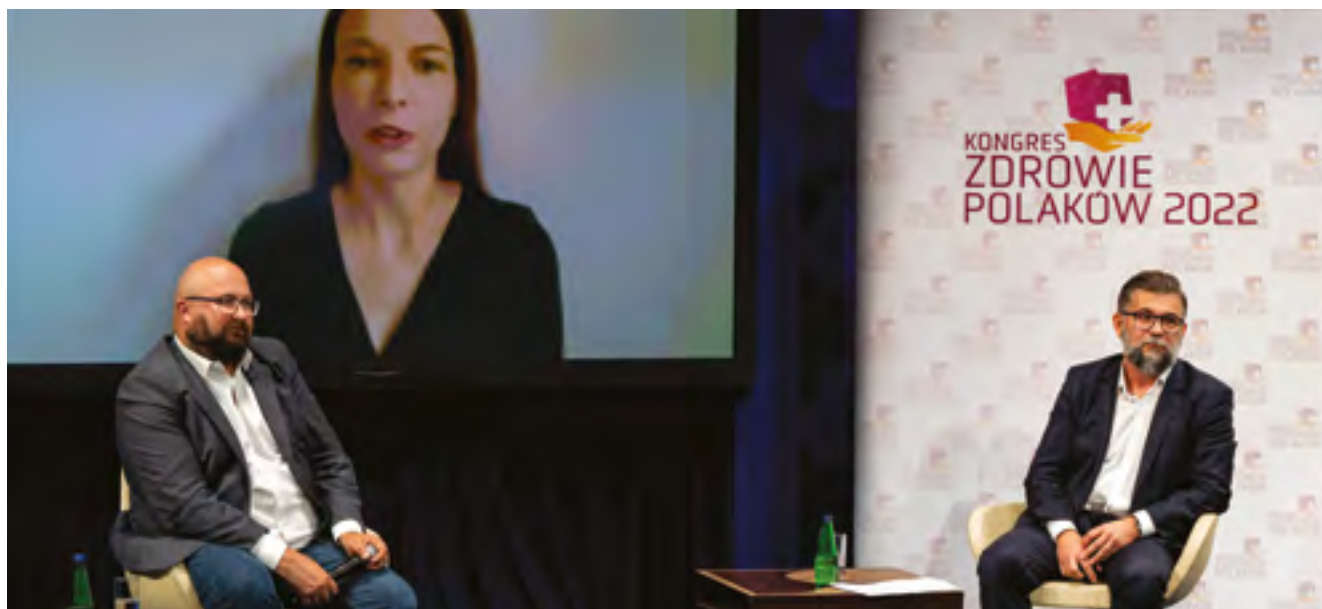
▲ Panel dyskusyjny „Kształcenie kadr medycznych w świecie innowacyjnych technologii”. Od lewej: prof. Marek Niezgódka, Agnieszka Ryniec, prof. Arkadiusz Wójs.



▲ Wykład prof. Danuty Raj-Koziak na temat neurostymulacji w terapii szumów usznych

◀▶ Dyskutują: prof. Zbigniew Gaciong, prof. Józef Haczyński i ks. prof. Stanisław Dziekoński, moderator panelu „Kształcenie kadr medycznych w świecie innowacyjnych technologii”





▲ Prof. Henryk Skarżyński prowadzący panel „Nowoczesne terapie w rozwoju komunikacji społecznej”

▼ Uczestnicy panelu nt. nowoczesnych terapii: Agnieszka Pankowska, prof. Artur Lorens, dr Elżbieta Włodarczyk, online dr Małgorzata Strycharz-Dudziak, lekarz stomatolog i pianistka, jedna z pierwszych pacjentek prof. Henryka Skarżyńskiego z implantem ślimakowym.

▲ Panel „Rola i znaczenie innowacyjnych terapii dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia”. W studiu prof. Maciej Banach (prowadzący) i Michał Byliniak, Anna Śliwińska (online)

▼ Wypowiedź Eweliny Grabowskiej, której w 2004 r. jako pierwszemu na świecie dziecku z częściową głuchotą prof. Henryk Skarżyński wszczepił implant ślimakowy





▲ Panel „Profilaktyka i innowacja w neurologii” pod patronatem Komitetu Nauk Neurologicznych PAN poprowadzili: prof. Tomasz Trojanowski (online) i prof. Urszula Fiszer (z prawej). Uczestnicy: prof. Anna Członkowska (przy mikrofonie), prof. Maciej Radek i prof. Anna Sarnowska.

◀ Prof. Przemysław Mitkowski, moderator panelu „Dekalog niezaspokojonych potrzeb polskiej kardiologii”...

▼ ...oraz jego uczestnicy: prof. Marcin Czech i prof. Adam Witkowski



▲ Wykład prof. Agaty Szkiełkowskiej pt. „Założenia powszechnego programu profilaktyki i postaw prozdrowotnych dla osób pracujących głosem”





▲ Wykład dr hab. Małgorzaty Synowiec-Piłat „Zaufanie do lekarzy a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych”



▲ Wykład prof. Bolestawa Samolińskiego pt. „Od Evidence Based Policy do profilaktyki i zmian w organizacji ochrony zdrowia”



◀ Agnieszka Stupczyńska, dr Katarzyna Cywka i dr Anna Ratuszniak, uczestniczki panelu „Jak dziś protezujemy słuch?”

▼ Panel „Uwarunkowania uczestnictwa w programach profilaktycznych. Socjologiczna analiza wybranych badań empirycznych”. Wypowiedź lek. Michała Jędrzejka, obok moderator dr Krzysztof Puchalski.





◀ Panel „Jedno Zdrowie (One Health)”. Prof. Zygmunt Pejsak i prof. Stanisław Jerzy Czuczwar...

▼ ...oraz prof. Wojciech Hanke i prof. Edyta Kiedrzyńska przysłuchują się wypowiedzi moderatora panelu prof. Romualda Zabielskiego.



▲ Prof. Tomasz Okruszko podczas panelu „Jedno Zdrowie (One Health)”

▶ Wykład dr hab. Joanny Kobosko pt. „Jakość życia osób z częściową głuchotą korzystających z implantu ślimakowego”





▲ Wykład dr. Leszka Borkowskiego „Alternatywna substytucja produktów leczniczych”



▲ Dr Elżbieta Gos podczas wykładu „Profilaktyka i edukacja zdrowotna w badaniach przesiewowych słuchu dzieci w wieku szkolnym”



▲ Prof. Janusz Heitzman wygłosił wykład „Dobrostan psychiczny warunkiem rozwoju”



◀ Uczestnicy panelu „Nowoczesny model organizacji Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Jak przekonać nieprzekonanych, że to się może udać?": dr Artur Prusaczyk, prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Justyna Marynowska

▼ Panel „Jak słycać przez implant ślimakowy?” z udziałem prof. Tomasza Wolaka, Eweliny Grabowskiej, dr Elżbiety Włodarczyk i prof. Artura Lorensa (moderator)





▲ Panel „Transformacja cyfrowa ochrony zdrowia a interes społeczny” poprowadził dr Tomasz Imiela. Uczestnicy: Maria Libura, online: Jan J. Zygmuntowski i Stanisław Iwańczak...

◀ ...Maciej Malenda, Marta Musidłowska, Magdalena Władysiuk

▼ Wystąpienie dr Moniki Matusiak podczas panelu „Perspektywy diagnostyki i terapii genetycznie uwarunkowanego niedosłuchu”, od prawej: prof. Monika Ołdak i dr Dominika Oziębło





▲ Prof. Krzysztof J. Filipiak prowadzący panel „Profilaktyka zdrowotna w ujęciu populacyjnym - komu? kiedy? jaka? Jak przygotować się na jesień 2022?” z udziałem prof. Iwony Paradowskiej-Stankiewicz i prof. Marcina Czecha (online)

► Dr hab. Ewa Augustynowicz, prof. Ewa Helwich, prowadząca panel „Program szczepień ochronnych oraz znaczenie planowej realizacji kalendarza szczepień dla populacji polskich dzieci”, oraz prof. Teresa Jackowska.

▼ Panel „Wzrost zaufania do szczepień ochronnych” z udziałem: Zofii Małas, Krzysztofa Płaciszewskiego i dr hab. Ernesta Kuchara (online)





▲ Uczestnicy panelu „System no-fault - wyzwanie społeczne”:
w studiu od lewej: dr inż. Robert Możdżach i lek. Piotr Pawliśzak,
online: prof. Ewa Mojs, mec. Tomasz Młynarski, dr hab. Mikołaj Mątecki...

◀ ...Michał Niepytalski, moderator panelu

▼ Panel „Wzrost zaufania do szczepień ochronnych”.
Uczestnicy: dr Klaudiusz Komor, Elżbieta Piotrowska-Rutkowska
i prof. Jarosław Pinkas (moderator)





▲ Uczestnicy panelu „Rola leków generycznych w zapewnieniu społeczeństwu bezpieczeństwa lekowego”: dr Rafał Łunio, Elżbieta Pączkowska, prof. Małgorzata Sznitowska, dr Magdalena B. Skarzyńska i Grzegorz Rychwański



◀ Wykład prof. Leszka Czupryniaka w ramach panelu „Teledycyna – czy tylko nowe narzędzie, czy zmiana paradygmatów?”...

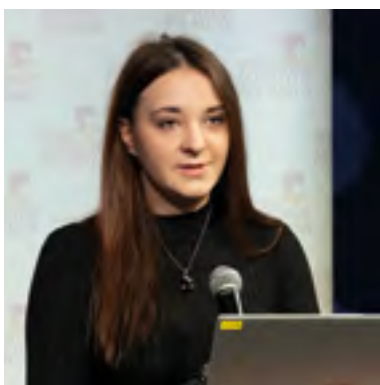
▼ ...oraz moderatorzy panelu prof. Ryszard Piotrowicz i prof. Grzegorz Opolski,





◀ Panel „Pacjent – kadry – innowacje. Jak zwiększyć dostępność do świadczeń zdrowotnych” z udziałem dr Dominiki Batyckiej-Stachnik i dr. Klaudiusza Komora...

▼ ...Zofii Małas, Elżbiety Piotrowskiej-Rutkowskiej i red. Iwony Schymalli, prowadzącej panel



▲ Martyna Bryłka i dr Hanna Cygan przedstawiły wyniki badań nt. specyficznych zaburzeń w rozwoju języka u dzieci

▲ Wykład prof. Tadeusza Pałki o metodach pomiaru podstawowych parametrów gazometrii krwi i gazów oddechowych



▲ Wystąpienie dr Małgorzaty Zgody w ramach panelu „Rehabilitacja słuchu narzędziem do poprawy funkcjonowania jednostki w określonym środowisku społecznym”



▲ Wykład prof. Roberta Flisiaka „Nowe możliwości diagnostyki i terapii zakażeń HCV w polskich realiach”



◀▼ Uczestniczki panelu „Rehabilitacja słuchu narzędziem do poprawy funkcjonowania jednostki w określonym środowisku społecznym”: Dorota Pastuszak i Agnieszka Pankowska (zdjęcie z lewej), Anna Skoczylas, dr Elżbieta Włodarczyk. Na mównicy dr Beata Dziendziel.





◀ Panel „Telemedycyna w profilaktyce kardiologicznej” z udziałem prof. Ryszarda Piotrowicza i dr. hab. Pawła Balsama...

▼ ... ptk. prof. Pawła Krześcińskiego i mec. Jana Pachockiego, prowadzącego panel, oraz dr. hab. Ewy Piotrowicz (online)



▲ Dr. hab. Barbara Piekarska podczas wykładu nt. środowiskowych czynników ryzyka zdrowotnego i ich znaczeniu w optymalizacji działań profilaktycznych



▶ Prof. Mirosław Dziekiewicz podczas panelu „Leczenie następstw urazów naczyń w warunkach wojennych”



◀ Pamiątkowe selfie uczestników panelu „Medycyna regeneracyjna i spersonalizowana terapia - jak daleko jesteśmy od wdrożenia innowacyjnych technologii do leczenia pacjentów”, od lewej: prof. Marcin Drąg, prof. Agnieszka Dobrzyń, prof. Anna Ciemerych-Litwinienko, dr hab. Michał Wszota

▼ Dr Anna Barczak, prowadząca panel „Innowacyjne podejście do chorób neurodegeneracyjnych i neuronaczyniowych”



▲ Panel „Innowacyjne podejście do chorób neurodegeneracyjnych i neuronaczyniowych”. Od lewej: prof. Alina Kuryłowicz, prof. Anna Sarnowska i prof. Leonora Bużańska.



▲ Panel „Nowe technologie w medycynie - szansą dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia” – Joanna Szyman, Bartłomiej Lubiowski i dr Jarosław Górski (moderator) oraz prof. Krzysztof Składowski (online)



◀▶ Głos w dyskusji prof. Piotra H. Skarżyńskiego i wystąpienie prof. Michała Kleibera podczas panelu nt. nowych technologii w medycynie



▲ Dr inż. Anita Obrycka podczas wykładu „Dlaczego protezy i implanty słuchowe powinny być stosowane obustronnie w przypadku obustronnego niedosłuchu?”





▲ Panel „Zdrowie kobiety – zagrożenia w okresie kryzysu ekonomicznego i politycznego”. Prowadzący: Anna Jasińska i dr Michał Sutkowski (z prawej). W studiu: dr Janusz Meder, online: Krystyna Wechmann, dr Beata Małecka-Libera, Barbara Dziuk, prof. Barbara Radecka, Grzegorz Błażewicz i dr hab. Radosław Mądry...

◀ ...ks. Władysław Duda i Grażyna Mierzejewska (w studiu)



▲ Dr Justyna Kutyba podczas wykładu nt. aplikacji mobilnych w medycynie



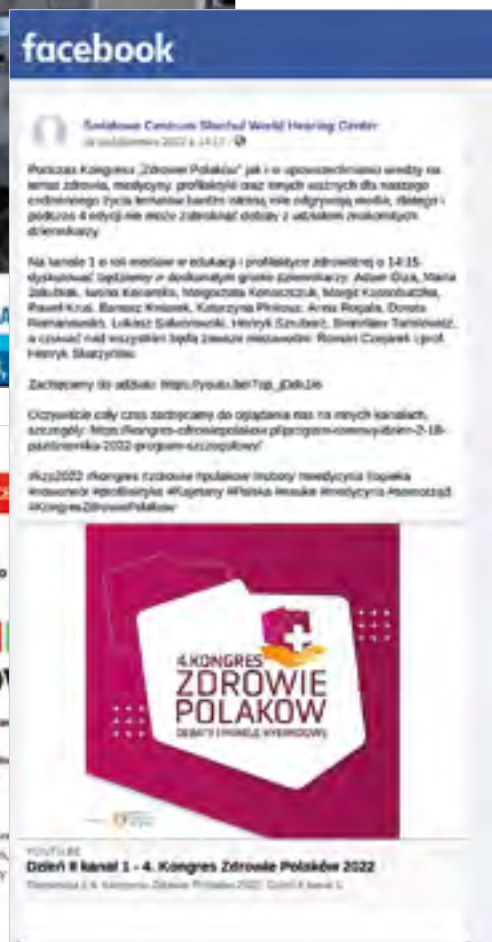
▲ Prof. Tomasz Wolak podczas wykładu „Badania funkcjonalne mózgu wspomagające planowanie operacji neurochirurgicznych”



MEDIA
O KONGRESIE



„Eksperci o zdrowiu Polaków”, „O profilaktyce w Kajetanach”, „Nowe technologie w medycynie szansą dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia”, „Zdrowie Polaków to największy kapitał i nasza przyszłość”, „Los edukacji zdrowotnej w rękach samorządów”, „Farmaceuci powinni być włączani do programów profilaktycznych”, „O udarze mózgu, telemedycynie i zdrowiu Polaków”. To tylko niektóre tytuły artykułów relacjonujących debaty, panele dyskusyjne i wykłady odbywające się w ramach 4. Kongresu „Zdrowie Polaków”. Przez dwa dni dziennikarze z popularnych i branżowych tytułów prasowych, portali internetowych, radia i telewizji z uwagą śledzili przebieg obrad, aby na bieżąco przekazywać najistotniejsze dla szerokiego grona odbiorców informacje na temat możliwości zapobiegania najczęstszym chorobom, a także nowych sposobów diagnostyki i terapii. Jest wiele programów profilaktycznych, z których Polacy mogą skorzystać, nie ponosząc żadnych kosztów. Rzecz w tym, aby dotrzeć do nich z informacją na ten temat w odpowiednim czasie. Liczne informacje dotyczące profilaktyki prozdrowotnej opatrzone nazwiskami wybitnych lekarzy i ekspertów uczestniczących w Kongresie „Zdrowie Polaków” z pewnością nakłonią wielu odbiorców do zainteresowania się własnym zdrowiem, zanim będzie na to za późno.



FUNDACJA POLSKIEGO GŁOŚNIKA PROMOCYJNEGO



Nowe technologie w medycynie - szansą dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia

W dniach 17 i 18 października w Światowym Centrum Słuchu w Kijowie odbył się 4. Kongres „Zdrowie Polaków” 2022 pod hasłem „Profilaktyka słuchowa i innowacyjne rozwiązania w ochronie słuchu”.

Główna prelegentka Konferencji edukacyjnej, prof. Beata Maleska-Libera, i kandydatka na kandydata na prezydenta RP, prof. Henryk Skarżyński.

Tweet

Opoka (@opoka)

Dzisiaj można zaperować prawie wszystkie wody słuchu, natomiast efekty są uzależnione od tego, kto i kiedy się do nas zgłosi – powiedział prof. Henryk Skarżyński

Opoka.org.pl
Profesor Skarżyński: dziś można zaperować prawie wszystkie...
Dzisiaj można zaperować prawie wszystkie wody słuchu, natomiast efekty są uzależnione od tego, kto i kiedy się do...

12 29 494 · 22 paź 2022 · Twitter Web App

facebook

Beata Maleska-Libera Senator RP
23 października 2022 o 21:51

Wspomnienie 4. Kongresu „Zdrowie Polaków” 2022. To przede wszystkim owocno dyskusje, dobre obrady i satysfakcja z udziału w tym wydarzeniu.

Dlaczego? Bo przed nami kolejne wyzwania wynikające nie tylko z sytuacji wewnętrznej – ciągłego jednak zagrożenia pandemią i kolejnymi mutacjami wirusa, ale i coraz trudniejszej sytuacji zewnętrznej.

Była to również okazja, by zobaczyć na arenie krajowej osiągnięcia naukowe i medyczne, nowe rozwiązania organizacyjne, edukacyjne oraz doryczałowych i nowych liderów zdrowia, którzy są nam wszystkim potrzebni.

Prof Henryk Skarżyński PŁaczuNasZdrowie Beata Maleska-Libera Światowe Centrum Mowy i Słuchu Kancelaria Senatu Rzeczypospolitej Polskiej



Fotografia: Tomasz Duda, Michał Łukaszewski, Beata Maleska-Libera Senator RP



KONGRES ZDROWIE POLAKÓW 2022 październik 2022

PROF. ROMUALD ZABIELSKI
WICEPREZES POLSKIEJ AKADEMII NAUK

TV INFO MA SIĘ ROZPOCZĄĆ W PRZYSZŁYM MIESIĄCU • PREZYDENT A. 16:18



POLSAATNEWS.PL

09:06:28

polosat news

DZIŚ START 4. KONGRESU "ZDROWIE POLAKÓW"

PILNE MIESZKALNYCH • W KIJOWIE OGŁOSZONO ALARM PRZECIWLOTNICZY. WŁADZE APELUJĄ



PROF. HENRYK SKARŻYŃSKI
PRZEWODNICZĄCY RADY PROGRAMOWEJ KONGRESU "ZDROWIE POLAKÓW"



Otwierając 1. Kongres „Zdrowie Polaków” w 2019 r., byliśmy skoncentrowani na akcentowaniu osiągnięć polskiej nauki i medycyny i ich wpływa na ówczesną ochronę zdrowia.



Zdrowie Polaków to nasz największy kapitał i nasza przyszłość. To motto kongresu jest niezwykłe, bo nie ma w Polsce drugiej takiej konferencji pokrywającej całe spektrum problemów, które dręczą polską ochronę zdrowia - powiedział w poniedziałek marszałek Senatu Tomasz Grodzki podczas otwarcia 4. kongresu "Zdrowie Polaków".

4. kongres Zdrowie Polaków rozpoczają się w poniedziałek w Świątyni Centrum Słuchu w Kajetanach koło Warszawy. Celem dwudniowej konferencji jest pokazanie współczesnych możliwości medycyny i budowanie postaw prozdrowotnych poprzez wdrażanie programów profilaktycznych. W trakcie dwóch dni konferencji zaplanowano panele, wystąpienia i debaty m.in. z zakresu chirurgii, profilaktyki prozdrowotnej, neurologii, laryngologii, transformacji cyfrowej, kardiologii prenatalnej czy perinatologii. Kongres ma formułę hybrydową: część prelegentów łączy się z uczestnikami kongresu za pomocą internetu, część obecna jest na miejscu.



Profilaktyka zdrowotna i edukacja są kluczowymi elementami wdrażania w życie polityki zdrowotnej, która zakłada zwiększenie liczby lat zdrowego życia. W tym celu w Świątyni Centrum Słuchu w poniedziałek rozpoczyna się 4. kongres „Zdrowie Polaków”.



Zdrowie Polaków 2022

Temat przewodni 4. Kongresu Zdrowie Polaków 2022 to „Profilaktyka zdrowotna i innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia”. – Profilaktyka to nie tylko proces. Znajdziemy miejsce dla wszystkich, którzy chcą się w niego zaangażować – powiedział w trakcie inauguracji prof. Henryk Skarżyński, przewodniczący Rady Programowej Kongresu.

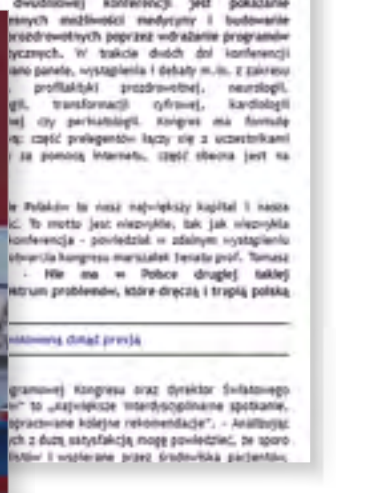
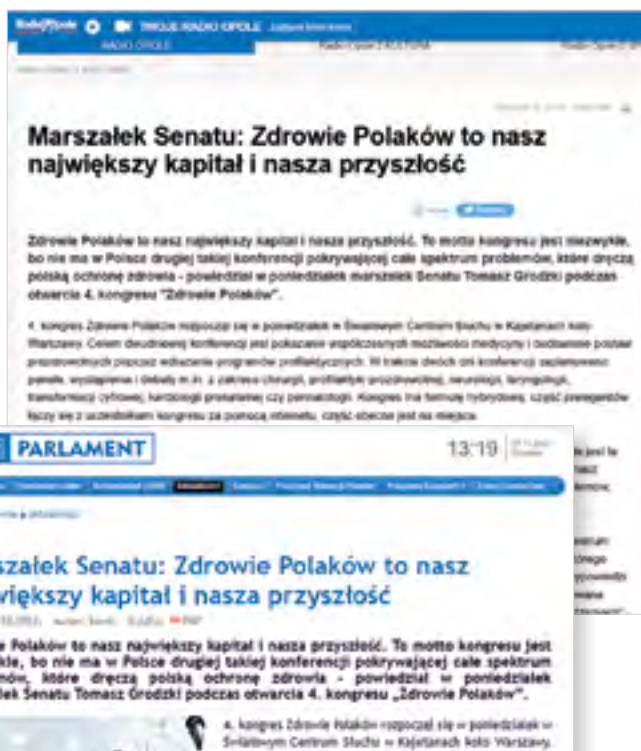
W trakcie inauguracji będzie można zobaczyć film, do którego stworzono krajowy plan, w celu ochrony zdrowia. Celem jest stworzenie systemu, który pomoże w walce z chorobami przewlekłymi i zwiększeniu liczby lat zdrowego życia.

Tematem, jaki poruszy prof. Rafał Łacina, przewodniczący Polskiego Kongresu ds. Słuchu (PKS), będzie polityka zdrowotna. Jego zdaniem, polityka zdrowotna powinna być oparta na dowodach naukowych. W tym celu należy zwiększyć wydatki na badania i innowacje. W tym celu należy zwiększyć wydatki na badania i innowacje.

Prof. Dariusz Łacina, przewodniczący Rady Programowej Kongresu „Zdrowie Polaków”, podczas inauguracji kongresu.



teleexpress przygotowali
Karolina Kopljkowska-Harczuk, Jan Wiśniewski





WARSZAWA, TVP.PL
IV Kongres Zdrowie Polaków w Kajetanach. Głównym tematem m.in. profilaktyka
 Wyzwania współczesnej medycyny i profilaktyka zdrowotna. To główne tematy czwartego...





Eksperci o zdrowiu Polaków

Zakończony właśnie Kongres „Zdrowie Polaków” udowodnił jak ważne jest budowanie postaw prozdrowotnych poprzez wdrażanie programów profilaktycznych. W trakcie dwóch dni konferencji eksperci poruszali zagadnienia z zakresu m.in. chirurgii, profilaktyki prozdrowotnej, neurologii, laryngologii, transformacji cyfrowej, kardiologii prenatalnej oraz perinatologii.

– Przed nami kolejne wyzwania wynikające nie tylko z sytuacji wewnętrznej, ciągłego zagrożenia pandemią i kolejnymi mutacjami wirusa, ale i coraz trudniejszej sytuacji zewnętrznej. Jednak 4. Kongres „Zdrowie Polaków” to szansa na pokazanie na arenie krajowej osiągnięć naukowych i medycznych, nowych rozwiązań organizacyjnych, edukacyjnych oraz docyfrowanych i nowych liderów, którzy wszyscy

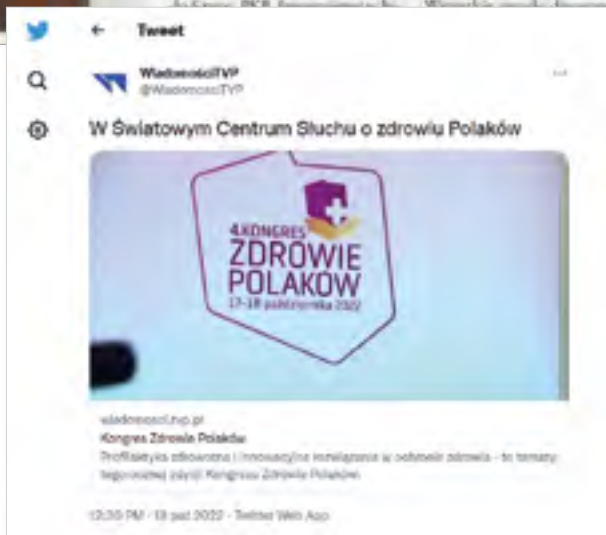
łączyli swoje kadry i nakłady na naukę czy medycynę nie zapominając optymalnych efektów. Eksperci przekonali, że nie osiągniemy bezpieczeństwa zdrowotnego bez rozsądnego odwołania się do odpowiednich postaw prozdrowotnych, które musimy racjonalnie kreować w społeczeństwie. – Zdrowie Polaków to nasz największy kapitał i nasz przyszłość. To motto jest niezwykle, tak jak

– Chcemy się, że udało nam się zgromadzić promi ekspertyzę prawie ze wszystkich obszarów medycyny. Pózwie sobie jest to, że nie mówimy sami do siebie, ale rozmawiamy o wielu ważnych problemach i przedstawiamy pomysły, organizujemy pacjentów czy towarzyszymy im w życiu. Więcej kolejnych grup środowiskowych włączy się do dyskusji, tym bardziej mieć lepsze efekty w postaci badań i towarzyszenia i rekomendacje nauki i medycyny. Jeżeli do tego się odwołamy, to



efekty diagnostyki, czy terapii i rehabilitacji, będą niepoosiągalne, do tego, co mamy obecnie – mówi prof. Skarżyński. Podczas otwarcia Kongresu głos zabrał również wiceminister zdrowia, Piotr Brzombor, który ocenił, że nie ma obecnie powstających rozwiązań w ochronie zdrowia. – Nigdy ich nie było, ale ważne, abyśmy sobie uświadomili, że możemy poprawić szerokość perspektyw, oświatę i więcej działać już w przyszłym roku wydziału na ochronę zdrowia ważną

nie od 17 do 41 tysiąc. Ale również to kompetencje i umiejętności, to jednocześnie tworzenie nowych rozwiązań, firm, przedsiębiorstw poprzez nowe ustawy. W tym roku pierwszy raz liczba specjalistów mogących rozpocząć karierę na kierownika lekarskim i lekarsko – dentystycznym to przeszło to rys. – mówi minister Brzombor. Dwudniowy wydarzenie odbyło się stacjonarnie w Światowym Centrum Słuchu w Kajetanach pod Warszawą oraz online.





co-zdrowiu.pl

już dziś zaczyna się 4 Kongres Zdrowie Polaków - zapowiedź

Już dziś o godzinie 18:30 rozpoczyna się 4. edycja Kongresu Zdrowie Polaków W

mgr.farm

Farmaceuci powinni być aktywnie włączani do programów profilaktycznych

Celem tegorocznego Kongresu „Zdrowie Polaków” było pokazanie możliwości medycyny i budowanie postaw prozdrowotnych poprzez wdrażanie programów profilaktycznych. W trakcie dwóch dni konferencji eksperci podczas paneli, wystąpień i debat poruszyli zagadnienia z zakresu m.in. chirurgii, profilaktyki prozdrowotnej, neurologii, laryngologii, transformacji cyfrowej, kardiologii prenatalnej oraz perinatologii.

TVP 3 WARSZAWA

WARSZAWSKI DZIEŃ

ystąpienia do służby wojskowej. W czwartek podpisano w

RAPORT CSR

Prof. Henryk Skarżyński: Kongres „Zdrowie Polaków” to szansa

Oskarżając 1. Kongres „Zdrowie Polaków” w 2019 r., byłby skoncentrował na aktywności usługowej polskiej nauki i medycyny i ich wpływie na społeczną odpowiedzialność

Prof. Henryk Skarżyński: Kongres „Zdrowie Polaków” to szansa

Wskazując 1. Kongres „Zdrowie Polaków” w 2019 r., byłby skoncentrował na aktywności usługowej polskiej nauki i medycyny i ich wpływie na społeczną odpowiedzialność. Celem było pokazanie polskiej i międzynarodowych doświadczeń w tym zakresie oraz dyskusję i wymianę poglądów między naukowcami i praktykami z różnych dziedzin. Zarówno wtedy, jak i teraz, celem Kongresu było także

O ZDROWIU W KAJETANACH

Rodziciskiem „profilaktyka zdrowotna i innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia” przebiegał tegoroczny Kongres „Zdrowie Polaków”. Tu są najważniejsze edycje jego wydziałów.

1. Mowa państwowa

Wielki dzień! Jest to pierwszy raz, kiedy w historii naszego państwa, w 100. rocznicę odzyskania przez Polskę niepodległości, prezydent Rzeczypospolitej, Andrzej Duda, wygłosił mowę państwową. W tym roku, w 100. rocznicę odzyskania przez Polskę niepodległości, prezydent Rzeczypospolitej, Andrzej Duda, wygłosił mowę państwową. W tym roku, w 100. rocznicę odzyskania przez Polskę niepodległości, prezydent Rzeczypospolitej, Andrzej Duda, wygłosił mowę państwową.

Wielki dzień! Jest to pierwszy raz, kiedy w historii naszego państwa, w 100. rocznicę odzyskania przez Polskę niepodległości, prezydent Rzeczypospolitej, Andrzej Duda, wygłosił mowę państwową. W tym roku, w 100. rocznicę odzyskania przez Polskę niepodległości, prezydent Rzeczypospolitej, Andrzej Duda, wygłosił mowę państwową.

Wielki dzień! Jest to pierwszy raz, kiedy w historii naszego państwa, w 100. rocznicę odzyskania przez Polskę niepodległości, prezydent Rzeczypospolitej, Andrzej Duda, wygłosił mowę państwową. W tym roku, w 100. rocznicę odzyskania przez Polskę niepodległości, prezydent Rzeczypospolitej, Andrzej Duda, wygłosił mowę państwową.

...Zanim rozpocznie się debata, prezydent Andrzej Duda wygłosi mowę państwową. W tym roku, w 100. rocznicę odzyskania przez Polskę niepodległości, prezydent Rzeczypospolitej, Andrzej Duda, wygłosił mowę państwową.

...Zanim rozpocznie się debata, prezydent Andrzej Duda wygłosi mowę państwową. W tym roku, w 100. rocznicę odzyskania przez Polskę niepodległości, prezydent Rzeczypospolitej, Andrzej Duda, wygłosił mowę państwową.

...Zanim rozpocznie się debata, prezydent Andrzej Duda wygłosi mowę państwową. W tym roku, w 100. rocznicę odzyskania przez Polskę niepodległości, prezydent Rzeczypospolitej, Andrzej Duda, wygłosił mowę państwową.



Los edukacji zdrowotnej w rękach samorządów

Kongres „Zdrowie Polaków” to stała pozycja w kalendarzu wydarzeń ważnych dla Fundacji „Teraz Polska”. Ze względu na tematykę, miejsce i partnerów. Również w tym roku, podczas IV edycji wydarzenia, miałem przyjemność nie tylko zabrać głos, ale i poprowadzić debatę poświęconą roli edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób.

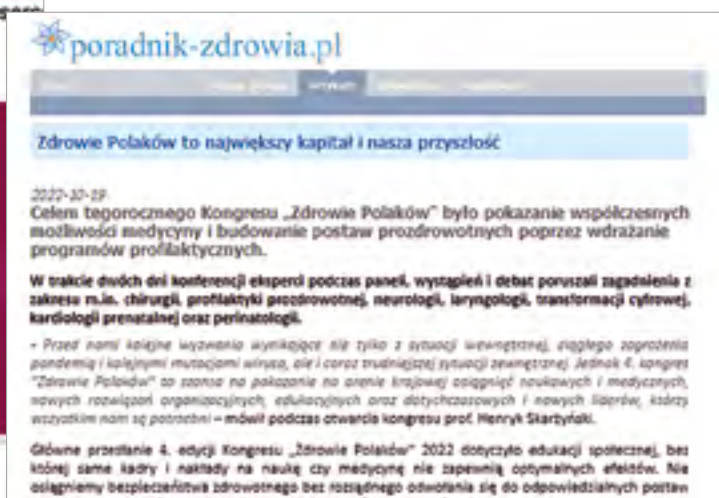
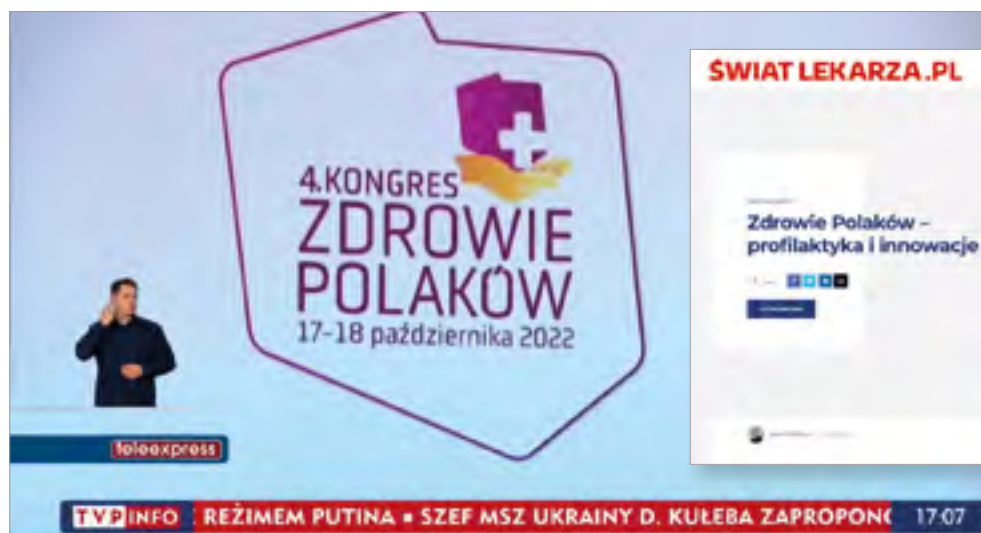


Krzysztof Przybył
prezes Fundacji Polskiego Gościa Promocyjnego, organizator konkursu Teraz Polska

ność systemu ochrony zdrowia. Zgodziliśmy się, że kluczem do tego, by Polacy żyli nie tylko dłużej, lecz również zdrowiej, jest profilaktyka zdrowotna i edukacja dotycząca zdrowia. Od najmłodszych lat trzeba kształtować prozdrowotne nawyki, zachęcać do regularnych badań, uświadamiać, że nasze zdrowie leży w naszych rękach. Samorząd może skutecznie edukować, musi jednak mieć do tego i narzędzia, i finansowe środki. Niezbędna jest zatem dobra komunikacja z władzami centralnymi i wykazanie przez nich zrozumienia dla do-tych pomysłów, które sądy się na szczeblu lokalnym.

pacjentów. I owszem, „Zdrowie Polaków” było okazją do wymiany poglądów i prezentacji wielu interesujących pomysłów. Debatę, którą prowadziłem wraz z prof. Henrykiem Skarżyńskim i Pawłem Rubejsem – „Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób” – zasztytowali swoją obecnością przedstawiciele samorządów. W gronie prelegentów znaleźli się wiceprezydent Katowic Waldemar Bojarski, wiceszef województwa opolskiego Zuzanna Donath-Kasiusa, członek zarządu województwa pomorskiego Agnieszka Kapala-Sokaliska, wiceprezydent m.st. Warszawy Renata Kaznowska, kierownik referatu w Wydziale Zdrowia i Profilaktyki Miasta i Rejonu Mielno, Katarzyna...





Informacja o postępie w leczeniu wad słuchu przekazana dziennikarzom przez prof. Henryka Skarżyńskiego podczas 4. Kongresu „Zdrowie Polaków” dotarła do miast i miasteczek w całej Polsce – w lokalnych wydaniach portalu TWOJE-MIASTO.PL została powielona prawie 400 razy. Pojawiła się także na wielu innych stronach internetowych.

TWOJE-MIASTO.PL

o megac som decydujesz

dziennik.pl

i.PL

365 JURA

LEGIO 24

msh

Myszkow365.pl

NASZ TOMASZÓW.PL

OPOKA.

PORTAL SAMORZĄDOWY.PL

Radio Opole

rynekzdrowia.pl

DOLNYM ŚLĄSKU.COM

wnp.pl

Zawiercie365.pl

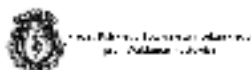
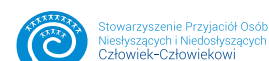
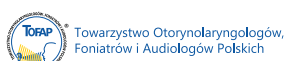


BYDGOSZCZ
GDAŃSK
GORZÓW WLKP.
KATOWICE
KIELCE
KRAKÓW
LUBLIN
ŁÓDŹ
OLSZTYN
OPOLE
POZNAŃ
RZESZÓW
SZCZECIN
WARSZAWA
WROCŁAW

Patronaty honorowe



Patronaty



Patronaty medialne



Organizatorzy





Zapraszamy na
KONGRES
ZDROWIE POLAKÓW 2023



ŚWIATOWE CENTRUM SŁUCHU
INSTYTUTU FIZJOLOGII I PATOLOGII SŁUCHU