



KONGRES
ZDROWIE
POLAKÓW
2025

RAPORT

pod redakcją
prof. Henryka Skarżyńskiego



KONGRES
ZDROWIE
POLAKÓW
2025

RAPORT

pod redakcją
prof. Henryka Skarżyńskiego

Pod redakcją prof. Henryka Skarżyńskiego

Współautorzy: Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, Marek Augustyn, Natalia Bałdyga, Maciej Banach, Wiktoria Bandura, Monika Bączyk, Wojciech Będziński, Artur Białoszewski, Marta de Białynia Woycikiewicz, Mariusz Bidziński, Dorota Bieniasz, Marzanna Bieńkowska, Paweł Blecharz, Tomasz Bojar-Fijałkowski, Leszek Borkowski, Martyna Brytka, Elżbieta Brzozowska, Nikoletta Buczek, Zuzanna Bukowy-Bieryłto, Małgorzata Buksińska, Leonora Burzańska, Vivian Chan, Aleksandra Chodkiewicz, Krystyna Chmal-Jagięto, Szymon Chmiela, Agnieszka Chwałczyńska, Ireneusz Cichy, Błażej Cieślak, Katarzyna B. Cywka, Natalia Czajka, Emilia Czaplicka, Piotr Czauderna, Marcin Czech, Roman Czejarek, Andrzej Czyżewski, Zbigniew Derdziuk, Janusz Dobosz, Michał Dobrołowicz, Paweł Doczekalski, Dorota Dolecińska, Kamila Anna Dratkowicz, Adam Drobnik, Paweł Drobnik, Oktawian Druzd, Małgorzata Drywień, Aleksandra Duda, Dominika Dudek, Rafał Dziadziuszko, Paulina Ewertowska, Olga Fedorowicz, Gabriela Figas, Jarosław Fiks, Wiesław Firek, Urszula Fiszer, Małgorzata Fludra, Edward Franek, Agnieszka Gach, Małgorzata Gałązka-Sobotka, Nina Gan, Małgorzata Ganc, Radosław Gawlik, Joanna Gawrylczyk, Paweł Gąsior, Karolina Gerreth, Grzegorz Gielera, Anna Gogola, Jan Golba, Filip Gołkowski, Agnieszka Gorgoń-Komor, Elżbieta Gos, Renata Górská, Bartłomiej Górski, Anna Grzegorzczak, Paweł Grzesiowski, Mariusz Gujski, Olga Haus, Janusz Heitzman, Ewa Helwich, Teresa Jackowska, Dariusz Jagielski, Karina Jahnz-Różyk, Michał Janczura, Piotr Janiewicz, Łukasz Jankowski, Urszula Jaworska, Lucyna Jaworska-Wojtas, W. Wiktor Jędrzejczak, Sergiusz Józwiak, Marek Jutel, Katarzyna Kacperczyk, Monika Kaczmarek, Barbara Kaczyńska, Jakub Kalinowski, Dorota Kamińska, Iwona Kania, Dorota Kapustka, Renata Kaznowska, Agnieszka Kędra, Małgorzata Kępińska-Szyszkowska, Małgorzata Kidawa-Błońska, Michał Kleiber, Dorota Kleszczowska, Michał Kłosek, Krzysztof Kochanek, Adam Konka, Tomasz Kopiec, Renata Kopytiuk, Agata Korcz, Władysław Kosiniak-Kamysz, Bożena Kostek, Anna Kostera-Pruszczyk, Joanna Kostka, Anna Kowalczyk, Jan Kowalski, Magdalena Krajewska, Magdalena Krajewska-Włodarczyk, Paulina Krasnodębska, Marek Krawczyk, Maciej Krawczyński, Ewa Krogulec, Paweł Krzesiński, Adam Krzywoń, Róża Kucharczyk, Aleksandra Kurowska, Alina Kuryłowicz, Ewa Kurzyńska, Piotr Kusznieruk, Brygida Kwiatkowska, Ewa Kwiatkowska, Daria Kwiecień, Elżbieta Lanc, Anna Latos-Bieleńska, Ida Laudarińska-Krzemińska, Marcin Leja, Aleksandra Lewandowska, Janusz Ligęza, Nina Lignar, Artur Lorens, Ewelina Lulińska, Monika Łopuszańska-Dawid, Bogusław Machaliński, Piotr Maciążek, Jan Maciejewski, Tomasz Maciejewski, Hubert Makaruk, Beata Małecko-Libera, Izabela Marcewicz-Jendrysiak, Iwona Maroszyńska, Andrzej Marszałek, Katarzyna Matusiewicz, Monika Matusiak, Małgorzata Matyja, Justyna Mazurek, Barbara Mazurkiewicz, Maria Mazurkiewicz-Betdzińska, Katrina McFerran, Paulina Metelska, Jerzy Meysztowicz, Arkadiusz Mężyk, Beata Miałkiewicz, Izabela Michalska, Agnieszka Mielczarek, Marek Migdał, Agata Mikusek, Anna Milczarek, Katarzyna Milde, Elżbieta Miller, Bartosz Molik, Marcin Moniuszko, Tomasz mroczek, Ewa Mróz, Hanna Nałęcz, Małgorzata Nędzi-Góra, Wiktor Niedzicki, Michał Niepytalski, Maciej Niewada, Alojzy Z. Nowak, Filip Nowak, Paweł F. Nowak, Andrzej Nowakowski, Piotr Nowicki, Magdalena Nowosielska, Anita Obrycka, Dorota Olczak-Kowalczyk, Agnieszka Olechowska, Jurek Olszewski, Monika Ołdak, Mariusz Opoka, Grzegorz Opolski, Justyna Orłowska, Dominika Oziębło, Agnieszka Pankowska, Zuzanna Pankowska, Iwona Paradowska-Stankiewicz, Małgorzata Pasek, Małgorzata Pastucha, Andrzej Pastuszak, Dorota Pastuszak, Katarzyna Petka, Bolesław Piecha, Paulina Piechna-Więckiewicz, Łukasz Pietrzak, Ewa Pilarska, Adam Piłka, Edyta Piłka, Monika Pintał-Ślimak, Ryszard Piotrowicz, Agnieszka Pluta, Katarzyna Płoszaj, Marta Podhorecka, Marta Pogrzeba, Bartosz Polis, Piotr Ponichtera, Dariusz Pośpiech, Simon Procter, Piotr Pruszczyk, Adam Pustelnik, Magdalena Pytlos, Leszek Rafalski, Danuta Raj-Koziak, Małgorzata Ratajczyk, Anna Ratuszniak, Irena Rej, Joanna Repeć, Maciej Rogalski, Dorota Romanowska, Marcin Rosołowski, Magdalena Rowicka, Hanna Rubaszewska, Marek Ruchała, Marcin Ruciński, Izabela Rutkowska, Krzysztof P. Rutkowski, Piotr Rycielski, Łukasz Rypicz, Magdalena Rzeźnicka, Witold Rzyman, Łukasz Sałwarowski, Aleksandra Samełko, Bolesław Samoliński, Izabela Sarnicka, Małgorzata Sarzyńska, Agnieszka Sepioto, Aleksandra Sędziak, Beata Sienkiewicz-Oleszkiewicz, Regina Sierżantowicz, Sebastian Sikorski, Magdalena B. Skarżyńska, Zofia Skarżyńska, Piotr H. Skarżyński, Krzysztof Skłodowski, Anna Skoczylas, Katarzyna Skrętowska-Szysko, Marta Sobczyńska, Jolanta Sobierańska-Grenda, Jacek Sosnowski, Krzysztof Stachyra, Dariusz Standerski, Ewa Starostecka, Beata Stasiak-Cieślak, Agnieszka Stępień, Janina Stępińska, Adam Struzik, Marzena Sygut-Mirek, Małgorzata Synowiec-Piłat, Tomasz Szapiro, Joanna Szczepańska-Gieracha, Andrzej Szeptycki, Agata Szkiełkowska, Jan Szmidi, Joanna Szlinder-Richert, Edyta Szurawska, Magdalena Szymańska, Marcin Ślęzak, Mariola Śliwińska-Kowalska, Paweł Śliwiński, Grażyna Tacikowska, Ryszard Tadeusiewicz, Małgorzata Tałarek Tomasz Targowski, Sylwia Terpiłowska, Marcin Tkaczyk, Paweł Tomaszewski, Rajmund Tomik, Andrzej Tytuła, Kamila Urbańczyk, Gertruda Uścińska, Piotr Wachowiak, Małgorzata Wadzińska, Robert Walenciak, Adam Wałkowiak, Jolanta Wałusiak-Skorupa, Jakub Waraczewski, Paweł Wdówik, Ewa Wender-Ożegowska, Patrycja Widłak, Grażyna Wierzbicka-Wierzbicka, Anna Wiela-Hojeńska, Monika Wielichowska, Marzena Wiernicka, Jolanta Wierzba, Olga Witczak, Marian Witkowski, Anna Witowicz, Elżbieta Włodarczyk, Włodzimierz C. Włodarczyk, Jakub Wojciechowski, Tomasz Wolak, Adam Wrzeczono, Dorota Wójtowicz, Romuald Zabielski, Dominika Zagórska, Olga Zajączkowska, Wojciech Zaluska, Michał Jerzy Zasada, Anna Zasada-Chorab, Kornelia Zawistowska, Michał Zembala, Paweł Zembura, Daria Zielińska, Tomasz Zieliński, Andrzej Ziemia, Katarzyna Ziemia, Ewa Ziętkiewicz, Arkadiusz Zygmunt, Robert Zymlński, Sylwia Żaczek, Ireneusz Żuchowski

Zespół redakcyjny: Agnieszka Babicz, Małgorzata Konaszczuk

Skład graficzny i przygotowanie do druku: Tomasz Krzywy, Krzysztof Mizgalski

Zdjęcia: Marta Jakubiak, Anna Wojciechowska, Fryderyk Nowak, Albert Wasilewski

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 2026

ISBN 978-83-89087-71-3

Spis treści

6	Słowo wstępne
9	Rada Programowa
13	Otwarcie kongresu
15	W zdrowiu wszystkie elementy mają znaczenie
25	Debaty
26	Zdrowie cyfrowe obywatela. Cyfryzacja systemu a gotowość pacjenta – e-recepta, IKP, teleporady
29	Edukacja zdrowotna: inwestycja w przyszłość społeczeństwa. Od świadomości do odpowiedzialności – nowa strategia edukacji zdrowotnej Polaków
33	Nowoczesna medycyna (AI, telemedycyna). Sztuczna inteligencja w opiece zdrowotnej – realne zastosowania i bariery wdrożeń
35	Młodzi medycy o przyszłości zawodu. Kim jest młody lekarz XXI wieku? Wartości i oczekiwania wobec zawodu
38	Nauka dla zdrowia Polaków. Apiterapia – zdrowie z natury
41	Uczelnie medyczne i kompetencje przyszłości. Jak kształcić lekarzy jutra? Współpraca dydaktyki z praktyką
44	Nowa rola farmaceuty. Opieka farmaceutyczna, szczepienia, profilaktyka – przyszłość zawodu
46	Zdrowie dzieci i młodzieży. Aktywność fizyczna, nadwaga, cyfrowe uzależnienie
48	Uczelnie i instytuty: interdyscyplinarność nauk. Synergia nauk – jak łączyć potencjał jednostek medycznych, technicznych, społecznych i humanistycznych na rzecz zdrowia publicznego.
52	Otwarcie „Księgi Wdrożeń XXI wieku”
55	Stomatologia jako fundament zdrowia ogólnego. Zdrowie jamy ustnej fundamentem zdrowia ogólnego
57	Aktywność obywatelska w systemie zdrowia. Przykłady udanych inicjatyw – dobre praktyki do upowszechnienia
59	Żywność i edukacja zdrowotna. Edukacja zdrowotna – jak skutecznie zmieniać nawyki, żywieniowe Polaków?
62	Senioralna. Jak wspierać aktywne i zdrowe starzenie się?
65	Zdrowie psychiczne. Kampania „Dzieciństwo bez przemocy”
68	Samorządowa: zdrowie lokalne i polityka zdrowotna. Smog, hałas, przestrzeń publiczna, transport – zdrowe miasto
71	Zdrowie cyfrowe dzieci i młodzieży. Uzależnienie od ekranów, zdrowie psychiczne, cyberhigiena
73	Media i zdrowie społeczne. Informacja czy manipulacja? Media, influencerzy i odpowiedzialność za zdrowie publiczne
75	Panele
76	Choroby nerek jako problem interdyscyplinarny – aktualne priorytety zdrowotne
77	Stomatologiczne potrzeby profilaktyczne i lecznicze pacjentów senioralnych i niepełnosprawnych w aspekcie zdrowia ogólnego i jakości życia
79	Sztuczna inteligencja – narzędzie, profesjonalny partner czy ślepa uliczka?
80	Rola farmaceutów klinicznych i szpitalnych w systemie ochrony zdrowia
82	Kondycja fizyczna oraz zdrowie dzieci i młodzieży – diagnoza i rekomendacje
91	Genetyka kliniczna – specjalizacja poszukiwana na świecie, a w Polsce... zapaść. Co z tym zrobić?
97	Współpraca lekarza, psychologa i protetyka w diagnostyce i rehabilitacji pacjentów z szumami usznymi
97	Zdrowie w praktyce: wyzwania i perspektywy współczesnej edukacji zdrowotnej
98	Udział farmaceuty klinicznego w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych (<i>adherence</i>)
100	Choroby alergiczne w 2025 roku
102	Postępy w diagnostyce i leczeniu raka płuca

103	Czy możemy zapobiegać występowaniu chorób neurologicznych u dzieci
105	Organizacje zrzeszające pacjentów w ochronie zdrowia – ich rola, znaczenie i wpływ na kształtowanie systemu
106	Wczesny dostęp do dźwięków u dzieci z niedosłuchem – dlaczego czas ma kluczowe znaczenie?
108	Aktywność fizyczna czynnikiem wpływającym na jakość życia osób starszych
109	Jak parlamentarzyści i instytucje publiczne mogą wspierać promocję profilaktyki zdrowotnej w polskich regionach?
110	Sztuczna inteligencja w medycynie. Między etyką a prawem
111	Pozostałe panele ekspertów
111	Co nowego w profilaktyce i leczeniu nowotworów kobiecego narządu płciowego – wybrane zagadnienie
111	Choroby rzadkie – Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
111	Fundacja na rzecz Pacjentów z Ataksją Fredreicha
112	Farmakoterapia jako narzędzie racjonalizacji wydatków na leki w systemie ochrony zdrowia
113	Wykłady ekspertów
114	Zdrowie publiczne – jak osiągnąć sukces?
115	Wyzwania współczesnej psychiatrii dorosłych
116	Depresja a zdrowie publiczne – znaczenie wczesnej identyfikacji i rola sztucznej inteligencji
117	Jak przygotować się do planowego pobytu w szpitalu
119	Bariery w wykonywaniu onkologicznych badań profilaktycznych. Rekomendacje i postulaty praktyczne dla promocji zdrowia
121	Prewencyjne leczenie w encefalopatiach rozwojowych na przykładzie stwardnienia guzowatego w Polsce
122	Terapie genowe w chorobie Parkinsona – Mazowsze ku medycynie przyszłości
123	Nowa biologiczna definicja choroby Parkinsona – implikacje terapeutyczne
124	Powódź, zdrowie, polityka. Wielka Woda w Polsce 1997
124	Obecny stan muzykologii w Polsce: osiągnięcia i wyzwania
125	Europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia. Nowe regulacje Unii Europejskiej
128	Epigenetyka w zdrowiu publicznym – mierzalne KPI profilaktyki
130	Urządzenia robotyczne jako skuteczne wsparcie w rehabilitacji pacjentów po endoprotezoplastykach w zakresie kończyn dolnych: w ich szybszym powrocie do samodzielności i w zapobieganiu upadkom
131	Zdrowie pracownika w erze nowych technologii i nowych wyzwań
132	Mapowanie przedoperacyjne funkcji językowych w neurochirurgii z perspektywy nieinwazyjnej metody neuroobrazowania
133	Ocena skuteczności leczenia szumów usznych z zastosowaniem różnych metod terapeutycznych oraz własnych doświadczeń...
133	Nadwrażliwość słuchowa u dzieci – obraz kliniczny, możliwości diagnostyczne i terapeutyczne
134	Technologie cyfrowe i interwencje adekwatne w czasie w terapii szumów usznych
137	Genetyka niedosłuchu a zdrowie społeczeństwa
137	Środowisko czy genetyka? Przyczyny niedosłuchu i aktualne opcje diagnostyczne
138	Niedosłuch rodzinny – czy jego przyczyna zawsze ukrywa się w genach?
139	Niedostrzegane wady – podłoże genetyczne malformacji ucha wewnętrznego
139	Współwystępowanie zaburzeń słuchu i wzroku – badania nad zespołem Ushera
140	Sztuczna inteligencja w detekcji zaburzeń głosu w chorobach krtani
141	Problemy komunikacyjne w rzadkich chorobach krtani
142	Higiena głosu w codziennej komunikacji w społeczeństwie
143	Rozwój mowy u dzieci z wrodzoną jednostronną głuchotą korzystających z implantu ślimakowego
144	Między ciszą a harmonią – muzyka w doświadczeniu osób z implantem ślimakowym
144	Nowe życie z implantem ślimakowym – jak technologia przywraca zdrowie i radość codzienności?

146	Jak zapytać, żeby zrozumieć – o tym, jak kwestionariusze pomagają ocenić efekty leczenia implantem słuchowym
147	Słyszeć mózgiem – nauka o potencjałach korowych po wszczępieniu implantu ślimakowego
147	Czy badania słuchu powinny być wykonywane wyłącznie przez specjalistów?
148	Rola przesiewowych badań zmysłów we wczesnej diagnostyce chorób neurodegeneracyjnych
149	Kapsuła Badań Zmysłów – innowacyjne urządzenie do przesiewowych badań zmysłów
149	Niedosłuch w przebiegu otosklerozy – rozwój choroby, diagnostyka i możliwości leczenia
150	Znaczenie drożności nosa dla ogólnego stanu zdrowia
151	Wada słuchu u dzieci i dorosłych – potrzeba pomocy
152	Rozwój psychoruchowy u dzieci w młodszym wieku szkolnym z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego i rozwoju mowy na tle rówieśników o typowym rozwoju
153	Nie słyszy czy nie słucho? Zaburzenia słuchu czy uwagi?
154	Hałas w szkołach podstawowych. Dlaczego szkoła bywa najgłośniejszym miejscem dla dziecka?
155	Zmęczenie dźwiękami, czyli o tym, jak hałas wpływa na nasz słuch
156	Rola słuchu w rozwoju emocjonalnym dziecka
157	Tożsamość i przynależność kulturowa implantowanych osób niesłyszących
158	Neurokognitywne i emocjonalne następstwa utraty słuchu – od dzieciństwa do późnej dorosłości
158	Od diagnozy do rozwoju – co nauka mówi o możliwościach dzieci z wrodzoną głuchotą
159	Technologie „w służbie równowagi”: od innowacyjnej diagnostyki po wirtualną rehabilitację
160	Wpływ chorób wirusowych na narząd słuchu
161	Rola sportu w życiu dorosłych osób z uszkodzonym słuchem
161	Diagnostyka węchu i smaku
162	Słuch w dobie sztucznej inteligencji. Nowe możliwości profilaktyki i monitorowania zdrowia Polaków
162	Czytanie z ruchu warg – kiedy oczy wspierają słuch
163	Protetyka słuchu bez tajemnic
164	Chatboty wykorzystujące sztuczną inteligencję wobec ryzyka dezinformacji zdrowotnej
165	Edukacja zdrowotna w zakresie słuchu. Stan obecny, potrzeby i perspektywy
166	Pozostałe wykłady ekspertów
166	Muzyka w rozwoju słuchowym człowieka – muzykoterapia w Światowym Centrum Słuchu
166	Od ciszy do dźwięku miejsce muzykoterapii w procesie rehabilitacji
166	Odbiór muzyki przez użytkowników implantów ślimakowych – wyniki badań naukowych
166	Kiedy mniej znaczy więcej: muzykoterapia dla osób doświadczających szumy uszne – wyniki badań pilotażowych
166	Harmonijny wzrost: osiągnięcia i wyzwania dla muzykoterapii w Polsce i w innych krajach
167	Biomarkery molekularne i genetyczne leczenia głuchoty wrodzonej
167	Wybór utworów w muzykoterapii – w jaki sposób muzykoterapeuci wybierają utwory wykraczające poza „preferencje klientów”
167	Zabawa dla dorosłych: muzykowanie dla radości, nadziei i rozwoju tożsamości w procesie powrotu do zdrowia psychicznego
167	Nowe możliwości terapeutyczne dla pacjentów z ośrodkowymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego SPPS-S 2.0
167	Program diagnostyczno-terapeutyczny stosowany w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w nawracającej brodawczakowatości krtani
168	Kiedy niedosłuch szkodzi zdrowiu – naukowe spojrzenie na skutki ubytku słuchu
168	Czy terapia słuchowa jest w stanie wpłynąć na realizację sybilantów?
169	Rekomendacje
191	Afiliacje
205	Fotogaleria
239	Media o kongresie



Szanowni Państwo

Za nami 7. Kongres „Zdrowie Polaków”, który odbył się w dniach 24–26 listopada 2025 roku w Centrum Kongresowym Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach. Po raz kolejny w zainicjowanym przeze mnie wraz z gronem wybitnych specjalistów z dziedziny medycyny i szeroko rozumianej nauki wydarzeniu zaproponowaliśmy szereg interdyscyplinarnych spotkań odnoszących się do najważniejszych problemów ochrony zdrowia, osiągnięć medycyny i nauki polskiej. Odbyło się kilkanaście debat oraz kilkadziesiąt wykładów i paneli eksperckich. Całość była transmitowana online i nadal jest dostępna na stronie internetowej kongresu.

Motto tegorocznego kongresu brzmiało: „Zdrowie – każdy element ma znaczenie”, i odnosiło się do symbolicznego puzzla w układance, bez którego ona nie powstanie. Puzzle ma symbolizować współpracę różnych środowisk – medycznych, naukowych, edukacyjnych, gospodarczych, kulturalnych i medialnych – w trosce o zdrowie Polaków.

Co roku kongres odbywa się pod hasłem „Nauka dla zdrowia społeczeństwa” ukierunkowującym dyskusję ekspertów na zagadnienia, które w danym czasie są

najbardziej aktualne, wpływają na myślenie o zdrowiu i profilaktyce prozdrowotnej oraz mają duże znaczenie w kontekście kształtowania polityki zdrowotnej w Polsce.

Kongres był okazją do dyskusji m.in. nad rozwojem nowych technologii w ochronie zdrowia. Jednym z cieszących się dużym zainteresowaniem tematów było zastosowanie sztucznej inteligencji w medycynie. Dziś nikt nie ma wątpliwości, że AI to przyszłość w diagnostyce i leczeniu. Podobnie jak interdyscyplinarne projekty i badania z udziałem ekspertów różnych dziedzin, nie tylko medycyny, nauk przyrodniczych czy nauk technicznych, lecz także nauk ekonomicznych i humanistycznych.

Interdyscyplinarność jest motorem postępu i kluczem do wdrożenia rozwiązań dających realną szansę na poprawę dobrostanu i kondycji zdrowotnej Polaków, która – niestety – wciąż pozostawia wiele do życzenia. Dlatego podczas debat, paneli i wykładów powracał temat edukacji i profilaktyki prozdrowotnej stanowiących fundament zdrowia publicznego. Profilaktyka to stały wątek poruszany podczas wszystkich edycji Kongresu „Zdrowie Polaków”. Jednak ostatnio eksperci poświęcili temu tematowi jeszcze więcej miejsca, podkreślając, że rok 2025 ustanowiono Uchwałą Senatu RP z 10 października 2024 r. Rokiem Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki.

Bardzo szeroka tematyka kongresu była silnie powiązana m.in. z aktualną sytuacją w ochronie zdrowia oraz kondycją zdrowotną polskiego społeczeństwa. Stąd w programie znalazły się debaty poświęcone zdrowiu dzieci i młodzieży, dobrostanowi psychicznemu Polaków, działaniom wspierającym seniorów i powiązaniom zmian klimatycznych z kondycją zdrowotną obywateli. Tradycyjnie dyskusja poruszała też zagadnienia dotyczące roli uczelni wyższych – medycznych i niemedycznych – w kształtowaniu kompetencji przyszłości.

Niemniej główna idea kongresu pozostaje niezmienna: jest nią ukazywanie zdrowia jako wartości bezcennej i naszego największego kapitału.

Przygotowywany co roku raport pokonferencyjny zawiera rekomendacje będące wypadkową większości głosów w dyskusjach prowadzonych podczas obrad.

Wierzę, że stanowią one dokument pomocny decydom w wytyczaniu kierunków zmian w polskim systemie opieki zdrowotnej i zdrowiu publicznym. 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 towarzystwa naukowe, znalazło się w różnych rozporządzeniach, zarządzeniach oraz obowiązujących wytycznych. Jestem przekonany, że praca tak wielu ekspertów zostanie zauważona także tym razem.

Na zakończenie pragnę przypomnieć, że Kongres „Zdrowie Polaków” jest organizowany przez Radę Główną Instytutów Badawczych, Światowe Centrum Słuchu, Instytut Narządów Zmysłów i Fundację „Po Pierwsze Zdrowie” przy wsparciu licznych zespołów akademickich, jednostek centralnych i regionalnych, organizacji pozarządowych, organizacji pacjentów i towarzystw naukowych z wielu dziedzin nauki i medycyny. Bardzo dziękuję za wkład w nasze ambitne przedsięwzięcie Radzie Programowej Kongresu „Zdrowie Polaków”, wykładowcom, moderatorom debat, uczestnikom paneli oraz wszystkim obecnym podczas wydarzenia i łączącym się online.

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

KONGRES W LICZBACH

17

debat
plenarnych

Ponad

20

paneli
interdyscyplinarnych

70

wykładów
ekspertów

340

wystąpień
naukowych

Prawie

400

moderatorów, panelistów,
wykładowców

Prawie

20h

debat
plenarnych

37h

paneli i wykładów
ekspertów

410

materiałów obecnych
w mediach

11 600

obserwujących
na Facebooku
i Instagramie

2 566 703

łączy zasięg

RADA PROGRAMOWA

7. KONGRESU „ZDROWIE POLAKÓW”



Dr hab.
Łukasz Balwicki,
prof. GUMed



Prof. dr hab. n. med.
Mariusz Bidziński,
MBA



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



Red. Bogusław
Chrabota



Dr hab.
Dariusz Czaporowski,
prof. UWM



Prof. dr hab. n. med.
Marcin Czech



Prof. dr hab. n. med.
Jarosław Czubak



Prof. dr hab. inż.
Andrzej Czyżewski



Zbigniew Derdziuk,
prezes ZUS



Prof. dr hab. n. med.
Barbara Dołęgowska



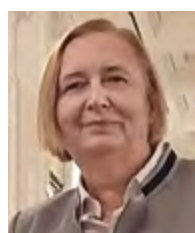
Prof. dr hab.
Wojciech Łukasz Dragan



Dr hab. Małgorzata Ewa
Drywień,
prof. SGGW



Prof. dr hab. n. med.
Magdalena Durtik



Prof. dr hab. n. med.
Urszula Fiszer



Red. Renata Furman



Dr n. ekon.
Małgorzata
Gałązka-Sobotka



Prof. dr hab. n. med.
Ryszard Gellert



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



Prof. dr hab. n. med.
Renata Górska



Prof. dr hab. n. med.
Wiesława Grajkowska



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



Prof. dr hab. inż.
Dariusz Grzebelus



Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Hanke



Anna Jasińska,
rzecznik
Medycznej Racji Stanu



Prof. dr hab. n. med.
Sergiusz Józwiak



Dr hab. n. o zdr.
Grzegorz Juszczak



Red. Jadwiga Kamińska



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



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



Red. Małgorzata
Konaszczuk



Prof. dr hab. inż.
Bożena Kostek



Dr hab. n. o zdr.
Joanna Kostka,
prof. UM w Łodzi



Dr hab.
Paweł Kowal,
prof. ISP PAN



Prof. dr hab. n. med.
dr h.c. multi
Marek Krawczyk



Prof. dr hab. n. med.
Leszek Królicki



Prof. dr hab. n. med.
Maciej Krzakowski



Prof. dr hab. n. med.
i n. o zdr.
Paweł Krzesiński



Red. Bartosz Kwiatek



Prof. dr hab. n. med.
Brygida Kwiatkowska



Elżbieta Lanc,
radna województwa
mazowieckiego



Prof. dr hab. n. med.
Anna Latos-Bieleńska



Dr n. med.
Aleksandra
Lewandowska



Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Lisik



Prof. dr hab.
Ewa Łojkowska



Dr hab. n. med.
Małgorzata Łukowicz,
prof. CMKP



Prof. dr hab. n. med.
Bogusław Machaliński



Dr n. med.
Tomasz Maciejewski,
podsekretarz stanu w MZ



Prof. dr hab. n. med.
Artur Mamcarz



Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Marszałek



Ilona Massalska,
wiceprezes Fundacji
Szlakiem Tęczy



Dr hab.
Justyna Mazurek



Prof. dr hab. inż.
Arkadiusz Mężyk



Red. Janusz Michalak



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



Prof. dr hab.
Bartosz Molik



Prof. dr hab. n. med.
Krzysztof Narkiewicz



Prof. dr hab.
Wojciech Niżański



Prof. dr hab. n. ekon.
Ewelina Nojszewska



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



Dr n. o zdr. Filip Nowak,
prezes NFZ



Prof. dr hab. n. med.
Jurek Olszewski



Prof. dr hab. n. med.
Grzegorz Opolski



Prof. dr hab. n. med.
Przemysław
Oszukowski



Prof. dr hab. inż.
Tadeusz Patko



Dr hab. n. o zdr. Iwona
Paradowska-Stankiewicz,
prof. NIZP PZH-PIB



Prof. dr hab. n. med.
Miłosz Parczewski



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



Prof. dr hab. n. med.
Ewa Piłarska



Prof. dr hab. n. med.
Ryszard Piotrowicz



Krzysztof Przybył,
prezes Fundacji
„Teraz Polska”



Prof. dr hab. n. med.
Piotr Radziwon



Prof. dr hab. inż.
Leszek Rafalski



Irena Rej,
prezes Izby
Farmacja Polska



Prof. dr hab. n. med.
Bolestaw Samoliński



Prof. dr hab.
Teresa Sierpińska



Dr hab. n. med. i n. o zdr.
Magdalena B.
Skarzyńska



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



Dr Adam Struzik
marszałek
woj. mazowieckiego



Prof. dr hab. n. med.
Jan Styczyński



Dr hab. n. med.
Edyta Sutkowska



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



Dr hab. n. społ.
Małgorzata
Synowiec-Piłat



Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Szczepański



Prof. dr hab. inż.
Tomasz Szwaczkowski



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



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



Prof. dr hab.
Gertruda Uścińska



Prof. dr hab. n. med.
Mieczysław Walczak



Prof. dr hab. n. med.
Jerzy Walecki



Prof. dr hab. n. med.
Grzegorz Wallner



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



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



Prof. dr hab. n. med.
Mirosław Wielgoś



Prof. dr hab. n. med.
Adam Witkowski



Prof. dr hab. Włodzimierz
Cezary Włodarczyk



Dr hab. n. med.
Elżbieta Włodarczyk,
prof. IFPS



Prof. dr hab.
Romuald Zabielski



Prof. dr hab. inż.
Krzysztof Zaremba



Prof. dr hab.
Michał Jerzy Zasada



Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Zatoński



**KONGRES
ZDROWIE
POLAKÓW
2025**

**OTWARCIE
KONGRESU**

W uroczystym otwarciu 7. Kongresu „Zdrowie Polaków”, którego dokonał **prof. Henryk Skarżyński**, przewodniczący Rady Programowej Kongresu „Zdrowie Polaków”, w Atrium Światowego Centrum Słuchu, uczestniczyli:

Małgorzata Kidawa-Błońska, Marszałek Senatu RP

Monika Wielichowska, Wicemarszałek Sejmu RP

Dr Władysław Kosiniak-Kamysz, Wiceprezes Rady Ministrów,
Minister Obrony Narodowej

Dr Jolanta Sobierańska-Grenda, Minister Zdrowia

Dr Beata Małecka-Libera, Senator RP,

Przewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia

Dr Filip Nowak, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Zbigniew Derdziuk, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Dr hab. Adam Krzywoń, Zastępca Rzecznika

Praw Obywatelskich

Jarosław Fiks, Dyrektor Generalny w Biurze Rzecznika

Praw Pacjenta

Marcin Pawlak, Dyrektor Departamentu Cyfryzacji,

Geodezji i Kartografii Urzędu Marszałkowskiego Województwa

Mazowieckiego

Renata Kaznowska, Wiceprezydent m.st. Warszawy

Dr Paweł Grzesiowski, Główny Inspektor Sanitarny

Łukasz Pietrzak, Główny Inspektor Farmaceutyczny

Prof. Piotr Czauderna, doradca społeczny Prezydenta RP

w Radzie ds. Ochrony Zdrowia

Prof. Michał Kleiber, Przewodniczący Polskiego Komitetu

ds. UNESCO

Prof. Marek Krawczyk, Dziekan Wydziału V Nauk Medycznych

Polskiej Akademii Nauk

Prof. Alojzy Z. Nowak, Rektor Uniwersytetu Warszawskiego

Dr Łukasz Jankowski, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Dr Monika Pintał-Ślimak, Prezes Krajowej Rady

Diagnostów Laboratoryjnych

Dr Andrzej Tytuła, Wiceprezes Naczelnej Rady

Pielęgniarek i Położnych



▲ Uroczyste otwarcie 7. Kongresu „Zdrowie Polaków” przez prof. Henryka Skarżyńskiego

W zdrowiu wszystkie elementy mają znaczenie

Kongres „Zdrowie Polaków” jest jednym z największych w Polsce interdyscyplinarnych spotkań odnoszących się do najważniejszych problemów ochrony zdrowia, osiągnięć medycyny i nauki polskiej. Zainicjowany przez prof. Henryka Skarżyńskiego z gronem wybitnych specjalistów medycyny i szeroko rozumianej nauki w 2019 r. Co roku uczestniczy w nim kilkuset wybitnych ekspertów różnych dziedzin, przede wszystkim medycyny, ochrony zdrowia, jak również przedstawiciele parlamentu, urzędów centralnych, samorządów, środowiska akademickiego, edukacji, świata kultury, sportu i mediów, a także organizacji pacjentów.

Motto tegorocznego kongresu brzmiało: „Zdrowie – każdy element ma znaczenie”. Symboliczne puzzle, które otrzymali jego uczestnicy, podkreślają znaczenie współpracy różnych środowisk – medycznych, naukowych, edukacyjnych, gospodarczych, kulturalnych i mediowych – w trosce o zdrowie Polaków.

– Kongres „Zdrowie Polaków” jest platformą wymiany wiedzy i doświadczeń pomiędzy medycyną a innymi gałęziami nauki. W zdrowiu wszystkie te elementy mają znaczenie. Są jak puzzle, które wcale nie jest łatwo ułożyć w jedną całość – powiedział podczas uroczystego otwarcia prof. Henryk Skarżyński, przewodniczący Rady Programowej Kongresu. Siódma edycja „Zdrowia Polaków” odbyła się 24–26 listopada w Centrum Kongresowym Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach.

Kongres „Zdrowie Polaków” jest organizowany przez Radę Główną Instytutów Badawczych, Światowe

Centrum Słuchu, Instytut Narządów Zmysłów i Fundację „Po Pierwsze Zdrowie” przy wsparciu licznych zespołów akademickich, jednostek centralnych i regionalnych, organizacji pozarządowych, organizacji pacjentów i towarzystw naukowych z wielu dziedzin nauki i medycyny.

– Dopiero współpraca wielu środowisk medycznych, naukowych, edukacyjnych, gospodarczych, kulturalnych i ludzi mediów umożliwia zbudowanie skutecznego systemu. Brak któregośkolwiek z nich, jak brak jednego puzzle, nie pozwala ukończyć układanki – mówił prof. Henryk Skarżyński.

Przypomniał, że podczas pierwszego kongresu w 2019 r. w trakcie debaty, w której uczestniczyli szefowie resortu zdrowia od lat 90. – sekretarze lub podsekretarze stanu – okazało się, że każda ekipa zrobiła coś, co pozostawiło trwałe ślad. – Wracam do tamtej debaty, bo myślę o tych, których już nie ma z nami.



▲ Małgorzata Kidawa-Błońska, marszałek Senatu (wystąpienie online)

To jest ogromnie ważne, by zachowana była sztafeta pokoleń, ciągłość myśli, która przyświeca wszystkim podejmującym się tego ogromnego wyzwania – zaznaczył.

Jako pierwsza podczas uroczystego otwarcia głos zabrała **Małgorzata Kidawa-Błońska**, marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej. W wystąpieniu online podkreśliła, że tegoroczne hasło kongresu wyznacza kierunek – ochrona zdrowia nie jest wynikiem jednego działania, jednej decyzji czy jednego elementu systemu. – To efekt współdziałania wielu czynników, od profilaktyki i edukacji zdrowotnej poprzez dostęp do nowoczesnych terapii i sprawną organizację systemu opieki zdrowotnej. Każda decyzja, zarówno pacjenta, lekarza, jak i instytucji publicznych, wpływa na jakość i długość życia Polaków – powiedziała. Dodała, że hasło to wskazuje na potrzebę odpowiedzialności zbiorowej i indywidualnej. Przypomniała, że ten rok został ustanowiony przez Senat Rokiem Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki, w co wpisuje się idea przewodnia kongresu. Podkreśliła też znaczenie edukacji w zdrowiu. – Zalewa nas nadmiar niezwyfikowanych informacji, a do przestrzeni publicznej masowo docierają treści niemające podstaw w badaniach naukowych. Tym większa jest nasza odpowiedzialność, by odkłamywać te treści i stawiać na edukację już od najmłodszych lat – mówiła. Wspomniała



▲ Monika Wielichowska, wicemarszałek Sejmu (wystąpienie online)

również o znaczeniu nowoczesnych terapii. – Świadoma polityka zdrowotna państwa polega nie tylko na reagowaniu na bieżące problemy, ale na tworzeniu warunków umożliwiających wprowadzenie nowoczesnych technologii medycznych. Warto stawiać na naukę i rozwój dla naszego zdrowia – zaapelowała. – 7. Kongres „Zdrowie Polaków” ponownie staje się miejscem rozmowy o tym, jak budować zdrowe społeczeństwo, świadome, wyedukowane, z dostępem do wysokiej jakości opieki medycznej. Jego misją jest łączenie wiedzy ekspertów z potrzebami pacjentów, a także inspirowanie działań, które wzmacniają bezpieczeństwo zdrowotne państwa. Dziękuję za ten kolejny ważny kongres – zakończyła.

Uczestników i organizatorów powitała także online **Monika Wielichowska**, wicemarszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, podkreślając, że od lat stanowi on wyjątkową przestrzeń dialogu o tym, co najważniejsze – o zdrowiu Polek i Polaków. – Tegoroczne hasło idealnie oddaje istotę współczesnych wyzwań. Zdrowie nie jest prostą sumą działań, lecz układanką wielu elementów: profilaktyki, edukacji, nowoczesnej medycyny, badań naukowych i przede wszystkim odpowiedzialności społecznej, ale też cyfryzacji i troski o środowisko. Tych wszystkich puzzli nie da się użyć osobno. Tylko współpraca różnych środowisk, naukowców, lekarzy, farmaceutów, samorządowców,



◀ Wicepremier, minister obrony narodowej dr Władysław Kosiniak-Kamysz

▲ Minister zdrowia dr Jolanta Sobierańska-Grenda i dr Filip Nowak, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

organizacji pacjentów, decydentów pozwoli zbudować system, który odpowie na realne potrzeby społeczeństwa – powiedziała. Dziękując prof. Henrykowi Skarżyńskiemu za nieustanne inspirowanie środowisk naukowych i medycznych, życzyła, aby kongres był nie tylko miejscem rozmowy, ale także początkiem działań, które jeszcze skuteczniej będą służyć zdrowiu nas wszystkich. Poinformowała, że w Sejmie rok 2026 będzie upływał pod hasłem profilaktyki zdrowotnej. Prof. Henryk Skarżyński, odnosząc się do planowanego przez Sejm Roku Profilaktyki Zdrowotnej, poinformował o uruchomieniu aplikacji inicjującej powszechne badania słuchu, szczególnie wśród ósmoklasistów. – Wykorzystanie wielu elementów nowych technologii i sztucznej inteligencji pozwala przeprowadzić badania całej populacji w Polsce – mówił, zapowiadając wykorzystanie aplikacji HearBox mobile do szerokiej akcji społecznej.

– To, co robi prof. Henryk Skarżyński, wybitny naukowiec, wspaniały lekarz, ale też niezwykły organizator ochrony zdrowia, zasługuje na jak największe uznanie i wyrazy wdzięczności – zaczął swoją wypowiedź online wicepremier i minister obrony narodowej **dr Władysław Kosiniak-Kamysz**. Wymieniając stojące przed Polską wyzwania, wskazał na budowanie siły społeczeństwa, jego świadomości proobronnej, ale też świadomości zdrowotnej. – Tylko zdrowe

społeczeństwo jest w stanie się obronić. A mamy coraz bardziej starzejącą się populację. Dzieci rodzi się coraz mniej. „Siwiejemy” jako Polska. Musimy więc na te wyzwania związane ze zmianami demograficznymi odpowiedzieć. To wymaga profilaktyki, prewencji i zdrowego stylu życia, który w 70 proc. odpowiada za nasze zdrowie – zaznaczył. Dodał, że medycyna musi wracać do holistycznego podejścia, czyli troski o dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. – Te wszystkie elementy muszą się łączyć. Nie tylko organizacja opieki zdrowotnej i jej finansowanie przez NFZ są istotne – wskazał. Wicepremier Władysław Kosiniak-Kamysz wspominał o tym, jak wraz z prof. Henrykiem Skarżyńskim zaczynał przesiewowe badania słuchu wśród dzieci na wsi. – To przyniosło gigantyczny efekt. Wykryliśmy bardzo poważne schorzenia, którym mogliśmy w odpowiedni sposób szybko zaradzić. Ten projekt się sprawdził. Potrzebujemy więcej takich, obecnie skierowanych do osób w dostojnym wieku – zaapelował. Poinformował, że Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi znów chce się włączyć w projekt promocji zdrowia i zdrowego stylu życia na obszarach wiejskich. – Powołane przeze mnie w tym roku szpitale wojskowe, przychodnie, Wojsko Medyczne są gotowe do współpracy. Budowanie odpornego społeczeństwa, zdrowego i mającego świadomość zagrożeń, ale też chętnego do podejmowania wyzwań,



▲ Dr Beata Małecko-Libera, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia (wystąpienie online)



▲ Dr hab. Adam Krzywoń, zastępca rzecznika praw obywatelskich



▲ Renata Kaznowska, wiceprezydent m.st. Warszawy

żeby budować odporność własną, indywidualną, jest dzisiaj potrzebne – podkreślił.

W inauguracji kongresu uczestniczyła również **dr Jolanta Sobierańska-Grenda**, minister zdrowia. – To nie jest mój „pierwszy raz” z kongresem. Zapewniła, że jako długoletni pracownik systemu ochrony zdrowia z jego rekomendacji korzysta. Podziękowała prof. Henrykowi Skarżyńskiemu za organizację tego wydarzenia. – Kiedy patrzę na te puzzle jako minister zdrowia, a wcześniej zarządzająca systemem, wiem, że to duża trudność, żeby je poskładać. Dziękuję za tę platformę, gdzie możemy bez zbędnych emocji w przyjaznej atmosferze rozmawiać z ekspertami i wieloma środowiskami o tym, czego w systemie potrzebujemy. Będziemy wsłuchiwać się w to, co pojawi się na panelach, i aktywnie w nich uczestniczyli – zapewniła. – Dla mnie szczególnie ważne są edukacja i forma komunikacji z pacjentem oraz wszelkie kanały docierania do niego na terenach wiejskich, miejskich, niezależnie od wykształcenia. Należy stworzyć system współpracy, bo wtedy efekty leczenia będą dużo większe – podsumowała.

Definicję zdrowia przypomniała przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia **dr Beata Małecko-Libera**. Światowa Organizacja Zdrowia określa je jako stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko braku choroby, oraz jako naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia poprzez zorganizowany wysiłek społeczeństwa i państwa. – Nawiązując do hasła tegorocznego kongresu, kładę szczególny nacisk na słowa „zorganizowany wysiłek państwa”, ale także na świadome społeczeństwo i jego zaangażowanie. Ta edukacja społeczeństwa staje się ważnym elementem. I ten kongres odgrywa edukacyjną rolę – powiedziała. Dodała, że Senat objął kongres honorowym patronatem i podziękowała za jego organizację. – Cieszy mnie, że temat profilaktyki stał się bardziej nośny i interesujący. Już nikt z klinicystów nie ma wątpliwości, że chcąc poprawić nasze wskaźniki zdrowia, musimy mocno wesprzeć edukację zdrowotną i działania prewencyjne, bo każdy element jest ważny – podkreśliła na zakończenie swojego wystąpienia online. Zapowiedziała, że podsumowanie kongresu i prezentacja rekomendacji odbędą się w Senacie.

Dr Filip Nowak, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, mówił o wyzwaniach, przed którymi stoi polski system ochrony zdrowia. – Jeszcze nie mieliśmy takiej sytuacji, żeby aż tyle było do zrobienia w systemie i żeby te działania były tak bardzo pilne

i potrzebne do zrealizowania – podkreślił. Wskazał na ogromne zapotrzebowanie na świadczenia medyczne wynikające przede wszystkim z postępu medycyny, ale także ze wskaźników demograficznych. – Ogromny potencjał szpitalny, którym dysponuje nasz kraj, nie zawsze przystaje do nowoczesnych metod leczenia. Czas hospitalizacji znacznie się skraca i staje się ona ostatecznością, której staramy się wszyscy uniknąć – zauważył. Wspomniał również o zarobkach w ochronie zdrowia, które są dużym wyzwaniem. Mówił też o nowych technologiach medycznych, które sporo kosztują. – Stoimy przed koniecznością udzielenia sobie odpowiedzi na pytanie, jaki ustrój zdrowotny czeka nas w najbliższych latach. Dziś wiemy, że aby zaspokoić te wszystkie potrzeby, nie wystarczy już składki zdrowotnej, o czym świadczą dotacje budżetowe w tym roku. Wierzę, że tęgie głowy z zakresu nauki, gospodarki, medycyny, systemu ochrony zdrowia, które zgromadził prof. Henryk Skarżyński, przedstawią jakieś rekomendacje dotyczące przyszłości systemu ochrony zdrowia – powiedział. – Patrząc na te puzzle, które składają się w dobrostan zdrowotny naszego społeczeństwa, powinniśmy zawsze pamiętać o profilaktyce. Bez profilaktyki, bez edukacji zdrowotnej nie ma szans na zdrowe społeczeństwo, nawet przy medycynie naprawczej najwyższych lotów – dodał. Zachęcał do korzystania z programu Moje Zdrowie, w którym wzięło udział już 2 miliony chętnych, w tym 20 proc. 20-latków i 25 proc. 30-latków. Przypomniat, że listopad jest miesiącem profilaktyki raka prostaty i jąder. – Wśród chętnych do skorzystania z programu Moje Zdrowie tylko 35 proc. to mężczyźni – poinformował.

Zastępca rzecznika praw obywatelskich **dr hab. Adam Krzywoń**, również podkreślał, że motto kongresu „Zdrowie – każdy element ma znaczenie” doskonale oddaje sens potrzebnej debaty. – Zdrowie nie jest wyłączną sprawą medycyny czy organizacji systemu ochrony zdrowia, ale fundamentem godnego życia i warunkiem korzystania z praw i wolności, które nam gwarantuje Konstytucja RP. To nie tylko hasło, ale konkretna miara równości i sprawiedliwości naszego systemu. Prawo, które przypomina nam, że państwo ma obowiązek tworzyć realne warunki dostępu do świadczeń dobrej jakości, bezpiecznych i udzielanych z poszanowaniem godności pacjentów. Kiedy zawodzi zdrowie, to zawodzi też możliwość uczenia się, pracy, opieki nad bliskimi, uczestnictwa w życiu publicznym. Mówiąc wprost, ochrona zdrowia jest jednym z najważniejszych narzędzi ochrony praw i wolności



▲ Dr Paweł Grzesiowski, główny inspektor sanitarny (wystąpienie online)



▲ Łukasz Pietrzak, główny inspektor farmaceutyczny



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



▲ Prof. Marek Krawczyk, dziekan Wydziału V Nauk Medycznych PAN

człowieka – podkreślił. Wskazał na rolę kongresu w systemowej dyskusji na ten temat. Wymienił problemy, które zgłaszane są do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, m.in. osób, które tygodniami czekają na diagnozę onkologiczną, rodzin z dziećmi z chorobami rzadkimi, pacjentów psychiatrycznych pozbawionych wsparcia środowiskowego, kobiet, które doświadczyły naruszeń swoich praw w trakcie porodu.

Dodał, że to pokazuje, iż prawo do zdrowia wymaga współdziałania wielu systemów, wielu elementów, dokładnie tak, jak sugeruje motto kongresu.

Kongres „Zdrowie Polaków” na stałe wpisał się już kalendarz ważnych wydarzeń i debat poświęconych wyzwaniom zdrowotnym naszego społeczeństwa, powiedziała, zaczynając swoją wypowiedź **Renata Kaznowska**, wiceprezydent m.st. Warszawy. Podziękowała za możliwość współuczestniczenia miasta stołecznego Warszawy w tym ważnym wydarzeniu. Odnosząc się do hasła kongresu, wskazała, że podkreśla ono, jak złożonym i wielowymiarowym zjawiskiem jest zdrowie i ukazuje konieczność holistycznego podejścia, w którym dobrostan człowieka jest sumą bardzo wielu czynników. Przypomniała, że zdrowie nie istnieje w oderwaniu od środowiska. – Czyste powietrze, bezpieczne otoczenie, dostęp do profilaktyki, edukacji zdrowotnej, dbałość o zdrowie psychiczne to czynniki, które mają wpływ na zdrowe



▲ Prof. Alojzy Z. Nowak, rektor Uniwersytetu Warszawskiego (wystąpienie online)

społeczeństwo. Będziemy o tym mówić podczas naszego panelu samorządowego, bo jako samorzady mamy ogromną rolę do odegrania – deklarowała. Podziękowała prof. Henrykowi Skarżyńskiemu za organizację kongresu. – Bez Pana to po prostu nie byłoby możliwe. Wierzę, że przyniesie nam to ważne rozwiązania i konkretne rekomendacje, które będą stanowić wytyczne dla nas wszystkich, dla samorządów lokalnych, środowisk medycznych, naukowców i rządzących, abyśmy mogli kompleksowo zadbać o zdrowie naszych mieszkańców – powiedziała.

Marcin Pawlak, dyrektor Departamentu Cyfryzacji, Geodezji i Kartografii Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego, w imieniu marszałka dr. Adama Struzika przypomniał, że samorząd województwa mazowieckiego jest nie tylko organem, który prowadzi placówki medyczne, ale również aktywnym beneficjentem wszelkiego rodzaju programów służących rozwojowi systemu ochrony zdrowia. – Kongres jest nie tylko okazją do omówienia wyzwań, z którymi mierzy się system ochrony zdrowia, ale przede wszystkim do wspólnego poszukiwania mądrych i odpowiedzialnych rozwiązań – podkreślił.

W kongresie uczestniczył także online **dr Paweł Grzesiowski**, główny inspektor sanitarny. Przypomniał, że Inspekcja Sanitarna to największa grupa pracowników zawodowych zajmujących się zdrowiem



▲ Dr Łukasz Jankowski,
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej



▲ Jarosław Fiks, dyrektor generalny
w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta



▲ Dr Monika Pintał-Ślimak, prezes Krajowej
Rady Diagnostów Laboratoryjnych

publicznym w Polsce. – Oczekujemy efektów tego kongresu, bo moim zadaniem jest wdrażanie interwencji mających na celu zwiększenie i utrzymanie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. A nie uda się to bez współdziałania i uruchamiania rozmaitych obszarów. Taki jest system mocny jak jego najstarszy punkt. Ten kongres jest ważnym momentem refleksji i zastanowienia, jakie priorytety musimy w tej chwili realizować – zaznaczył. Zapewnił, że GIS robi wszystko, aby dane epidemiologiczne, które pojawiają się w systemie, żyły i były wykorzystywane oraz przekładane na konkretne interwencje. – Tak sobie wyobrażam współczesne zdrowie publiczne – analizy służące trafnemu adresowaniu naszych działań – powiedział. Każda złotówka wydana na profilaktykę przynosi minimum 10-krotny wzrost gospodarczy w kontekście oszczędności niewydatanych pieniędzy na leczenie – podsumował.

O zapewnieniu dostępu do leków podczas otwarcia kongresu mówił **Łukasz Pietrzak**, główny inspektor farmaceutyczny. Przypomniał, że jednym z najbardziej dotkliwych wskaźników niewydolności systemu ochrony zdrowia jest niska ich dostępność, a współczesna farmakoterapia jest podstawowym narzędziem większości specjalizacji lekarskich, bo nawet zabiegi i operacje są najczęściej robione pod osłoną leków. Tymczasem zaledwie 20 proc. składników

aktywnych leków jest produkowanych na terenie Unii Europejskiej i w konsekwencji Europa jest zależna od dostawców azjatyckich. Polski rynek leków jest piątym pod względem wielkości w UE, ale Polska jeśli chodzi o wielkość produkcji farmaceutycznej plasuje się dopiero na 13. pozycji. Udział krajowych producentów leków w polskim rynku farmaceutycznym to zaledwie 24 proc. Tymczasem doświadczenia ukraińskie pokazują, że w momencie wybuchu wojny zapasy leków starczały na zaledwie 10 dni. – Jeżeli nie podejmiemy radykalnych i szybkich kroków, które byłyby w stanie wzmocnić nasz sektor produkcji leków, a przede wszystkim zachować niezależność, która nam została, możemy mieć ogromny problem nie tylko z powodu ewentualnych zagrożeń związanych z konfliktem zbrojnym, ale zwykłych decyzji poszczególnych koncernów i firm, zwłaszcza tych zlokalizowanych w Azji – ostrzegął. Dodał, że Chiny nie tylko uzależniły świat od dostaw leków generycznych, ale inwestują też ogromne pieniądze w innowacje. W Chinach rejestruje się około 50 nowych leków rocznie. – Musimy podjąć wszelkie starania, aby nie tylko wzmocnić nasz sektor farmaceutyczny, ale też dzięki współpracy w ramach UE przynajmniej w zakresie leków krytycznych być niezależnym – apelował.

– Nie mogę nie zacząć od wyrażenia najwyższego szacunku dla prof. Henryka Skarżyńskiego

i wszystkich organizatorów tej wspaniałej konferencji, podczas której rozmawiamy o rzeczach chyba najważniejszych dla nas wszystkich – rozpoczął swoje wystąpienie **prof. Michał Kleiber**, przewodniczący Polskiego Komitetu ds. UNESCO. – Obok spraw bezpieczeństwa narodowego to właśnie zdrowie jest dzisiaj głównym przedmiotem publicznego zainteresowania, debat publicznych, zaangażowania mediów, dyskusji eksperckich. Komitet do spraw UNESCO, jednej z kluczowych ONZ-owskich organizacji, nie jest wyjątkiem i podejmuje tematykę szeroko rozumianego zdrowia w wielu aspektach, wprowadzając ją do międzynarodowych ustaleń, debat dotyczących edukacji, badań naukowych, ochrony środowiska. Mamy wiarygodne informacje, że efekty tych dyskusji docierają do społeczeństw bardzo wielu krajów, stając się elementem rosnącej świadomości znaczenia troski o bardzo szeroko rozumiane zdrowie publiczne i wyzwań, które w tym zakresie przed nami stoją – powiedział. Poinformował, że UNESCO przykładą wielką wagę do holistycznego podejścia do zdrowia jako części olbrzymiego systemu społecznych i ekologicznych powiązań niełatwych do identyfikacji. Ogromne znaczenie przypisuje też edukacji trwającej od najmłodszych lat przez całe życie, uważając to za niezwykle ważny element poprawy zdrowotnej sytuacji całego świata. Dostrzega też ważną rolę badań naukowych, których efektem są nowe technologie mające wielki wpływ diagnostyczny i terapeutyczny m.in. w kontekście doboru i finansowania priorytetów badawczych i koordynacji interdyscyplinarności. Szczególnie preferencyjnie traktowane są nauki medyczne i ich interdyscyplinarne wsparcie, a więc biomedycyna, inżynieria biomedyczna, badania dotyczące nowych materiałów ważnych m.in. w terapii wielu obrażeń, zastosowania informatyki, a w szczególności sztucznej inteligencji, a także badania społeczne, w tym etyka, której rozstrzygnięcia coraz bardziej są potrzebne w związku z rozwojem nowych technologii. – Nowe technologie, szczególnie biomedyczne, mają olbrzymi potencjał, ale jednocześnie tworzą pewne zagrożenia, np. poprzez możliwość tworzenia groźnych broni biologicznych – wskazał. Dodał, że za niezwykle ważne UNESCO uważa szerokie upowszechnianie wiedzy o zdrowiu, bo pogłębiona świadomość w tym zakresie ułatwia pozyskiwanie szerokiego poparcia społecznego dla niezbędnych reform w istniejących systemach ochrony zdrowia. Zwrócił uwagę na ekonomiczny wymiar zdrowia. – Mnożąc setki miliony godzin, które Polacy



▲ Dr Andrzej Tytuła, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Półożnych



▲ Prof. Piotr Czauderna, członek Rady Zdrowia przy Prezydencie RP (wystąpienie online)



▲ Zbigniew Derdziuk, prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (wystąpienie online)

spędzają np. na zwolnieniach lekarskich, przez wartość ich pracy, otrzymujemy olbrzymią sumę. Z badań Banku Światowego wynika, że właśnie zdrowie publiczne ma olbrzymi wpływ na tempo rozwoju gospodarczego – zaznaczył. Zwrócił też uwagę, że atmosfera wokół problematyki zdrowia publicznego niezwykle silnie wpływa na poczucie ludzkiej wspólnoty, a to z kolei na wszystkie obszary naszego życia. Mówił też o wyzwaniach cyfrowych w medycynie. Podkreślił, że nasz kraj dokonał istotnych postępów na drodze do informatyzacji systemu ochrony zdrowia. – Do standardów zaczyna wchodzić w różnych obszarach medycyny sztuczna inteligencja i telemedycyna. Wszyscy wiemy, że może wspomagać analizę obrazowania medycznego, personalizować leczenie, przyspieszać wprowadzanie na rynek nowych, doskonalszych leków, być wykorzystywana do inteligentnej robotyki, w szczególności w chirurgii, ale i poprawy dokumentacji medycznej, a także kształcenia studentów – wyliczał. – Sztuczna inteligencja ma olbrzymi potencjał, ale również możliwość wprowadzenia do naszego życia wielkich niebezpieczeństw poprzez nieprzemyślane zastosowania – ostrzegął. Zaznaczył, że nie zastąpi ona w przyszłości lekarzy, ale lekarze, którzy będą po nią rozsądnie sięgać, zastąpią tych, którzy jej w ogóle nie będą używać. Może być też lekarstwem na bólączkę współczesnych systemów ochrony zdrowia związanych z brakiem medyków, bo – według danych WHO – za 10 lat deficyt liczby lekarzy na świecie osiągnie 13 milionów. – Przemyślana synergiczna dbałość o nasze zdrowie stała się potrzebą o strategicznym znaczeniu dla naszej przyszłości – podsumował.

Z kolei **prof. Marek Krawczyk**, dziekan Wydziału V Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk, podkreślił, że choć wraz z prof. Henrykiem Skarżyńskim są przedstawicielami medycyny naprawczej, wiedzą, że bez nauki i postępu nie ma rozwoju. – Medycyna bez rozwoju nauki nie byłaby w tym miejscu, w którym jest teraz – zaznaczył. Wskazał na znaczenie inżynierii medycznej. – Bez pomocy nauki nie byłibyśmy w stanie rozwinąć tego, co prof. Henryk Skarżyński robi w zakresie działań naprawczych w zaburzeniach słuchu – powiedział. Przypomniął, że wysoką pozycję Polski w transplantologii zawdzięczamy umiejętności wykorzystywania rozwoju badań technicznych. – Przeszczepiamy dzisiaj znacznie więcej narządów dzięki stosowaniu maszyn do perfuzji – poinformował. – Rozwój nauki jest stymulatorem dalszego postępu – podkreślił.

– Wszędzie, gdzie byłem na świecie – w Ameryce, Brazylii, Korei Południowej, Japonii, pytano mnie, czy znam prof. Henryka Skarżyńskiego – rozpoczął swoje wystąpienie online **prof. Alojzy Z. Nowak**, rektor Uniwersytetu Warszawskiego. – Czynisz dobro dla osób niesłyszących, upośledzonych, ale robisz też jeszcze więcej, organizując ten kongres. Łączysz polityków, naukowców, samorządowców, ludzi biznesu, wyjaśniając, dlaczego zdrowie jest ważne, dlaczego powinniśmy wspólnie o nie dbać i co możemy zrobić, żebyśmy mieli się lepiej, nawet gdy mamy do czynienia ze starzejącym się społeczeństwem, z wszechobecną dezinformacją i kiedy – jak pisze Nassim Nicholas Taleb – społeczeństwo jest kruche. To Twoja ogromna zasługa – dziękował. – Po takich kongresach nadszedł czas, żeby zacząć mówić, że nakłady na zdrowie to nie są koszty, ale inwestycje, które będą zwiększać poziom produktu krajowego brutto – podkreślił.

Dr Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, wspomniał, że kiedy siedem lat temu rozeszła się wieść, że prof. Henryk Skarżyński będzie „robił kongres o zdrowiu Polaków”, pomyślał, że to zbyt szeroki temat, a Kajetany są za daleko od Warszawy. – Tymczasem mamy dzisiaj kolejną edycję – szczęśliwą siódmkę. I udało się prof. Henrykowi Skarżyńskiemu zdefiniować, czym te puzzle są, bo kiedy otworzymy program, widzimy kadry, innowacje, technologie, profilaktykę, diagnostykę, ale i wpływ klimatu na zdrowie. I mam nadzieję, że będziemy układać je razem. Tu jest platforma dialogu, na której możemy stanąć wszyscy. I choć czasem nie zgadzamy się ze sobą, mimo wszystko próbujemy dopasować puzzle. I to jest bardzo cenne. Serdecznie gratuluję niezłomności, inicjatywy i idei połączonej z wizją – powiedział.

– To właśnie dzięki współpracy, o której mówi motto kongresu, po 17 latach działania Rzecznik Praw Pacjenta stał się partnerem zarówno w łączeniu tego, co potrzeba pacjentom, jak i środowisku w ochronie zdrowia, mówił **Jarostaw Fiks**, zastępca Rzecznika Praw Pacjenta. – Ta współpraca to ponad 100 organizacji pacjentów, które skupiają się wokół Rzecznika. Bez niej nie byłoby funduszy kompensacyjnych. A możemy się tym chwalić w Europie i na świecie. Wypłacamy świadczenia kompensacyjne bez orzekania winy, czyli w duchu wzajemnego zrozumienia wyciągamy wnioski z tego, co się stało, a pacjent w ciągu kilku miesięcy otrzymuje zadośćuczynienie. Bez współpracy nie byłoby projektu ustawy, tzw. Lex szarlatan, wzmacniającej rolę pracowników służby

zdrowia uprawnionych zgodnie z kompetencjami, a nie oszustów – wyliznąć.

Dr Monika Pintał-Ślimak, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, dziękowała za wzięcie pod uwagę roli medycyny laboratoryjnej. – Często o tym się zapomina, chociaż to podstawowy element w profilaktyce i medycynie naprawczej. Cieszę się, że w trakcie kongresu znalazły się tematy, w których diagnostyka i medycyna laboratoryjna mają znaczenie – powiedziała.

Biorący udział w kongresie **dr Andrzej Tytuła**, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, wyraził nadzieję, że prace, które trwają w Ministerstwie Zdrowia nad uporządkowaniem kompetencji zawodowych, przyczynią się do lepszego wykorzystania pielęgniarek i położnych, między innymi w profilaktyce i edukacji zdrowotnej pacjentów. Dodał, że w wykorzystaniu prezentowanej przez prof. Henryka Skarżyńskiego aplikacji do badania słuchu ośmioklasistów pomocne mogą okazać się kompetencje pielęgniarek medycyny szkolnej.

Podczas wystąpienia online **prof. Piotr Czauderna**, członek Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, dziękował za podnoszenie trudnych i ważnych tematów w polskiej ochronie zdrowia przez uczestników kongresu. – Zdrowie jest stanem, o który musimy wszyscy dbać. Nie wystarczy personel ochrony

zdrowia. Konieczne jest zaangażowanie każdego z nas i myślę, że o tym będzie ten kongres. Nowoczesna medycyna nie istnieje bez zaangażowania także pacjentów, społeczeństwa i dbałości o własne zdrowie, o zdrowy tryb życia, zdrowe nawyki czy odpowiednią profilaktykę i prewencję – mówił.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest związany z systemem ochrony zdrowia na wielu płaszczyznach, przypomniał **Zbigniew Derdziuk**, prezes ZUS, witając online uczestników kongresu. – Jako prezes instytucji zajmującej się wypłatą świadczeń kompensujących utratę dochodów w razie niezdolności do pracy dostrzegam w profilaktyce zdrowia ogromny potencjał. ZUS jest przekonany, że lepsza od kompensacji jest rehabilitacja, a jeszcze lepsza prewencja i profilaktyka – podkreślił. Dodał, że profilaktyka jest inwestycją, a innowacje w jej zakresie ograniczają absencję chorobową w pracy, liczbę wypadków przy pracy, częstotliwość zachorowań na choroby zawodowe. A to wszystko przekłada się na wydatki publiczne i prywatne.

Prof. Henryk Skarżyński podziękował uczestnikom za udział w debacie otwierającej kongres. – Dziękuję za wszystkie ciepłe słowa kierowane pod naszym adresem i wszystkich tych, dla których zdrowie jest niezwykle ważne. Będą one inspiracją do dalszych działań – zapewnił.

Link do nagrania:

http://www.youtube.com/watch?v=_paxp00gBoQ&t=7553s





**KONGRES
ZDROWIE
POLAKÓW
2025**

DEBATY



Zdrowie cyfrowe obywatela

Cyfryzacja systemu a gotowość pacjenta – e-recepta, IKP, teleporady

Moderatorzy:

red. Roman Czejarek, Program Pierwszy Polskiego Radia

dr Tomasz Zieliński, ekspert ds. cyfryzacji w ochronie zdrowia,
wiceprezes Polskiej Izby Informatyki Medycznej

Uczestnicy:

dr Adam Konka, dyrektor Centrum e-Zdrowia

dr Tomasz Maciejewski, podsekretarz stanu, Ministerstwo Zdrowia

Rafał Sionkowski, Chief Product Owner, Centralny Ośrodek Informatyki

dr Dariusz Standerski, sekretarz stanu, Ministerstwo Cyfryzacji

Pierwsza debata w ramach 7. Kongresu „Zdrowie Polaków” poświęcona była cyfryzacji systemu ochrony zdrowia oraz gotowości pacjentów do korzystania z usług cyfrowych, takich jak e-recepta, Internetowe Konto Pacjenta (IKP) i teleporady.

Debatę otworzył prof. Henryk Skarżyński, przewodniczący Rady Programowej Kongresu, który podkreślił, że wydarzenie to stanowi platformę wymiany wiedzy i doświadczeń między medycyną a innymi dziedzinami nauki, a w zdrowiu każdy element ma znaczenie.

Eksperci uczestniczący w debacie wskazywali na konieczność łączenia nowych rozwiązań technologicznych z edukacją pacjentów, aby narzędzia cyfrowe były powszechnie rozumiane i wykorzystywane. Dr Adam Konka, dyrektor Centrum e-Zdrowia,

podkreślił, że Polska jest liderem cyfryzacji w ochronie zdrowia w Europie.

Jednym z głównych tematów debaty było wykorzystanie aplikacji mObywatel w kontekście usług zdrowotnych. Dr Dariusz Standerski, sekretarz stanu w Ministerstwie Cyfryzacji, zaznaczył, że mObywatel to najpopularniejsza aplikacja obywatelska nie tylko w Polsce, ale w całej Unii Europejskiej, a liczba użytkowników zbliża się do 11 mln i stale rośnie. Od końca 2023 r. liczba osób rejestrujących się i korzystających z aplikacji mObywatel uległa podwojeniu. Podkreślił również, że mObywatel jest systematycznie rozszerzany o kolejne funkcje, umożliwiając realizację wielu spraw bez wychodzenia z domu.

– Pokazuje to, jak elastycznym i wszechstronnym narzędziem jest aplikacja mObywatel oraz jak szeroko może być wykorzystywana w różnych obszarach życia, w tym także jako uzupełnienie i wsparcie działań w obszarze zdrowia – powiedział dr Dariusz Standerski.

Podczas debaty przypomniano również, że w obszarze zdrowia najczęściej wykorzystywaną usługą w aplikacji mObywatel jest e-recepta, a użytkownicy mają również możliwość wygodnego przejścia do aplikacji mojeIKP.

Rafał Sionkowski, Chief Product Owner w Centralnym Ośrodku Informatyki, zwrócił uwagę, że od pewnego czasu intensywnie rozwijana jest współpraca w obszarze cyfryzacji dokumentów medycznych. Do aplikacji wprowadzono m.in. cyfrowe wersje dokumentów potwierdzających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, lekarza oraz lekarza dentystry. Dzięki temu użytkownicy zyskują kolejne funkcjonalności i coraz więcej powodów do regularnego korzystania z tego narzędzia.

Zapytany o grupę, która najczęściej korzysta z tej aplikacji, Rafał Sionkowski przyznał, że najliczniejszą stanowią osoby wchodzące w dorosłość. Młodzi użytkownicy często aktywują aplikację mObywatel przy okazji wyrabiania pierwszego dowodu osobistego. Jak podkreślił, bardzo aktywną grupą są również osoby w wieku 40+. Natomiast wśród osób w wieku 50–60+ obserwuje się stabilizację liczby użytkowników – przyrost nie jest już tak dynamiczny, jednak prowadzone są intensywne działania edukacyjne.

– Każda nowa usługa i każdy dokument są szczegółowo objaśniane w sposób przystępny dla różnych grup wiekowych, tak aby także osoby mniej zaznajomione z technologią mogły bez przeszkód z nich korzystać – przekonywał Rafał Sionkowski.

Wyjaśnił jednocześnie, że projektując kolejne funkcjonalności, zespół dąży do tego, aby były one użyteczne i atrakcyjne zarówno dla młodych osób wchodzących w dorosłość, jak i dla użytkowników, dla których nowe technologie mogą stanowić pewną barierę.

Na pytanie, dlaczego wśród osób w wieku 50–60+ obserwuje się stabilizację liczby użytkowników, Rafał Sionkowski wyjaśnił, że z prowadzonych badań wynika, że osoby w tym wieku często nie dostrzegają konkretnych korzyści płynących z instalacji i korzystania z aplikacji. Nie wiedzą, jakie realne potrzeby mogłaby ona zaspokoić ani w jaki sposób ułatwiłaby im codzienne funkcjonowanie.

Dlatego, jak podkreślał, kluczowe znaczenie ma edukacja oraz prezentowanie prostych, praktycznych rozwiązań, które rzeczywiście usprawniają załatwianie codziennych spraw. Jako przykład wskazał możliwość logowania się do usług cyfrowych bez konieczności zapamiętywania haseł – wystarczy zeskanować kod QR.

Podczas debaty podkreślano, że pokazywanie funkcjonalności przez pryzmat konkretnych, namacalnych korzyści pozwala stopniowo przekonywać osoby dotychczas niezdecydowane. Warunkiem jest jednak skuteczne dotarcie do tej grupy i jasne wyjaśnienie, dlaczego korzystanie z narzędzi cyfrowych ma dla nich sens.

Dane dotyczące korzystania z IKP i mojeIKP przedstawił natomiast dr Tomasz Maciejewski, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Jak poinformował, z obu aplikacji korzysta prawie połowa dorosłych Polaków, a najbardziej aktywne są osoby w wieku 30–50 lat. Dr Maciejewski zaznaczył, że Ministerstwo Zdrowia intensywnie pracuje nad poszerzeniem funkcjonalności IKP. Wśród nowych elementów pojawią się: e-rejestracja, możliwość zamawiania recept i karta zdrowia pacjenta, czyli zestaw kluczowych danych medycznych. Z innych planowanych udogodnień warto wymienić dostęp do wyników badań oraz alerty o nieprawidłowych wynikach, które mają skłaniać pacjentów do szybszego kontaktu z lekarzem. Podkreślono, że system e-rejestracji będzie w najbliższym czasie najdynamiczniej rozwijaną funkcjonalnością IKP.

Debata pokazała, że cyfryzacja systemu ochrony zdrowia w Polsce jest na zaawansowanym poziomie, a kluczowe instytucje pracują nad tym, by pacjent miał coraz szerszy dostęp do usług medycznych online. Eksperti zwrócili uwagę, że jednym z powodów, dla których nie wszyscy korzystają z dostępnych rozwiązań, są zróżnicowane kompetencje cyfrowe wśród pacjentów, a także niewystarczająca

świadomość korzyści, jakie niosą e-usługi zdrowotne. Przypomniano także, że obecnie prowadzony jest pilotaż klubów rozwoju cyfrowego. W wybranych kilkudziesięciu powiatach w Polsce realizowany jest program, w ramach którego środki finansowe przekazywane są lokalnym stowarzyszeniom, kołom gospodyń wiejskich oraz osobom działającym na miejscu. Otrzymują one również gotowe materiały edukacyjne wraz ze wskazówkami, w jaki sposób przekazywać wiedzę mieszkańcom.

Po zakończeniu pilotażu program ma zostać uruchomiony docelowo we wszystkich powiatach w Polsce. Jak podkreślono, nie chodzi o działania prowadzone „zza biurka” w ministerstwie, lecz o inicjatywy realizowane w lokalnych społecznościach. To właśnie na poziomie powiatów najlepiej wiadomo, jaka forma przekazywania wiedzy będzie najskuteczniejsza. Dlatego programy będą dostosowane do specyfiki każdego powiatu w kraju. Podczas debaty wskazano również, że wyzwaniem pozostają kompetencje cyfrowe najmłodszego pokolenia. Mogłoby się wydawać, że młodzi ludzie „rodzą się z telefonem w ręku”. Okazuje się jednak, że choć doskonale wiedzą, jak przewijać treści czy nagrać rolkę, nie mają pojęcia, jak założyć profil zaufany, a często także nie potrafią napisać e-maila. W tym obszarze również prowadzone są działania, ponieważ widać, że problemy z kompetencjami cyfrowymi nie dotyczą wyłącznie osób starszych.

Ekspertcy wyrazili nadzieję, że cyfryzacja zwiększy dostępność standardowych usług medycznych, choć przyznali, że wciąż pozostaje wiele pracy do wykonania.

Wnioski:

- Cyfryzacja zdrowia w Polsce jest na zaawansowanym poziomie, a kluczowe instytucje systematycznie rozwijają dostęp do usług cyfrowych.
- mObywatel i mojeIKP są coraz powszechniej wykorzystywane, a rosnąca liczba funkcjonalności zachęca użytkowników do regularnego korzystania z aplikacji.
- Istotna jest edukacja pacjentów i dostosowanie narzędzi cyfrowych do różnych grup wiekowych, ponieważ wśród użytkowników, zwłaszcza w wieku 50–60+ obserwuje się braki w kompetencjach cyfrowych oraz niewystarczającą świadomość korzyści płynących z e-usług.
- Lokalne działania edukacyjne, takie jak pilotaż klubów rozwoju cyfrowego, zwiększają skuteczność wdrażania narzędzi cyfrowych, ponieważ pozwalają dopasować sposób przekazywania wiedzy do specyfiki każdej społeczności.
- Cyfryzacja systemu ochrony zdrowia wymaga dalszych działań i rozwoju, aby w pełni wykorzystać swoje możliwości.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=UYKWvCK6TuE&t=316s>





Edukacja zdrowotna: inwestycja w przyszłość społeczeństwa

Od świadomości do odpowiedzialności – nowa strategia edukacji zdrowotnej Polaków

Moderatorzy:

prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
prof. Wojciech Załuska, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Gość specjalny:

dr Jolanta Sobierańska-Grenda, minister zdrowia

Uczestnicy:

prof. Mariusz Bidziński, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej
dr hab. Tomasz Bojar-Fijałkowski, prof. PANS, prorektor ds. naukowych i studenckich, Powiślańska Akademia Nauk Stosowanych
dr Krystyna Chmal-Jagiełło, konsultant krajowa w dziedzinie farmacji szpitalnej
gen. broni prof. Grzegorz Gielera, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego
prof. Mariusz Gujski, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
prof. Ewa Helwich, konsultant krajowa w dziedzinie neonatologii
dr Piotr Janiewicz, prof. PANS, pełnomocnik rektora ds. pielęgniarstwa, Powiślańska Akademia Nauk Stosowanych
prof. Brygida Kwiatkowska, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher
prof. Ewa Kwiatkowska, dziekan Wydziału Medycyny, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
prof. Anna Latos-Bieleńska, konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej
Izabela Marcewicz-Jendrysik, dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher
prof. Iwona Maroszyńska, dyrektor Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi
prof. Andrzej Marszałek, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii
dr Marek Migdał, dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

prof. Marcin Moniuszko, rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
dr hab. Tomasz Mroczek, prof. UM, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Piotr Nowicki, dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
dr hab. Małgorzata Pasek, prof. AT, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Akademia Tarnowska
prof. Iwona Paradowska-Stankiewicz, konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii
prof. Marek Ruchała, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii
dr hab. Łukasz Rypicz, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
prof. Witold Rzyman, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej
dr Aleksandra Sędziak, konsultant krajowa w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej
dr hab. Regina Sierżantowicz, konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego
prof. Krzysztof Składowski, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej
dr Marta Sobczyńska, dziekan Wydziału Medycznego, Uczelnia Łazarskiego w Warszawie
prof. Janina Stępińska, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego
prof. Mariola Śliwińska-Kowalska, konsultant krajowa w dziedzinie audiologii i foniatryi
prof. Paweł Śliwiński, kierownik II Kliniki Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie
prof. Tomasz Targowski, konsultant krajowy w dziedzinie geriatryi
prof. Jerzy Walecki, konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej
prof. Jolanta Walusiak-Skorupa, dyrektor Instytutu Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi
dr Paweł Wdówik, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny pracy
prof. Ewa Wender-Ożegowska, konsultant krajowa w dziedzinie położnictwa i ginekologii
prof. Anna Wiela-Hojeńska, konsultant krajowa w dziedzinie farmacji klinicznej
dr Katarzyna Ziemia, kierownik Centrum Radioterapii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA
dr hab. Robert Zymliński, prof. UMW, dziekan Wydziału Lekarskiego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Debata rozpoczęła się od podkreślenia znaczenia pozytywnej narracji o polskim systemie ochrony zdrowia. – Mamy świetnych specjalistów i rozwiniętą pracę zespołową. Wyzwania są, ale dotyczą całego świata – mówił prof. Wojciech Załuska, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Podczas spotkania zwrócono uwagę, że Polacy mają jedne z najniższych w Europie kompetencji zdrowotnych. Aż 60 proc. społeczeństwa nie radzi sobie z oceną wiarygodności informacji i podejmowaniem świadomych decyzji prozdrowotnych.

Eksperti zgodzili się, że kluczowa jest edukacja zdrowotna od poziomu przedszkolnego i wczesnoszkolnego, ale organizowana bez ideologicznych napięć. Ważne jest także wprowadzenie elementów edukacyjnych do wizyt w POZ.

Prof. Robert Zymliński, dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, wskazywał na brak świadomości współodpowiedzialności za zdrowie. Zwrócił także uwagę na potrzebę odbudowania zaufania pacjentów do środowiska medycznego,

bo żyjemy w czasach, w których opinia stała się faktem.

– Tworzymy strategie, ale nie personalizujemy ich pod polskie realia. A alternatywne, niemedyczne przekazy są często bardziej atrakcyjne, obiecują łatwe rozwiązania – zauważył. Podkreślił potrzebę równoległej edukacji rodziców, bez której szkolne programy nie uzyskają ich poparcia.

Podczas debaty podkreślano, że zdrowe i wyedukowane społeczeństwo stanowi istotny potencjał kraju, a kluczowym elementem pozostaje właściwa organizacja całego systemu. Zwrócono uwagę, że obecnie środki finansowe są przede wszystkim kierowane na medycynę naprawczą, podczas gdy profilaktyka stanowi obszar, w którym możliwe jest znaczące oszczędzenie zasobów. Pomimo

dynamicznego rozwoju medycyny naprawczej wskazywano na potrzebę zwrócenia jeszcze większej uwagi na profilaktykę, tak by działań naprawczych było jak najmniej. Podkreślano również niski odsetek osób korzystających z dostępnych programów profilaktycznych. Zwracano uwagę na konsekwencje chorób cywilizacyjnych, takich jak otyłość, cukrzyca czy zaburzenia psychiczne, które mają wpływ na całą populację. Wskazywano, że oprócz edukacji niezbędne jest tworzenie narzędzi wspierających społeczeństwo w dbaniu o zdrowie, ponieważ zdrowie stanowi inwestycję.

Ekspertki podkreśliły, że takie inicjatywy wymagają czasu i konsekwencji. Wskazano, że powinny być podejmowane zarówno na poziomie rządowym, jak i przez samorządy, pracodawców oraz samych pacjentów, tak aby podejmowane kroki prowadziły w jednym kierunku i miały spójny charakter.

Prof. Marek Ruchala, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii z Uniwersytetu Medycznego w im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, ostrzegł przed rosnącym wpływem szarlatanów, którzy wypełniając lukę informacyjną i nazywając swoje działania medycyną alternatywną, szerzą poglądy sprzeczne z EBM. Zwrócił uwagę, że społeczeństwo chętniej ufa osobom spoza środowiska medycznego niż lekarzom, którzy praktykują rzetelną medycynę.

Ekspertki przekonywali, że mowa autorytetu z piedestału już nie działa, że trzeba tworzyć komunikaty rzetelne, ale atrakcyjne, i docierać do różnych grup społecznych odpowiednimi kanałami.

Jak podkreśliła prof. Janina Stępińska z Narodowego Instytutu Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego – PIB, edukacja musi przebiegać równoległe na wszystkich poziomach, od dzieci po dorosłych i seniorów. Profesor zwróciła uwagę, że w procesie profilaktyki, podobnie jak w leczeniu, kluczowa jest komunikacja. Jej zdaniem, osoby, do których kierowane są działania edukacyjne, powinny czuć, że są w centrum tych działań, a nie traktować je jako polecenie. Wskazała, że istotne jest zapewnienie trwałego efektu, czyli tzw. adherence i compliance, aby przekazywane zalecenia nie były jedynie krótkotrwałym impulsem, po którym nie następują żadne realne zmiany w zachowaniu. Zwróciła także uwagę na potrzebę zintegrowanego podejścia do profilaktyki – zamiast oddzielnej edukacji w zakresie chorób onkologicznych, kardiologicznych czy cukrzycy warto wskazywać wspólne czynniki ryzyka i promować działania kompleksowe. Jako przykłady

zachęty wymieniła m.in. ulgi podatkowe lub zniżki na ubezpieczenia dla osób, które prowadzą zdrowy styl życia, np. nie palą papierosów.

Jednym z najmocniejszych głosów podczas debaty była wypowiedź prof. Ewy Wender-Ożegowskiej, konsultant krajowej w dziedzinie położnictwa i ginekologii, która zdecydowanie opowiadała się za edukacją zdrowotną w szkołach podstawowych.

– Zrobiono z tego program polityczny, ponieważ mówi się w nim o antykoncepcji i współżyciu. Tymczasem to odpowiedź na realny problem: co roku ok. 40 porodów w Polsce dotyczy dziewczynek poniżej 14. roku życia – powiedziała profesor, dodając, że uważa, iż program edukacji zdrowotnej należy wspierać. Jednocześnie przypomniała, że rocznie około 10 tys. rodzących to dziewczęta poniżej 19. roku życia, które nie korzystają z antykoncepcji. Zdaniem profesor warto także rozważyć możliwość oferowania bezpłatnej antykoncepcji osobom młodocianym, aby brak środków finansowych nie stanowił bariery w jej dostępie.

Profesor wskazała też na bardzo niską wyszczepialność dziewczynek i chłopców przeciw HPV. – Uczmy dzieci od najwcześniejszych lat, jak ważna jest profilaktyka – apelowała.

Ekspertki podczas debaty zwracali uwagę na brak rzetelnej informacji medycznej w przestrzeni publicznej oraz zalew dezinformacji. Podkreślali, że lekarze mają obowiązek przekazywać wiarygodne informacje w mediach i innych kanałach publicznych, aby stanowiły przeciwwagę dla szerzącej się nieprawdy.

Zaznaczano również, że do edukacji zdrowotnej należy dołączyć solidną edukację prawną, aby młode osoby były świadome zagrożeń i potrafiły przeciwdziałać manipulacjom. W tym kontekście wskazywano na potrzebę ograniczenia dostępności alkoholu i wyrobów tytoniowych w przestrzeni publicznej. Podkreślano, że to, do czego mają dzisiaj dostęp młodzi ludzie, jest coraz bardziej niepokojące.

Ekspertki zwrócili też uwagę na problem autorytetów we współczesnym świecie. Wskazali, że na młodych ludzi największy wpływ mają rówieśnicy, którzy często stanowią ważniejsze źródło informacji i wzorców zachowań niż lekarze. To właśnie osoby w podobnym wieku kształtują postawy i nawyki w otoczeniu młodych osób.

W związku z tym sugerowano, że skuteczne docieranie z wiedzą zdrowotną może wymagać zaangażowania różnych grup społecznych, takich jak

rówieśnicze grupy wsparcia, studenci medycyny, wolontariusze działający w szkołach średnich czy studenci prawa. Wykorzystanie ich autorytetu i kontaktu z rówieśnikami może zwiększyć szanse na skuteczne przekazanie wiedzy i dotarcie do młodzieży w sposób przystępny i wiarygodny.

Bardzo ważnym głosem w debacie była wypowiedź minister zdrowia dr Jolanty Sobierańskiej-Grendy, która podkreśliła gotowość resortu do współpracy i potrzebę budowania spójnej, odpowiedzialnej narracji o systemie ochrony zdrowia.

– Musimy mówić jednym głosem. Sami także budujemy negatywną narrację o systemie, a przecież większość rzeczy robimy bardzo dobrze – powiedziała, apelując o większą odpowiedzialność mediów za przekaz dotyczący tematów związanych z ochroną zdrowia.

Debatę zakończono sformułowaniem wspólnego wniosku panelistów: konieczności przekucia deklaracji w konkretne działania – skuteczniejszą

edukację, rzetelną komunikację i lepszą profilaktykę, wykorzystując wszystkie dostępne narzędzia.

Wnioski:

- Kluczowa jest edukacja zdrowotna prowadzona od najmłodszych lat.
- Istotne jest zintegrowane podejście do profilaktyki – wskazywanie wspólnych czynników ryzyka i promowanie kompleksowych działań.
- Zaangażowanie studentów, wolontariuszy i grup rówieśniczych w przekazywanie wiedzy zdrowotnej może poprawić skuteczność docierania do młodych.
- Ważna jest walka z dezinformacją i szarlatanami poprzez rzetelne i atrakcyjne przekazywanie wiedzy.
- Inicjatywy edukacyjne powinny być prowadzone równolegle na poziomie państwa, samorządów i pracodawców.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=UYKWvCK6TuE&t=11709s>





Nowoczesna medycyna (AI, telemedycyna)

Sztuczna inteligencja w opiece zdrowotnej – realne zastosowania i bariery wdrożeń

Moderatorzy:

prof. Andrzej Czyżewski, kierownik Katedry Systemów Multimedialnych, Wydział Elektroniki, Telekomunikacji i Informatyki, Politechnika Gdańska

red. Michał Niepytalski, dziennikarz zajmujący się nauką i nowymi technologiami, ochroną zdrowia, mediami

Uczestnicy:

Nikoletta Buczek, specjalistka ds. innowacji medycznych, deep-techu, systemu ochrony zdrowia, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego

prof. W. Wiktor Jędrzejczak, kierownik Zakładu Audiologii Eksperymentalnej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr Władysław Kosiniak-Kamysz, wiceprezes Rady Ministrów, minister obrony narodowej

prof. Ryszard Tadeusiewicz, Wydział Elektrotechniki, Automatyki, Informatyki i Inżynierii Biomedycznej, Akademia Górniczo-Hutnicza im. Stanisława Staszica w Krakowie

Podczas debaty przedstawiono nowe zastosowania wielkich modeli językowych w audiologii, foniatrii i okulistyce. Sztuczna inteligencja przestaje być jedynie „chatem”. Eksperti podkreślali, że w nadchodzącym okresie będziemy świadkami silnego rozwoju aplikacji interaktywnych. Za progiem są możliwości sztucznej inteligencji, które znacznie przekraczają to, co wydarzyło się w 2022 r., kiedy pojawiły się wielkie modele językowe i wszyscy zaczęli z nich korzystać. Podkreślano, że technologie rodzą się oddolnie, od naukowców i medyków, którzy na co dzień widzą konkretne potrzeby kliniczne i wiedzą, jakie elementy swojej pracy chcieliby usprawnić. Kluczem do sukcesu jest edukacja i współpraca między szpitalami, które dysponują danymi, a zespołami inżynierskimi oraz firmami technologicznymi. Tylko takie podejście pozwala skrócić drogę od pomysłu do produktu, który może realnie pomóc pacjentom.

Jak zauważyła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, codzienne bolączki w środowisku medycznym skłaniają do poszukiwania nowych technologii, które mogą przyczynić się do usprawnienia procesów profilaktycznych, diagnostycznych czy terapeutycznych. Wszystko po to, by móc osiągnąć wyższą wartość zdrowotną, którą można zaferować pacjentowi, społeczności medycznej oraz całemu krajowi, który z kapitału zdrowia chce korzystać i bardzo go potrzebuje.

– Wiemy dzisiaj doskonale, że ważne jest, aby była to technologia certyfikowana. Wiemy też, że powinien to być proces, w którym informujemy pacjenta o tym, że w jego diagnozie lub leczeniu zastosowano dodatkowe narzędzie, które traktujemy nie jako zastępujące lekarza, bo to na nim spoczywa prawna odpowiedzialność za cały proces, lecz jako narzędzie wspierające podejmowanie decyzji terapeutycznych – powiedziała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Podczas debaty podkreślano, że przestrzeń do tego, aby decyzje terapeutyczne mogły zapadać szybko, jest ogromna, a czas jest bezcennym kapitałem w procesie leczenia.

Eksperti zwracali też uwagę na potrzebę nadążania za postępem technologicznym przez system organizacji finansowania opieki zdrowotnej. Powinniśmy stwarzać warunki, aby oddolne inicjatywy, oddolna pasja do rozwoju technologii spotkała się z centralnym przywództwem, z wizją systemu, który rozumie znaczenie technologii jako narzędzia, które potrafi naprawdę wesprzeć klinicystów w poprawie zdrowia Polaków – podsumowała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka. Przekonywała także, że uzysk zdrowotny mierzony zdrowiem populacji, osiągniemy wtedy, kiedy technologia stanie się narzędziem powszechnego wykorzystania.

W debacie wziął udział wicepremier, minister obrony narodowej dr Władysław Kosiniak-Kamysz, który chciał osobiście przywitać uczestników kongresu, wydarzenia, które, jak podkreślił, jest niezwykle ważne dla Polaków, a nawet strategiczne. Sztuczna inteligencja ma bowiem ogromne znaczenie na polu walki. Z ciekawością przystuchiwał się rozmowie panelistów. Sam wspominał o możliwości zastosowaniu sztucznej inteligencji w wojsku, która pomogłaby nie tylko w działaniach strategicznych, ale również przy leczeniu, a przede wszystkim diagnozowaniu żołnierzy.

Tworzenie baz danych o ich badaniach, historii genetycznej rodziny pomagałyby nie tylko lepiej ich leczyć, ale też niektóre choroby przewidzieć. Wicepremier zadał też pytanie o szczyt rozwoju sztucznej inteligencji, czy da się określić rok, w którym osiągnie ona swoje najwyższe możliwości? Prof. Ryszard Tadeusiewicz z Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie nie widzi powodu, aby AI nagle przestała się rozwijać, według niego będą okresy przyspieszenia i wyhamowania, ale to nie oznacza końca jej możliwości.

Debatę podsumowano wnioskiem, że przyszłość medycyny będzie opierać się na ściślejszej współpracy między środowiskiem medycznym a zespołami technologicznymi, a innowacje powinny powstawać w odpowiedzi na realne potrzeby kliniczne. Eksperti podkreślili, że pełne wykorzystanie potencjału sztucznej inteligencji możliwe jest tylko przy edukacji, certyfikacji technologii i wdrażaniu ich w sposób bezpieczny dla pacjenta. Debata jednoznacznie wskazała, że nowoczesna medycyna (AI, telemedycyna) jest jedyną drogą do zapewnienia wydolności systemu ochrony zdrowia w obliczu starzejącego się społeczeństwa i niedoborów kadrowych.

Wnioski:

- AI jako wsparcie, a nie zastępstwo: Uczestnicy debaty (m.in. młodzi lekarze i eksperci) zgodnie podkreślili, że sztuczna inteligencja nie zastąpi lekarza. Bardziej prawdopodobny jest scenariusz, w którym lekarz potrafiący korzystać z narzędzi AI zastąpi tego, który ich nie używa.
- Konieczność zmiany modelu pracy: AI ma potencjał, by odciążyć kadrę medyczną od rutynowych, biurokratycznych zadań, co pozwoliłoby lekarzom poświęcić więcej czasu na bezpośrednią interakcję z pacjentem i podejście holistyczne.
- Bariery wdrożeniowe: Wskazano na problemy z jakością i strukturą danych medycznych w Polsce. Wiele placówek wciąż pracuje na różnych systemach, a dane często mają formę „skanów PDF”, co utrudnia ich cyfrową analizę przez algorytmy.
- Edukacja i świadomość: Kluczowym elementem sukcesu cyfryzacji jest edukacja nie tylko pacjentów (seniorów, jak i młodszych grup), ale również samych medyków, by potrafili krytycznie oceniać wyniki generowane przez AI.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=UYKWvCK6TuE&t=23208s>





Młodzi medycy o przyszłości zawodu

Kim jest młody lekarz XXI wieku? Wartości i oczekiwania wobec zawodu

Moderator:

prof. Piotr H. Skarżyński, dyrektor naukowy Instytutu Narządów Zmysłów, pracownik naukowy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Uczestnicy:

Szymon Chmiela, student Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Paweł Doczekalski, przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy, Naczelna Rada Lekarska

prof. Filip Gołkowski, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

dr Małgorzata Pastucha, Zakład Audiologii Eksperymentalnej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Zofia Skarżyńska, uczennica szkoły podstawowej

Podczas debaty podkreślano, że choć sztuczna inteligencja dynamicznie rozwija się w medycynie, nie zastąpi lekarzy. Zgodzono się jednak, że przewagę zyskają ci specjaliści, którzy nauczą się w praktyce korzystać z narzędzi AI. Przytoczono też słowa z wykładu inauguracyjnego kongresu: „AI nie zastąpi lekarza, ale lekarz, który umiejętnie się nią posługuje być może zastąpi tego, który tego nie robi”. Uczestnicy ocenili, że technologia nie stanowi zagrożenia, lecz szansę na optymalizację pracy i odciążenie medyków w codziennych obowiązkach.

– Zawody fundamentalne dla społeczeństwa, często nazywane zawodami zaufania społecznego, muszą być realizowane przez ludzi, którzy są dobrze przygotowani i prezentują odpowiednie standardy etyczne. Natomiast wszelkie działania, które ułatwiają pracę, są jak najbardziej pożądane – powiedział prof. Filip Gołkowski, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie.

Ekspert, odpowiadając na pytanie, jaki powinien być lekarz przyszłości, wskazywali na interdyscyplinarność oraz wiedzę wykraczającą poza medycynę, m.in. znajomość psychologii, socjologii i pedagogiki, które pozwalają lekarzowi inaczej podejść do pacjenta.

Lekarz przyszłości, jak podkreślano podczas debaty, powinien także umieć wstuchać się w pacjenta

i wszystko spokojnie wytłumaczyć. Zwracano uwagę, że sztuczna inteligencja może być wykorzystana do odciążenia lekarza w pracy administracyjnej i tworzeniu dokumentacji. Obecnie dużą część wizyty poświęca się na sporządzanie notatek i wpisywanie danych do systemu, zamiast w pełni skupić się na pacjencie. Przekonywano, że dzięki AI lekarz mógłby poświęcać więcej uwagi rozmowie i bezpośredniej interakcji z chorym, zamiast nieustannie patrzeć na monitor.

Dyskutowano także o wyzwaniach związanych z dostępnością narzędzi AI. Zwracano uwagę, że szczególnie młodzi pacjenci coraz częściej przychodzą na wizytę z diagnozą, często błędną, która została wygenerowana przez ChatGPT. Często też próbują przejąć kontrolę nad konsultacją. Podkreślano, że lekarz powinien reagować spokojnie, rzeczowo rozwiązać wszystkie wątpliwości pacjenta i pokazać szerszy kontekst medyczny. Deprecjonowanie wiedzy pacjenta, nawet tej wspieranej przez AI, nie sprzyja budowaniu zaufania.

Ekspertcy przywoływali przykłady chorych, którzy konsultują otrzymane leki z AI i dowiadują się, że dobrano im nieodpowiedni preparat. Pacjent często nie zdaje sobie sprawy, że AI nie jest w stanie w pełni uwzględnić farmakokinetyki leku, jego działania ani powodów, dla których został przepisany. Zdarza się, że pacjenci otrzymują od AI wskazanie, aby nie przyjmować przepisanego leku, mimo że podczas wizyty zostali dokładnie poinformowani o jego celu i konieczności stosowania. Jak podkreślali eksperci, konsekwencje konsultacji z AI i niestosowania zaleconych terapii mogą być bardzo poważne.

Podczas debaty omawiano także rosnącą rolę robotyki w medycynie. Zgodnie oceniono, że znaczenie operacji robotycznych będzie rosło, ponieważ technologia ta pozwala zniwelować pewne niedoskonałości operatora, zwłaszcza w zakresie precyzji działania.

Zwrócono również uwagę, że operacje robotyczne wymagają dużego przygotowania i doświadczenia, ponieważ wiążą się z nieco innym sposobem prowadzenia zabiegu niż w tradycyjnej chirurgii.

W otolaryngologii roboty są obecnie wykorzystywane przede wszystkim w newralgicznych momentach operacji, wspierając operatora w najbardziej wymagających etapach zabiegu.

Ekspertcy przewidują, że w najbliższych latach znaczenie robotyki chirurgicznej będzie systematycznie rosło, a zakres jej zastosowań będzie się rozszerzał.

Zauważono też, że zmienia się struktura pracy całego zespołu medycznego – w proces

diagnostyczno-terapeutyczny coraz bardziej włączają się inżynierowie biomedyczni i technicy.

Podczas debaty poruszono także temat roli lekarza w XXI wieku – jakie są oczekiwania wobec zawodu, jakie nowe wyzwania przed nim stoją oraz jak się z nimi mierzyć, a także jak budować współpracę z pacjentami. Podkreślano, że czasy „bogów w medycynie” już minęły. Dyskutowano o potrzebie partnerskiego podejścia i większej otwartości w komunikacji, zwracając uwagę, że współczesny pacjent jest bardziej świadomy i oczekuje dialogu, a nie jedynie autorytatywnych decyzji lekarza. Podkreślano, że nie warto obrażać się na pacjentów, którzy próbują forsować własne przekonania. Należy spokojnie wyjaśniać im sytuację i pokazać, że wiedza lekarza jest oparta na rzetelnych źródłach i doświadczeniu, a nie jedynie na informacjach znalezionych w internecie.

Zwrócono uwagę, że lekarz nie jest już postrzegany jako wyrocznia – jego decyzje są szybciej i bardziej krytycznie weryfikowane, co wymaga często zmiany sposobu komunikacji i większego zaangażowania w budowanie dialogu z pacjentem.

Podczas debaty poruszono również temat specjalizacji przyszłości. Zwrócono uwagę, że obecny model kształcenia lekarzy – zarówno na etapie studiów, jak i szkolenia podyplomowego – coraz wyraźniej zmierza w kierunku wąskich specjalizacji.

Jednocześnie podkreślano znaczenie solidnych podstaw internistycznych. Ogólna wiedza o funkcjonowaniu organizmu, mechanizmach chorób i zależnościach między układami pozostaje niezbędną, zwłaszcza w dobie starzejącego się społeczeństwa i pacjentów z wielochorobowością.

– Nie potrafię w tej chwili wymienić specjalizacji, które w przyszłości byłyby skazane na niebyt. Wydaje mi się, że powinniśmy raczej zadbać o rozsądną dystrybucję kadr w poszczególnych dziedzinach – przekonywał prof. Filip Gołkowski.

W kontekście nowych technologii wskazywano, że jednym z pierwszych obszarów, w których można skutecznie wdrażać odpowiednio zaprojektowane rozwiązania oparte na sztucznej inteligencji, jest podstawowa opieka zdrowotna. Dobrze skonstruowane algorytmy, analizujące objawy i wyniki badań, mogłyby wspierać lekarza POZ w kierowaniu pacjenta do właściwego specjalisty, usprawniając proces diagnostyczny.

Debatę zakończył wniosek, że lekarz, który nie korzysta z nowych technologii, może z czasem tracić konkurencyjność. Przyszłość medycyny to nie wybór między człowiekiem a technologią, lecz ich współpraca

– połączenie wiedzy, doświadczenia i empatii lekarza z potencjałem analitycznym sztucznej inteligencji.

Odpowiadając na pytanie, jaką specjalizację warto dziś wybrać, eksperci podkreślali, że kluczowe jest powołanie i wewnętrzna motywacja. Lekarz z pasją odnajdzie się w każdej dziedzinie, o ile będzie miał wsparcie mądrego mentora.

Eksperti zaapelowali do osób planujących karierę w medycynie, aby aktywnie angażowały się w działalność kół naukowych i inicjatyw studenckich. To właśnie tam można zdobyć pierwsze doświadczenia, poznać różne specjalizacje, nawiązać wartościowe kontakty oraz obserwować odmienne style pracy lekarzy.

Podkreślali, że medycyna jest dobrym wyborem dla osób gotowych na intensywną, wymagającą pracę, która jednak przynosi ogromną satysfakcję i poczucie sensu.

Zaznaczano jednocześnie, że zawód ten wiąże się z dużą odpowiedzialnością i obciążeniem psychicznym, dlatego osoby, które nie czują się na siłach, by sprostać takim wyzwaniom, powinny rozważyć inną ścieżkę zawodową.

Wnioski:

- Sztuczna inteligencja będzie wsparciem, a nie konkurencją dla medyków. Przewagę zyskają ci lekarze, którzy nauczą się efektywnie z niej korzystać.

- Lekarz przyszłości to specjalista interdyscyplinarny, który powinien rozumieć psychologię, socjologię, pedagogikę i budować partnerską relację z pacjentem.
- Mimo postępującej specjalizacji szeroka wiedza ogólnomedyczna jest kluczowa, szczególnie w kontekście starzejącego się społeczeństwa i wielochorobowości pacjentów.
- Operacje robotyczne pozwalają zwiększyć precyzję zabiegów. Wymagają jednak wysokich kompetencji i specjalistycznego przygotowania. W najbliższych latach zakres ich zastosowań będzie się systematycznie rozszerzał.
- Zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego. Wymaga wysokich standardów etycznych, odporności psychicznej i wewnętrznej motywacji. Pasja oraz mądry mentor są kluczowe przy wyborze specjalizacji.
- Zalecane jest wprowadzanie do programu dydaktycznych kierunków medycznych oraz na kierunku lekarskim elementów związanych z ekonomią, oceną efektywności terapii oraz nauki umiejętności radzenia sobie z pacjentami, w większym zakresie niż występuje to dotychczas.
- Zalecane jest w większym zakresie niż dotychczas prezentowanie zakresu działalności lekarza i innych zawodów medycznych dla uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=UYKWvCK6TuE&t=26699s>





Nauka dla zdrowia Polaków

Apiterapia – zdrowie z natury

Uczestnicy:

Mariusz Opoka, ekspert ds. pszczelarstwa i produktów pszczelich

prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Podczas debaty podkreślono fundamentalne znaczenie pszczół dla zdrowia organizmów żywych oraz zwrócono uwagę na apiterapię, czyli wykorzystanie naturalnych produktów pszczelich w profilaktyce i leczeniu.

Mariusz Opoka, ekspert ds. pszczelarstwa i produktów pszczelich, przypomniał, że metoda ta znana jest od wieków. Jak mówił, rośliny kwiatowe pojawiły się na Ziemi ok. 140 mln lat temu, natomiast pszczoły odżywiające się wyłącznie pyłkiem kwiatowym przez cały okres swojego życia – ok. 120 mln lat temu. Ludzie pierwotni znali i cenili miód. Słynne i najstarsze odnalezienie malowidła naskalne sprzed 10 000 lat p.n.e. przedstawia zdobywanie miodu przez ówczesnych ludzi. Z okresu ok. 2500 lat p.n.e. pochodzi papirus Smitha, zawierający opis 48 przypadków chorobowych wraz z zastosowanym leczeniem miodem.

Również Hipokrates leczył i szczegółowo opisał właściwości odkażające, antyseptyczne, wykrztuśne i odżywcze miodu. W dziełach Wirgiliusza także można znaleźć liczne wzmianki wychwalające właściwości lecznicze miodu. Natomiast w narodach słowiańskich pierwsze wzmianki o prymitywnym pszczelarstwie datowane są na X wiek. Pasieki zakładano na dworach królewskich, klasztorach i majątkach ziemskich. Szacuje się, że na świecie występuje blisko 20 tys. gatunków pszczołowych, a Polsce – ok. 450 gatunków zapylaczy. Występowanie zapylaczy gwarantuje zachowanie bioróżnorodności w przyrodzie. A pszczoła

miodna stanowi wskaźnik czystości środowiska naturalnego. Mariusz Opoka przypomniał, że zainteresowanie właściwościami produktów pszczelich stale rośnie, a ich działanie i możliwości zastosowania są intensywnie badane.

Podczas debaty dużo mówiono na temat korzyści prozdrowotnych miodu. Podkreślano, że produkty pszczele wspierają homeostazę organizmu, wzmacniają odporność i wykazują działanie regenerujące. Zaznaczono, że mogą wspomagać procesy zdrowienia w okresie rekonwalescencji, choć najistotniejszą rolę odgrywają w profilaktyce chorób. Kluczem do uzyskania pełnych korzyści jest regularne ich stosowanie.

Rosnące zainteresowanie naturalnymi składnikami w wielu sektorach gospodarki sprawia, że produkty pszczele odgrywają ważną rolę nie tylko w branży spożywczej, ale również farmaceutycznej i kosmetycznej. Oprócz miodu podczas debaty omówiono także znaczenie w profilaktyce i leczeniu pyłku kwiatowego, pierzgi, propolisu, mleczka pszczelego, wosku pszczelego i jadu pszczelego oraz ziółomiodów i ultiaterapii. – Produkty pszczele są dla zdrowych, żeby nie chorowali – przekonywał Mariusz Opoka.

W dalszej części debaty analizowano wartości odżywcze miodu, podkreślając jego bogactwo w minerały, witaminy i antyoksydanty, które mają korzystny wpływ na zdrowie i prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Mariusz Opoka przypomniał, że miód jest bogaty nie tylko w glukozę i fruktozę, ale także w: białka i enzymy (inwertaza, A i B amylaza, oksydaza glukozywa, lizozym), mikroelementy (potas, żelazo, magnez, wapń i inne), witaminy (A, B, kwas foliowy, pantoteny, biotyna), kwasy organiczne (kwas glukonowy, jabłkowy, cytrynowy), olejki eteryczne (ok. 50 substancji aromatycznych, związki polifenolowe), substancje takie jak kumaryna, rutyna, cholina i pinen, związki flawonoidowe (kwercetyna, kemferol, apigenina).

Ekspert zwrócił uwagę, że w Polsce wyróżnia się siedem podstawowych gatunków miodu: wielokwiatowy, rzepakowy, akacjowy, lipowy, gryczany, spadziowy i wrzosowy, choć coraz częściej spotkać można także miody słonecznikowe, faceliowe czy nawłociowe. W trakcie debaty szczegółowo opisano różnorodność smaków, aromatów i właściwości poszczególnych miodów. Jak wyjaśnił Mariusz Opoka, miody wielokwiatowe różnią się barwą i smakiem w zależności od terminu zbioru. Charakteryzują się wysoką skutecznością w profilaktyce dolegliwości dróg oddechowych o podłożu alergicznym. Bioróżnorodność składu wpływa na walory odżywcze i wzmacniające organizm w stanach

zmęczenia fizycznego i psychicznego. Miód wielokwiatowy ma też korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy.

Miód rzepakowy wyróżnia się bardzo jasną barwą i szybkim krystalizowaniem. Posiada cenne walory odżywcze oraz wzmacniające organizm w stanach zmęczenia fizycznego i psychicznego. Polecany jest w profilaktyce chorób serca. Odgrywa istotne znaczenie w procesie regeneracji wątroby i woreczka żółciowego. Zalecany jest także w chorobach nerek i układu moczowego.

Miód akacjowy długo pozostaje płynny dzięki wysokiej zawartości fruktozy i może być stosowany przez osoby z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej. Posiada cenne walory odżywcze i wzmacniające organizm w stanach zmęczenia fizycznego i psychicznego w okresach jesiennych. Działa uspokajająco. Może być stosowany wspomagająco w leczeniu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Wspomaga proces detoksykacji wątroby.

Miód lipowy, łączący cechy miodu nektarowego i spadziowego, polecany jest zarówno w profilaktyce przeziębień i przy infekcjach dróg oddechowych przebiegających z gorączką. Korzystnie wpływa na układ moczowy i sercowo-naczyniowy. Miód lipowy ma właściwości uspokajające, więc polecany jest w stanach nadmiernego pobudzenia (stres i bezsenność).

Z kolei miód gryczany, najbogatszy w antyoksydanty, wspiera pracę wątroby i układu sercowo-naczyniowego. Wspomaga usuwanie z organizmu metali ciężkich oraz pozostałości środków ochrony roślin, a także toksycznych substancji pochodzenia organicznego. Doskonale sprawdza się w okresach rekonwalescencji po wyczerpujących infekcjach i trudnych operacjach oraz przy stanach niedokrwistości i niedoborów żelaza.

Natomiast miód spadziowy, o dużej zawartości minerałów i charakterystycznym aromacie, ceniony jest za swoje działanie wzmacniające. Ma właściwości przeciwzapalne, przeciwustrojowe i przeciwkaszlowe. Wspomaga profilaktykę chorób układu oddechowego oraz układu sercowo-naczyniowego. Zalecany jest w okresach rekonwalescencji po wyczerpujących infekcjach i trudnych operacjach oraz w stanach niedokrwistości i niedoboru żelaza.

Miód wrzosowy, o galaretowatej konsystencji, wyróżnia się z kolei wyższą zawartością białka. Działa wspomagająco w chorobach nerek, dróg moczowych i gruczołu krokowego. Doskonale się sprawdza w profilaktyce dolegliwości przewodu

pokarmowego. Korzystnie działa na układ nerwowy oraz stany napięcia nerwowego wywołane długotrwałym stresem.

Ekspert podkreślał, że warto włączyć produkty pszczele do codziennej diety, ponieważ mogą one stanowić słodką, a zarazem zdrowszą alternatywę dla wielu przetworzonych produktów. Zwracali uwagę, że miód ma naturalne właściwości konserwujące, dlatego nie wymaga stosowania sztucznych dodatków. Przypomniano również, że dawniej wykorzystywano go do konserwowania żywności. Apelowano o częstsze sięganie po produkty pszczele oraz o ich szersze i bardziej świadome wykorzystywanie w produkcji spożywczej. Podkreślano, że to cenny dar natury o dobroczynnym wpływie na zdrowie.

Podczas debaty wybrzmiało także, jak istotna jest troska o pszczoły. Ekspert podkreślał, że pszczoły są fundamentem ekosystemu i odgrywają kluczową rolę w funkcjonowaniu środowiska oraz produkcji żywności. Wyrażono nadzieję, że świadomość

prozdrowotnych właściwości zarówno miodu, jak i innych produktów pszczelich sprawi, że ludzie jeszcze chętniej będą stosowali naturalne metody dbania o zdrowie.

Wnioski:

- Apiterapia ma wielowiekową tradycję. Produkty pszczele były stosowane już w starożytności, a ich właściwości lecznicze opisywano w dawnych źródłach medycznych.
- Miód to naturalne wsparcie homeostazy organizmu.
- Regularne stosowanie miodu i innych produktów pszczelich może zmniejszać ryzyko wielu chorób i wspierać organizm w okresach osłabienia.
- Znaczenie produktów pszczelich wykracza poza dietę. Są wykorzystywane w przemyśle spożywczym, farmaceutycznym i kosmetycznym.
- Ochrona pszczół to inwestycja w zdrowie człowieka.

Link do nagrania:

<https://youtu.be/ybgycg0mtCI?t=298>





Uczelnie medyczne i kompetencje przyszłości

Jak kształcić lekarzy jutra? Współpraca dydaktyki z praktyką

Moderator:

dr hab. Anna Kuryłowicz, prof. CMKP, dziekan Szkoły Nauk Medycznych, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Uczestnicy:

prof. Filip Gołkowski, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

prof. Ewa Kwiatkowska, dziekan Wydziału Medycyny, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

dr Janusz Ligęza, dziekan Wydziału Lekarskiego, Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

dr Marta Sobczyńska, dziekan Wydziału Medycznego, Uczelnia Łazarskiego w Warszawie

dr hab. Sylwia Terpiłowska, prof. UJK, prodziekan ds. kształcenia, Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

dr hab. Robert Zymlński, UMW, dziekan Wydziału Lekarskiego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Jak przygotować studentów do pracy w dynamicznie zmieniającym się świecie oraz jak uczelnie medyczne odpowiadają na wyzwania współczesnej medycyny, takie jak szybki rozwój technologii, nowe metody diagnostyczne i terapeutyczne oraz sztuczna inteligencja – o tym rozmawiali uczestnicy debaty o przyszłości kształcenia.

Prof. Ewa Kwiatkowska, dziekan Wydziału Medycyny Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, podkreślała, że relacja pacjent–lekarz pozostaje fundamentem pracy medyka, a nowe technologie wspierają i ułatwiają proces nauczania. Przypomniała, że pandemia COVID-19 przyczyniła się do szerszego wykorzystania platform komunikacyjnych i e-learningowych. Zaznaczyła także, że centra symulacji medycznej są miejscem, w którym technologia wykorzystywana jest w bardzo zaawansowany sposób. – Technologia w znaczący sposób ułatwia nam ćwiczenie sytuacji nagłych czy prowadzenia wywiadu z pacjentem. Z pewnością wiele osób zna program „wirtualny pacjent”. Próbuje stworzyć własne rozwiązanie tego typu, które będzie sprawdzało umiejętności naszych studentów w kontakcie z pacjentem w sytuacjach nagłych. Również Centra Symulacji Medycznej oferują bardzo rozwinięte technologie, za pomocą których uczymy studentów pracy w warunkach symulowanych. To wszystko ma ułatwić pracę z pacjentem. Profesor podkreśliła też możliwość wykorzystania różnych platform, które z jednej strony są źródłem wiedzy, a z drugiej umożliwiają spotkania ze studentami, prowadzenie wykładów i seminariów. – Stworzyliśmy też repozytoria preparatów histologicznych, preparatów patomorfologicznych, anatomicznych, z własnym atlasem włącznie. To wszystko jest technologia, która bardzo ułatwia studentom powtarzanie wiedzy, dokładne oglądanie preparatów, nawet w postaci trójwymiarowych hologramów. Aktualnie staramy się rozwijać na tej platformie nowoczesne formy nauczania w zakresie biochemii.

Prof. Robert Zymliński, dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, podkreślał, że celem jest przede wszystkim nauczenie studentów pracy z pacjentem. Standardy kształcenia coraz większy nacisk kładą na kompetencje miękkie, takie jak komunikacja czy empatia oraz inne umiejętności niezbędne w pracy lekarza. – Najmłodsze pokolenie studentów jest mocno ukierunkowane na nowoczesne technologie, a jednocześnie samo podkreśla potrzebę uzupełnienia pewnych braków w wykształceniu, zwłaszcza w zakresie komunikacji. Z drugiej strony nie do końca wiadomo, w jaką stronę te rozwiązania się rozwijają. – Nowoczesne

technologie, sztuczna inteligencja to są rzeczywiście narzędzia bardzo cenne, bardzo przydatne, ale myślę, że nikt dzisiaj nie jest w stanie powiedzieć, które są dobre dla naszych studentów. Stąd odpowiedzialność uczelni za wdrażanie narzędzi wspomagających naukę jest niezwykle duża – podkreślał.

Dr hab. Sylwia Terpiłowska, prof. UJK, prodziekan ds. kształcenia Wydziału Lekarskiego, Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, również zwracała uwagę na umiejętności miękkie. – Obligują nas standardy kształcenia. W tych standardach zawsze był ten moduł nauk społecznych behawioralnych, w tym przedmiot o komunikacji z pacjentem. Druga kwestia jest taka, że nasi studenci inaczej podchodzą do współpracy czy pracy w zespole. Dla nich często to nie jest współpraca, tylko współzawodnictwo. Dlatego musimy wykształcić w nich umiejętność współpracy wielu specjalistów w danej dziedzinie. Ponadto, na co zwrócili nam uwagę pielęgniarki, potrzebny jest jeszcze rodzaj interdyscyplinarnej współpracy. Chodzi o to, żeby lekarz młody, który trafia do zawodu, umiał porozumieć się z pielęgniarką czy ratownikiem medycznym, który przekazuje mu pacjenta. Takie odpowiednie uformowanie młodego lekarza w opinii ekspertów jest nie lada wyzwaniem i odpowiedzialnością. – Chodzi o lekarza, który z jednej strony będzie humanistą, a z drugiej strony będzie innowatorem, z trzeciej zaś będzie znał świetnie narzędzia i nowe technologie, a z czwartej będzie się idealnie komunikował. W dodatku to wszystko ma się zadziać w ciągle zmieniającym się środowisku – mówiła dr Marta Sobczyńska, dziekan Wydziału Medycznego Uczelni Łazarskiego.

Przedstawiciele Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie opowiadali z kolei o innowacyjnych metodach nauczania, które zostały wprowadzone formalnie do standardów nauczania. – Jedną z takich form jest komunikacja pomiędzy pacjentem a lekarzem, na którą kładzie się duży nacisk. Od samego początku wprowadziliśmy te elementy do naszego programu, mimo że wcześniej nie były one w standardach ujęte w tak określonej formie. Duży nacisk kładziemy również na wczesny kontakt z pacjentem. Już w pierwszym semestrze realizowany jest przedmiot obejmujący spotkania z człowiekiem chorym. To wtedy studenci uczą się podstaw pierwszego kontaktu

i rozpoczynają rozwijanie empatii. W kolejnych semestrach wykorzystujemy Centrum Symulacji Medycznej, które stanowi ważny element innowacyjny kształcenia. Umożliwia ono wielokrotne powtarzanie procedur oraz tworzenie powtarzalnych scenariuszy klinicznych. Od początku studenci uczą się pracy według określonych standardów, m.in. prowadzenia wywiadu zgodnie ze standardem Calgary Cambridge, a następnie badania fizykalnego – opisywał dr Janusz Ligęza, dziekan Wydziału Lekarskiego uczelni. Wprowadzono też zintegrowany modułowy model nauczania. – Nie nauczamy osobno takich klasycznych przedmiotów jak anatomia, fizjologia, histologia czy elementy radiologii. Łączymy je w moduły tematyczne. Przykładowo w pierwszym semestrze studenci realizują moduł układu kostno-mięśniowego, w drugim – krążeniowo-oddechowego, a następnie nerwowego. W ramach tych modułów kładziemy nacisk na połączenie wiedzy na temat struktur anatomicznych ze zrozumieniem, jak dane struktury wpływają na fizjologię i funkcjonowanie całego organizmu – opisywał dr Ligęza. Profesor Filip Gołkowski, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu, podkreślał, że aby zajęcia mogły być prowadzone w spójny sposób, poszczególne kliniki muszą ze sobą współpracować. – Ten model kształcenia jest bardzo wysoko oceniany przez studentów. Mamy pozytywne opinie, że taki zintegrowany sposób nauczania jest łatwiejszy w przyswajaniu.

Uczestnicy debaty zgodnie podkreślali, że nowoczesne technologie ułatwiają i zwiększają skuteczność nauki, ale nie zastępują klasycznego nauczania medycyny. Ważne jest zachowanie równowagi między bezpośrednim kontaktem z pacjentem a rozwijaniem myślenia przyszłych lekarzy, przy jednoczesnym wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi.

Technologie powinny pełnić funkcję wsparcia, umożliwiać wielokrotne powtarzanie procedur, symulacje sytuacji klinicznych czy naukę interaktywną. Nie mogą jednak zastąpić wartości, które rodzą się w relacji pacjent-lekarz i w codziennej praktyce klinicznej. W ten sposób możliwe jest kształcenie lekarzy wszechstronnych, świadomych zarówno roli technologii, jak i fundamentalnego znaczenia kontaktu z człowiekiem w procesie leczenia.

Podczas debaty zwrócono także uwagę na istotną rolę robotyki w kształceniu w specjalnościach zabiegowych, gdzie staje się ona niemal standardem.

Podsumowując debatę, eksperci skierowali przesłanie do młodego pokolenia medyków. Podkreślali znaczenie wczesnego rozwijania umiejętności klinicznych i pracy w modelu mistrz-uczeń, co pozwala zdobyć solidne doświadczenie praktyczne. Apelowano o gotowość na poświęcenie, ponieważ zawód lekarza jest niezwykle i daje kontakt ze światem niedostępnym dla innych. Eksperci zachęcali także, by dobrze wykorzystać sześć lat studiów, zwłaszcza że obecnie możliwości nauki są wyjątkowe. Zwracano także uwagę na potrzebę otwartości, elastyczności i interdyscyplinarności – lekarz powinien być zarówno innowatorem, jak i wizjonerem. Przypomniano, że medycyna uczy pokory, a nowoczesne kompetencje, technologie i komunikacja powinny opierać się na poczuciu misji i powołaniu.

Wnioski:

- Technologia jest wsparciem, ale fundamentem pozostaje relacja z pacjentem. Nowoczesne narzędzia, symulacje, e-learning, wirtualni pacjenci, AI czy robotyka znacząco zwiększają skuteczność kształcenia i pozwalają bezpiecznie ćwiczyć procedury. Nie mogą jednak zastąpić bezpośredniego kontaktu z pacjentem, empatii i klinicznego myślenia. Kluczowe jest zachowanie równowagi między cyfrową innowacją a klasycznym modelem nauczania medycyny.
- Kompetencje miękkie i współpraca stają się równie ważne jak wiedza medyczna. Standardy kształcenia coraz silniej akcentują komunikację, empatię i profesjonalizm. Lekarz przyszłości musi umieć pracować w zespole interdyscyplinarnym, nie tylko z innymi lekarzami, ale także z pielęgniarkami, ratownikami czy innymi specjalistami. Edukacja powinna przeciwdziałać kulturze rywalizacji i wzmacniać umiejętność współpracy.
- Nowe modele kształcenia integrują wiedzę i przyspieszają rozwój kliniczny. Zintegrowane, modułowe programy nauczania łączą anatomię, fizjologię, histologię i obrazowanie wokół konkretnych układów narządowych, co ułatwia rozumienie zależności klinicznych. Wczesny kontakt z pacjentem, centra symulacji i model mistrz-uczeń budują praktyczne kompetencje od pierwszych semestrów. Celem jest ukształtowanie lekarza wszechstronnego: humanisty, innowatora i sprawnego użytkownika nowych technologii.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=ybgycg0mtCl&t=5834s>





Nowa rola farmaceuty

Opieka farmaceutyczna, szczepienia, profilaktyka – przyszłość zawodu

Moderatorzy:

dr hab. Magdalena B. Skarżyńska, Wydział Farmaceutyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Irena Rej, prezes zarządu Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA”

Uczestnicy:

dr Artur Drobnik, dyrektor Centralnego Ośrodka Badań i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej

dr Agnieszka Gorgoń-Komor, senator RP, członek senackiej Komisji Zdrowia

Aleksandra Kurowska, redaktor naczelna coudrowiu.pl

dr Barbara Mazurkiewicz, wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

Daria Zielińska, Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie

Praktyka farmaceutyczna od dłuższego czasu pozostaje tematem bardzo ważnym społecznie i szeroko dyskutowanym nie tylko w środowisku farmaceutów. Podczas debaty eksperci rozmawiali o zmieniającej się roli farmaceuty i kierunkach rozwoju zawodu. Podkreślali, że ustawa o zawodzie farmaceuty jasno określa nowe obowiązki – od zbierania wywiadu farmaceutycznego po sprawowanie opieki farmaceutycznej. Jako przykład kompetencji miękkich wskazywano wykonywanie szczepień w aptekach. Wymaga to otwartości, aktywnego docierania do pacjentów i rzetelnego informowania o dostępnych usługach profilaktycznych. Zwrócono także uwagę, że kompetencje miękkie pozwalają skuteczniej wspierać zdrowie społeczeństwa poprzez edukację i promowanie świadomości zdrowotnej.

Poruszono również kwestie budowania trwałego kontaktu z pacjentem, prowadzenia efektywnej rozmowy oraz umiejętnego prezentowania własnych kompetencji. Omówiono praktyczne sposoby wspierania zdrowia społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem działań profilaktycznych i edukacyjnych. Dyskutowano także o metodach wzmacniania relacji z pacjentem, budowania atmosfery zaufania oraz znaczeniu empatii w codziennej pracy. Podkreślono, że ciągłe rozwijanie kompetencji zawodowych jest niezbędne do świadczenia wysokiej jakości opieki i skutecznego wspierania pacjentów w dbaniu o zdrowie.

Senator RP dr Agnieszka Gorgoń-Komor zwróciła uwagę na zagrożenia wynikające z działalności „szarlatanów” krążących wokół tematów medycznych oraz na dezinformację w sieci. Zaapelowała, aby profilaktyką i medycyną zajmowali się specjaliści. Podkreśliła jednocześnie, że przy obecnym długu zdrowotnym „wszystkie ręce są potrzebne”, a farmaceuci bardzo dobrze odpowiedzieli na nowe zadania wynikające z ustawy, wzmacniając swoje kompetencje kliniczne.

Uczestnicy debaty zaznaczali, że potrzebne są zmiany legislacyjne, w tym umocowanie indywidualnych praktyk farmaceutycznych oraz dalsza współpraca przy wdrażaniu działań profilaktycznych. Ekspertsi podkreślali, że farmaceuci powinni mówić jednym głosem i pracować według wspólnych standardów. Pacjent oczekuje profesjonalnej pomocy, opartej na wiedzy oraz współpracy farmaceuty z innymi medykami. Wyrażono nadzieję, że zakres usług farmaceutycznych będzie się rozszerzał, tym bardziej że to właśnie do farmaceuty najłatwiej dziś jest się dostać.

Zwrócono również uwagę, że farmaceuci odgrywają ogromną rolę w przeciwdziałaniu polipragmatyzacji, wykorzystując swoją wiedzę i bieżącą kontrolę nad lekami pacjentów. Jak podkreślał dr Artur Drobniak z Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, ich codzienna praca i szeroka wiedza są kluczowe dla bezpieczeństwa farmakoterapii i efektywnej współpracy z lekarzem prowadzącym. – Rola farmaceutów jest nieoceniona. Stanowią ogromne wsparcie i realne zabezpieczenie dla naszych pacjentów – podsumował.

W końcowych wnioskach debaty wskazano, że współpraca interdyscyplinarna wszystkich zawodów medycznych powinna przyspieszać i się rozszerzać, aby przynosiła jak najlepsze efekty dla pacjentów.

Takie podejście sprzyja budowaniu bardziej efektywnego i bezpiecznego systemu ochrony zdrowia.

Debata unaoczniała, że zawód farmaceuty znajduje się obecnie w punkcie przełomowym. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, a także doświadczenia wyniesione z pandemii COVID-19, istotnie zmieniły postrzeganie farmaceutów – zarówno przez pacjentów, jak i przez pozostałych uczestników systemu ochrony zdrowia.

Jednocześnie dynamiczne rozszerzanie kompetencji farmaceutów rodzi pytania o granice odpowiedzialności zawodowej, relacje między poszczególnymi profesjami medycznymi, model finansowania nowych świadczeń oraz konieczność systemowego wsparcia opieki farmaceutycznej.

Wnioski płynące z debaty wskazują jednoznacznie, że dalszy rozwój roli farmaceuty jest nie tylko pożądany, ale wręcz konieczny z perspektywy starzejącego się społeczeństwa, rosnącej liczby pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz przeciążenia systemu ochrony zdrowia.

Wnioski:

- Apteki oraz apteczne punkty szczepień powinny być traktowane jako istotny element systemu profilaktyki zdrowotnej, zwiększający dostępność świadczeń, zwłaszcza dla osób starszych i mieszkających poza dużymi ośrodkami miejskimi.
- Ważne jest szersze włączanie farmaceutów w działania z zakresu edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób. Apteki mogą pełnić funkcję lokalnych punktów pierwszego kontaktu i profilaktyki zdrowotnej.
- Rozszerzanie roli farmaceutów powinno odbywać się przy jednoznacznym określeniu zakresu ich kompetencji i odpowiedzialności zawodowej. Rekomenduje się doprecyzowanie regulacji prawnych oraz rozwój modeli opieki zespołowej, opartych na współpracy m.in. farmaceutów, lekarzy i pielęgniarek, co pozwoli ograniczyć ryzyko konfliktów kompetencyjnych.
- Farmaceuci mogą skutecznie przejąć część zadań profilaktycznych, edukacyjnych oraz związanych z drobnymi dolegliwościami zdrowotnymi, co pozwoli skrócić ścieżkę pacjenta i zmniejszyć obciążenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=ybgycg0mtCI&t=11425s>





Zdrowie dzieci i młodzieży

Aktywność fizyczna, nadwaga, cyfrowe uzależnienie

Moderatorzy:

prof. Teresa Jackowska, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

dr hab. Hubert Makaruk, prof. AWF, dziekan Wydziału Wychowania Fizycznego i Zdrowia w Białej Podlaskiej, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Uczestnicy:

dr Beata Matecka-Libera, senator RP, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia

prof. Bartosz Molik, rektor Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Katarzyna Skrętowska-Szyszko, dyrektor Zespołu Zdrowia i Spraw Socjalnych w Biurze Rzecznik Praw Dziecka

Magdalena Szymańska, dietetyk

Podczas debaty podkreślono, że choć wszyscy zdajemy sobie sprawę ze zdrowotnych korzyści aktywności fizycznej, wciąż nie doceniamy jej ogromnego wpływu na nasze życie.

Przypomniano, że regularny ruch znacząco zmniejsza ryzyko zgonu. Zacytowano również wyniki badań opublikowanych w tym roku w czasopiśmie „Lancet”, które wykazały, że już 7 tys. kroków dziennie obniża ryzyko zgonu aż o 47 proc. Zwrócono także uwagę na silną korelację między nadmierną ekspozycją na ekranie a ryzykiem otyłości.

Ekspertsi przypomnieli o negatywnym wpływie smartfonów na mózg oraz o coraz częstszych formach

uzależnień cyfrowych. Wśród omawianych zjawisk wymieniano m.in. nomofobię (lęk przed brakiem telefonu), FOMO (strach przed byciem poza bieżącym obiegiem informacji) oraz phubbing (ignorowanie rozmówcy na rzecz telefonu).

Zwrócono również uwagę na cyfrowe zmęczenie, doomscrolling (kompulsywne przeglądanie złych wiadomości), cyfrowe zmęczenie wzroku oraz zespół pochyłonej szyi, tzw. szyja SMS-owa. Wspomniano

o depresji związanej z mediami społecznościowymi, często wynikającej z ciągłego porównywania się z innymi w sieci. Zasygnalizowano też zjawisko hikikomori, czyli całkowite przeniesienie życia do świata online.

Ekspertcy podkreślali, że są to poważne zagrożenia dla zdrowia psychicznego. Podczas debaty zwrócono także uwagę, że 94 proc. dzieci i młodzieży ma niewystarczający poziom kompetencji ruchowej. Prof. Teresa Jackowska, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, przypomniała, że wzrost częstości nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży jest obecnie jednym z największych wyzwań zdrowia publicznego, ponieważ wiąże się z wieloma poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi i psychospołecznymi. Zaznaczyła także, że współczesne dzieciństwo cechuje nadmiar bodźców. Jak wskazała, już pod koniec 1. r.ż. dzieci korzystają z nowoczesnych mediów – oglądają bajki, siedzą przy telewizorze lub używają tabletów i smartfonów. Badania pokazują, że jednoczesne jedzenie i korzystanie z urządzeń cyfrowych zamiast rozmowy z rodziną nie sprzyja prawidłowemu rozwojowi dziecka. Prof. Jackowska zwróciła uwagę, że nadużywanie technologii stanowi poważne zagrożenie dla młodych osób, przyczyniając się m.in. do prób samobójczych. Jako przykład podała swój oddział pediatryczny – spośród 20 aktualnie hospitalizowanych dzieci czworo zmagają się z depresją, anoreksją lub próbami samobójczymi, co stanowi bardzo duży odsetek. – Obecnie przygotowywane są rekomendacje dotyczące higieny cyfrowej, które mają wspierać dzieci i ich rodziny w bezpiecznym korzystaniu z mediów cyfrowych – podsumowała.

Ekspertcy zgodzili się, że profilaktyka powinna zaczynać się w domu, gdzie kształtują się zdrowe nawyki.

Dr Beata Matecka-Libera, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia, zwróciła uwagę, że choć profilaktyka jest kluczowa, to jej realizacja jest ogromnie trudna, a efektywne wprowadzenie zdrowych nawyków w życie wciąż pozostaje wyzwaniem. Zaznaczyła, że profilaktyka to proces wymagający lat pracy, zdobywania świadomości i wiedzy, a także wprowadzania zmian w stylu życia. A takie długofalowe procesy są o wiele trudniejsze do wdrożenia niż jednorazowe

akcje czy interwencje, które mają natychmiastowy, spektakularny efekt, ratując ludzkie życie.

Debata jednoznacznie pokazała, że w obszarze zdrowia dzieci i młodzieży Polska znalazła się w punkcie krytycznym. Dalsze działania fragmentaryczne i interwencyjne nie są w stanie odwrócić utrwalonych trendów związanych z niskim poziomem aktywności fizycznej, narastającą nadwagą i otyłością oraz rosnącymi kosztami zdrowotnymi wynikającymi z niekontrolowanego funkcjonowania w środowisku cyfrowym. Kluczową konkluzją debaty była potrzeba „wywrócenia stolika”, rozumianego jako odejście od punktowych, krótkoterminowych interwencji na rzecz rozwiązań systemowych, długofalowych i mierzalnych. Profilaktyka zdrowotna jest procesem rozłożonym na lata, jednak jej marginalizowanie prowadzi do dalszego przesuwania środków publicznych w stronę medycyny naprawczej. Inwestowanie w zdrowie dzieci i młodzieży należy traktować jako inwestycję w bezpieczeństwo zdrowotne, społeczne i ekonomiczne państwa. Ekspertcy wskazali trzy wzajemnie powiązane filary zmiany: rodzinę, szkołę oraz państwo i samorząd. „Wywrócenie stolika” oznacza konsekwentne umieszczenie profilaktyki zdrowia dzieci i młodzieży w centrum polityki publicznej, z jasno określonymi celami, odpowiedzialnością oraz systemem oceny efektów w perspektywie 10–15 lat.

Wnioski:

- Wymagane jest jasne zdefiniowanie celów w Narodowym Programie Zdrowia, skoncentrowanych na dzieciach i młodzieży, realnego wzmocnienia edukacji zdrowotnej jako narzędzia zmiany postaw i nawyków, uproszczenia procedur wdrożeniowych, które obecnie ograniczają skuteczność działań profilaktycznych.
- Technologie cyfrowe same w sobie nie są zagrożeniem, lecz ich niekontrolowane i pasywne użytkowanie.
- Zdrowie psychiczne i dobrostan cyfrowy dzieci i młodzieży powinny zostać uznane za priorytet horyzontalny w polityce publicznej.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=ybgycg0mtCl&t=17080s>





Uczelnie i instytuty: interdyscyplinarność nauk

Synergia nauk – jak łączyć potencjał jednostek medycznych, technicznych, społecznych i humanistycznych na rzecz zdrowia publicznego.

Otwarcie „Księgi Wdrożeń XXI wieku”

Moderatorzy:

prof. Bogusław Machaliński, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Gość specjalny:

prof. Andrzej Szeptycki, podsekretarz stanu, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Uczestnicy:

prof. Maciej Banach, prorektor ds. Collegium Medicum Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II

dr hab. Tomasz Bojar-Fijałkowski, prof. PANS, prorektor ds. naukowych i studenckich, Powiślańska Akademia Nauk Stosowanych

dr hab. Zuzanna Bukowy-Bieryłto, Instytut Genetyki Człowieka PAN

prof. Leonora Bużańska, dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego PAN

Anna Grzegorzcyk, dyrektor Centrum Transferu Wiedzy i Technologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

dr Piotr Janiewicz, prof. PANS, pełnomocnik rektora ds. pielęgniarstwa, Powiślańska Akademia Nauk Stosowanych

dr inż. Grzegorz Koc, rektor Państwowej Akademii Nauk Stosowanych im. Ignacego Mościckiego w Ciechanowie

dr hab. Magdalena Krajewska-Włodarczyk, prof. UWM, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

prof. Ewa Krogulec, prorektor ds. rozwoju Uniwersytetu Warszawskiego



- dr Piotr Kuznieruk**, rektor Warszawskiej Akademii Medycznej
- dr Janusz Ligęza**, dziekan Wydziału Lekarskiego, Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie
- prof. Arkadiusz Mężyk**, honorowy przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich
- prof. Bartosz Molik**, rektor Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie
- dr inż. Katarzyna Petka**, Uniwersytet Rolniczy im. Hugona Kołłątaja w Krakowie
- dr inż. Piotr Ponichtera**, prof. MANS, prorektor ds. dydaktyki i studentów Międzynarodowej Akademii Nauk Stosowanych w Łomży
- prof. Leszek Rafalski**, honorowy przewodniczący Rady Głównej Instytutów Badawczych
- prof. Maciej Rogalski**, rektor Uczelni Łazarzkiego
- prof. Marek Ruchała**, prorektor ds. klinicznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
- dr Piotr Rycielski**, Wydział Psychologii, Uniwersytet SWPS w Warszawie
- dr hab. Łukasz Rypicz**, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
- dr hab. Sebastian Sikorski**, prof. UKSW, prorektor ds. promocji i współpracy z otoczeniem Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego
- dr Beata Stasiak-Cieślak**, Instytut Transportu Samochodowego
- prof. Tomasz Szapiro**, przewodniczący Rady Naukowej Ośrodka Przetwarzania Informacji – PIB
- prof. Jan Szmidt**, Politechnika Warszawska
- prof. Marcin Ślęzak**, dyrektor Instytutu Transportu Samochodowego
- prof. Gertruda Uścińska**, rektor Szkoły Głównej Mikołaja Kopernika w Warszawie
- dr hab. Piotr Wachowiak**, prof. SGH, rektor Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie
- prof. Michał Jerzy Zasada**, rektor Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie
- prof. Michał Zembala**, Collegium Medicum Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej
- prof. Ewa Ziętkiewicz**, Instytut Genetyki Człowieka PAN
- dr inż. Ireneusz Żuchowski**, prof. MANS, rektor Międzynarodowej Akademii Nauk Stosowanych w Łomży

Prof. Bogustaw Machaliński, wieloletni rektor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, zwrócił uwagę na potrzebę systemowego podejścia do rozwoju nauki w Polsce. Zadał pytanie, czy istnieje realna szansa, aby traktować ją jako obszar strategiczny dla państwa oraz czy nauki stosowane nie powinny otrzymywać silniejszego wsparcia ze strony nauk podstawowych.

Minister Andrzej Szeptycki wyjaśnił, że kluczowym wyzwaniem pozostaje finansowanie. Jak podkreślił, obecnie państwo stoi przed pilniejszymi potrzebami, a przeznaczanie niemal 5 proc. PKB na obronność ogranicza możliwości inwestowania w inne obszary, w tym w naukę. Zaznaczył jednak, że trwają intensywne rozmowy, zarówno na forum krajowym, jak i europejskim, dotyczące powiązania wydatków obronnych z inwestycjami w badania i rozwój. Jak zapewnił, prowadzone są również konsultacje z Ministerstwem Obrony Narodowej oraz Ministerstwem Aktywów Państwowych, dotyczące kierowania środków z innych sektorów do obszaru nauki. Równoległe resort stara się szerzej otwierać na współpracę z gospodarką i biznesem.

Minister przypomniał, że niedawno odbył się pierwszy kongres „Nauka dla biznesu”, podczas którego przez trzy dni dyskutowano o tym, jak zbliżyć oba środowiska oraz jak wzmocnić transfer wiedzy do gospodarki. Podkreślił także, że innowacyjność musi znajdować odzwierciedlenie w rzeczywistości.

Prof. Henryk Skarzyński zapytał, jak, w opinii uczestników debaty, powinna wyglądać rola uczelni, instytutów, instytutów badawczych oraz innych jednostek naukowych w budowaniu ekosystemu innowacji.

Jako pierwsza głos zabrała prof. Leonora Bużańska, dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN, która podkreśliła, że nauka i badania podstawowe mają fundamentalne znaczenie, ponieważ bez ich rozwoju nie ma możliwości dalszego postępu ani tworzenia innowacji. Profesor zaapelowała również o ich konsekwentne i stabilne wspieranie, przypominając, że bez silnych podstaw naukowych nie powstanie trwały ekosystem innowacji.

Prof. Maciej Banach, prorektor ds. Collegium Medicum Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, zwrócił uwagę, że choć koledzy z Europy Zachodniej świetnie promują swoje wdrożenia i projekty, w Polsce nadal brakuje podobnej prezentacji osiągnięć. Fakt zgłoszenia aż 100 projektów pokazuje jednak ogromny potencjał tej inicjatywy. Kolejnym krokiem, jego zdaniem, powinno być udostępnienie wszystkich projektów na stronach internetowych resortu zdrowia lub resortu nauki i szkolnictwa wyższego, aby można je było szeroko zaprezentować

i pokazać, jak wiele można osiągnąć. Profesor zaapelował do ministra, aby nie przegapić momentu, w którym decyduje się przyszłość rozwoju nauki. Podkreślił, że istotne jest nie tylko powstawanie i wdrażanie projektów, ale również ich implementacja w Polsce i na świecie. Do tego niezbędne są inwestycje, zarówno fundusze inwestycyjne, jak i realne wsparcie państwa. Przypomniał, że od lat wskazuje potrzebę utworzenia państwowego funduszu inwestycyjnego, który wspierałby najlepsze projekty.

Prof. Gertruda Uścińska, rektor Szkoły Głównej Mikołaja Kopernika w Warszawie, podkreśliła, że interdyscyplinarność, szczególnie w kontekście zdrowia publicznego, jest niezbędna. Zaznaczyła, że wymaga to większego zaangażowania w istotne reformy. Konieczne jest także systemowe podejście do budowania relacji z biznesem i otoczeniem.

Dr inż. Ireneusz Żuchowski, rektor Międzynarodowej Akademii Nauk Stosowanych w Łomży, zwrócił uwagę na znaczenie jakości kapitału ludzkiego. Zaznaczył, że choć wielu młodych ludzi po maturze wyjeżdża do dużych miast na studia, pozostali żyją w lokalnych środowiskach i również potrzebują mieć szanse na rozwój. Podkreślił, że młodzi ludzie często mają doskonałe pomysły na biznesy związane m.in. z ochroną zdrowia i bezpieczeństwem publicznym. Uczelnie przygotowują ich do rozwijania kariery naukowej i budowania wielkiej nauki, o której była mowa podczas debaty.

Prof. Piotr Wachowiak, rektor Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, mówił, że najlepiej zainwestowane środki to te przeznaczone na badania i naukę, ponieważ przynoszą największą efektywność. Zaznaczył, że warto szukać dodatkowych źródeł finansowania, w tym wsparcia ze strony innych ministerstw, np. Ministerstwa Obrony Narodowej, które dysponuje znacznymi funduszami ze względów bezpieczeństwa.

Prof. Henryk Skarzyński przypomniał, że wicepremier Władysław Kosiniak-Kamysz w swoim wystąpieniu zapraszał do współpracy i zachęcał do śledzenia propozycji resortu. Już przedstawiono konkretne inicjatywy dla licznych jednostek naukowych, mające na celu wzmocnienie ich potencjału badawczego i lepsze wykorzystanie dostępnych zasobów. Profesor zauważył, że inicjatywa spotkała się z pozytywnym przyjęciem

zarówno przez środowisko rektorów i ekspertów różnych dziedzin, jak i przez młodych naukowców.

Prof. Ewa Krogulec, prorektor ds. rozwoju Uniwersytetu Warszawskiego, podkreślała, że wdrożenia opierają się przede wszystkim na wspólnocie nauk oraz interdyscyplinarności, uwzględniającej aspekty społeczne, ekonomiczne, prawne i środowiskowe. Profesor zwróciła uwagę na potrzebę budowania ekosystemu nauki na uczelniach i w instytutach, który wspierałby tworzenie wdrożeń. Podkreśliła także znaczenie systemowego podejścia, umiejętności rozmowy, tworzenia konsorcjów w zależności od potrzeb oraz myślenia przyszłościowego. Jak przekonywała, proces ten jest długotrwały, dlatego środowisko naukowe musi być odpowiednio przygotowane.

Prof. Michał Jerzy Zasada ze Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie odnosząc się do synergii nauk i środków finansowych, dodał, że konieczna jest mądra dystrybucja środków – nie chodzi o przekazywanie całego budżetu jednej jednostce, lecz o efektywne wykorzystanie nawet ograniczonych funduszy, tak by przyniosły wymierne rezultaty.

Pełnomocnik rektora ds. pielęgniarstwa z Powiślańskiej Akademii Nauk Stosowanych, prof. Piotr Janiewicz, podkreślał, że interdyscyplinarność to nie tylko wiedza techniczna, ale także humanistyczne spojrzenie na drugiego człowieka. Przyznał, że kwestie techniczne są niezbędne, ale powinny być równoważone wrażliwością i uwzględnieniem potrzeb pacjenta.

Podsumowując debatę, prof. Bogusław Machaliński powiedział, że postęp medycyny w dużej mierze wynika z postępu techniki, zarówno w diagnostyce, jak i terapii. Lekarze mają dziś do dyspozycji rekomendacje, algorytmy i wyniki badań klinicznych. Jednak dla zdrowia publicznego i pacjentów niezbędne są także nauki humanistyczne. Profesor akcentował, że w dobie sztucznej inteligencji, gdy technika coraz bardziej wkracza w system opieki, musimy pamiętać o ludzkiej twarzy medycyny. Pacjent nie może stać się anonimowy. Każdy człowiek musi pozostać podmiotem działań

medycznych i edukacji zawodowej. Profesor zwrócił się do uczestników debaty z pytaniem, jak w prosty sposób zadbać o to, aby w dobie sztucznej inteligencji, która wkrótce może objąć cały system opieki zdrowotnej, humanizm i ludzka twarz wśród profesjonalistów medycznych nadal były obecne.

Prof. Marcin Ślęzak, dyrektor Instytutu Transportu Samochodowego, zwrócił uwagę, że Centrum Usług Motoryzacyjnych dla Osób Niepełnosprawnych jest przykładem integracji elementów psychologicznych, medycznych i technicznych. Natomiast prof. Tomasz Szapiro wskazał trzy główne problemy polskiej nauki: po pierwsze – hejt, który hamuje kreatywność, po drugie – szalbierze, czyli osoby podważające zaufanie społeczne do nauki, a po trzecie – odpływ młodych talentów. Angażując się w przygotowanie „Księgi Wdrożeń”, chciał pokazać, co nie jest szalbierstwem naukowym.

O potrzebie wsparcia młodych naukowców, których zaczyna brakować, mówiła dr inż. Katarzyna Petka z Uniwersytetu Rolniczego im. Hugona Kołłątaja w Krakowie. Zaznaczyła, że choć zazdrości sukcesów obecnym badaczom, wierzy, że kiedyś będzie mogła przyczynić się do rozwoju polskiej nauki. Zwróciła uwagę, że bez zwiększenia nakładów finansowych trudno będzie zapewnić napływ młodych talentów. Podkreśliła również wagę upowszechniania nauki i pokazywania społeczeństwu realnych efektów badań, co pozwala postrzegać naukę nie jako „suche fakty”, lecz jako źródło konkretnych korzyści dla ludzi.

Na zakończenie spotkania prof. Henryk Skarżyński przypomniał, że raport z rekomendacjami uczestników kongresu zostanie przedstawiony na początku marca w Senacie, tak jak podczas poprzednich edycji. Zaznaczył, że ważne jest, aby znalazły się w nim dobrze umotywowane zalecenia, które będą trafiały na wszystkie szczeble – od gminy przez powiat i województwo aż po urzędy centralne. Będzie to kolejne „życie” poruszanych tematów, a także szansa, by uwzględnić kwestie, które nie zostały wypowiedziane podczas debaty.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=ybgycg0mtCI&t=22327s>



DEBATA IX

Uczelnie i instytuty: interdyscyplinarność nauk

Synergia nauk – jak łączyć potencjał jednostek medycznych, technicznych, społecznych i humanistycznych na rzecz zdrowia publicznego

Otwarcie „Księgi Wdrożeń XXI wieku”



Otwarcie „Księgi Wdrożeń XXI wieku”

Podczas 3. edycji Kongresu „Nauka dla społeczeństwa” zrodziła się koncepcja utworzenia „Księgi Wdrożeń XXI wieku” zawierającej przykłady najważniejszych badań i nowych rozwiązań, mających istotny wpływ na rozwój społeczny i gospodarczy w naszym kraju. Celem Księgi są: umacnianie wizerunku nauki jako fundamentu rozwoju Polski, dostarczanie argumentacji dla decyzji warunkujących efektywne funkcjonowanie nauki oraz poprawa komunikacji społecznej naukowców z otoczeniem, w tym z otoczeniem biznesowym i sektorem publicznym.

Drugiego dnia obrad 7. Kongresu „Zdrowie Polaków”, podczas debaty „Synergia nauk – jak łączyć potencjał jednostek medycznych, technicznych, społecznych i humanistycznych na rzecz zdrowia publicznego”, nastąpiło uroczyste otwarcie „Księgi Wdrożeń XXI wieku”.

Prof. Henryk Skarżyński, otwierając debatę, zaznaczył, że jest ona kontynuacją rozmów sprzed roku prowadzonych z udziałem ministra Dariusza Wierczoka. – Wówczas minister podkreślał, że jako szef resortu chciałby dysponować pełną informacją o naszych osiągnięciach, tych, o których mówimy, z których jesteśmy dumni i na które oczekujemy finansowania – zaznaczył prof. Skarżyński. Przypomniał też, że po

ubiegłorocznym kongresie zobowiązano się do podjęcia tej inicjatywy. Zamiast odwoływać się jedynie do wybitnych uczonych o światowej renomie, postanowiono zwrócić się do środowiska naukowego, aby zaprezentowało osiągnięcia, które są dorobkiem Polski w XXI wieku i mają wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa. Zgłoszono ponad 100 interesujących projektów, znajdujących się na różnych etapach zaawansowania, wdrażania i osiągnięcia efektów. Do Kapituły zaproszono wybitnych naukowców o imponującym dorobku, którzy przez lata pełnili, lub nadal pełnią, najbardziej prestiżowe funkcje w obszarze nauki.

Prof. Henryk Skarżyński zaakcentował, że „Księga Wdrożeń XXI wieku” jest zaproszeniem środowiska

naukowego do nowej formy współpracy. Zazaczył, że inicjatywa nie tylko pokaże wkład polskich jednostek naukowych i badawczych w rozwój kraju, ale także pozwoli na ich promocję i zwiększenie szans na finansowanie ze strony administracji publicznej i sektora prywatnego, na czym wszystkim zależy.

Zapowiedział również, że wszelkie osiągnięcia naukowe mogą być wpisywane do „Księgi Wdrożeń XXI wieku”. Wyraził jednocześnie nadzieję, że tych osiągnięć będzie jak najwięcej i że będą one starannie udokumentowane, tak aby możliwe było pokazanie społeczeństwu, że inwestowane środki przynoszą wymierne efekty, z czego wszyscy mogą być dumni.

Podczas debaty podkreślano, że „Księga Wdrożeń XXI wieku” w zamierzeniu inicjatorów i realizatorów projektu jest początkiem nowego, innowacyjnego procesu komunikacyjnego, którego odbiorcami są szeroko pojęte grupy społeczne w Polsce. Jej przedmiotem są wdrożenia osiągnięć naukowych polskich uczonych, które mają istotny wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa i jego dobrostan. Profesor podkreślił, że rolą Kapituły było uwzględnienie wpływu społecznego rozwiązań, możliwej skali wdrożenia, relacji spodziewanych efektów do ponoszonych kosztów oraz właściwego balansu między wkładem koncepcyjnym a wdrożeniowym. Natomiast celem powstania „Księgi Wdrożeń XXI wieku” jest wzmocnienie wizerunku nauki jako fundamentu rozwoju Polski, dostarczenie argumentacji warunkującej decyzje istotne dla efektywnego funkcjonowania nauki oraz poprawa komunikacji między społecznością naukowców a otoczeniem, w tym sektorem biznesowym i publicznym.

Kapituła wyłoniła siedem wdrożeń do pierwszego, inicjującego wpisu do Księgi.

Prof. Arkadiusz Mężyk z Politechniki Śląskiej przyznał, że Kapituła zapoznała się ze wszystkimi zgłoszonymi propozycjami i uznała je za niezwykle interesujące. Podczas prac szczególną uwagę zwracano na rozwiązania, które są już blisko sukcesu wdrożeniowego lub zostały wdrożone, czyli te projekty, które już przeszły trudną ścieżkę i poradziły sobie z przekroczeniem tzw. doliny śmierci. Prof. Mężyk przyznał, że ocena wdrożeń, zwłaszcza w obszarze zdrowia, jest trudna, ponieważ dla osoby dotkniętej utratą zdrowia lub trwającą niezdolnością do wykonywania pewnych czynności każde rozwiązanie przynoszące ulgę ma charakter przełomowy. Dlatego, jak zaznaczył, Kapituła starała się uwzględniać ten istotny aspekt społeczny.

Prof. Leszek Rafalski, sekretarz Kapituły, dodał, że w celu ułatwienia zgłoszenia do „Księgi Wdrożeń”

przygotowano jednolity formularz, który pozwalał krótko opisać rozwiązanie, jego wdrożenie oraz wpływ na gospodarkę i społeczeństwo. Po otrzymaniu zgłoszeń Kapituła zapoznała się z nimi, a następnie, po dyskusji, wyłoniła siedem pierwszych wdrożeń.

Prof. Tomasz Szapiro ze Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie powiedział, że najważniejszą ideą „Księgi Wdrożeń” jest pokazanie, że naukowe projekty można skutecznie wdrażać, że „da się to zrobić”. Jak przekonywał, proces przygotowania Księgi przebiegał profesjonalnie: najpierw odbyła się techniczna kontrola zgłoszeń, następnie ocena ekspercka, a na końcu Kapituła weryfikowała innowacyjność, stopień wdrożenia oraz naukowy wkład projektów.

Prof. Jan Szmidt z Politechniki Warszawskiej przedstawił wybrane projekty z „Księgi Wdrożeń”. Jak przyznał, Kapituła była szczególnie pod wrażeniem Kapsuły Badań Zmysłów, innowacyjnego i wartościowego projektu wykorzystującego nowoczesne technologie, od prostych systemów przesyłania informacji światłowodami po sztuczną inteligencję. Profesor przypomniał, że takie technologie, zdaniem niektórych noblistów, mogą stać się motorem postępu w medycynie, biologii i innych dziedzinach wymagających analizy dużych zbiorów danych. Jak dodał, Kapsuła Badań Zmysłów – słuchu, wzroku, węchu, smaku i równowagi, umożliwi przesiewowe badania dużych populacji w różnych częściach świata, bez konieczności przemieszczania osób. To rozwiązanie na miarę XXI wieku, łącznie technologie elektroniczno-fotoniczne z możliwościami człowieka. Kolejnym przedstawionym przykładem był system prognozowania epidemii. Profesor podkreślił, że w obliczu ostatniej epidemii widać, jak ważne jest narzędzie, które pozwala szybko reagować na choroby, które mogą rozprzestrzeniać się globalnie. – Świat stał się małą wioską, w której choroby rozprzestrzeniają się bardzo łatwo – podsumował. Ekspert zwrócił jeszcze uwagę na inne niezwykle ciekawe projekty, jak usługi motoryzacyjnych dla osób niepełnosprawnych czy bioniczna ręka protetyczna, która jest wspierana oprogramowaniem do zdalnej rehabilitacji i konfiguracji. Profesor podał też przykłady projektów o charakterze społecznym, jak monitorowanie środowiska szkolnego i zapobieganie zachowaniom ryzykownym, w tym przemocy rówieśniczej.

Prof. Jan Szmidt zaznaczył, że nie chodzi wyłącznie o inżynierię czy nowoczesne technologie. Dopiero wtedy, kiedy dotykamy całości człowieczeństwa, możemy zrozumieć reakcje ludzi i reagować tak, aby

mimo niepełnosprawności czy innych trudnych doświadczeń mogli pozostać w pełni sobą.

Prof. Andrzej Szeptycki, podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego, podziękował za „Księgę Wdrożeń”, bo prezentuje osiągnięcia, które można pokazać, a to ma ogromne znaczenie także z perspektywy politycznej. Minister zwrócił uwagę na znaczenie interdyscyplinarności, podkreślając, że jest ona dziś niezbędna zarówno w szkolnictwie wyższym, jak i w badaniach naukowych. Przekonywał, że jeśli chcemy promować naukę, wyjaśniać jej znaczenie oraz przeciwdziałać dezinformacji i populizmowi, wdrożenia mogą być jednym z najlepszych narzędzi w tym zakresie. Minister podkreślił też, że szczególnie w obszarze zdrowia obserwujemy rosnącą falę naukosceptycyzmu. Jednocześnie wyraził nadzieję, że przynajmniej część naszych rodaków przekona się, dzięki przedstawionym konkretnym przykładom, że nauka jest istotna, służy zdrowiu i że każdy jej element ma znaczenie.

W dalszej części debaty odczytano listę wyróżnionych pomystodawców i ich projektów.

Głos zabrała reprezentantka Instytutu Fizyki Jądrowej PAN, dziękując Kapitulie za wyróżnienie i przypominając, że po niemal dziesięciu latach w Polsce wiązką protonową napromieniono już ponad 2 tys. pacjentów.

Z kolei ekspertka z Instytutu Genetyki Roślin PAN w Poznaniu podkreśliła, że przeszli „dolinę śmierci” już 20 lat temu, dlatego obecne uznanie jest dla nich szczególnie cenne. Opracowany przez instytut system prognozowania epidemii chorób roślin ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa żywności trafiającej do konsumentów.

Przedstawiciel Instytutu Transportu Samochodowego zwrócił uwagę, że choć w tym roku liczba ofiar śmiertelnych na polskich drogach może być najniższa w historii statystyk, rośnie liczba osób ciężko rannych.

Jak podkreślono, Centrum Usług Motoryzacyjnych dla Niepełnosprawnych zapewnia tym osobom mobilność, co przekłada się na jakość życia i aktywizację zawodową. Centrum wykorzystuje nowoczesne rozwiązania techniczne, w tym systemy wspomagające prowadzenie pojazdów. Jak podkreślono, to jedyne miejsce w Polsce oferujące możliwość wypożyczenia samochodu dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Badaczka z Instytutu Genetyki Człowieka PAN wyraziła wdzięczność za docenienie opracowanego algorytmu diagnostyki pierwotnej dyskinezy rzęsek. Jak wskazała, jest to rezultat wielu lat badań oraz ścisłej współpracy z jednostkami medycznymi, m.in. z Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce-Zdroju. Algorytm stanowi ważny krok w skróceniu długiej i obciążającej pacjentów drogi do rozpoznania tej rzadkiej choroby.

W imieniu Uniwersytetu SWPS podkreślono, że relacje rówieśnicze są procesami złożonymi i nieprzewidywalnymi, jednak psychologia społeczna pozwala analizować je na tyle precyzyjnie, by wyłapać momenty, w których mogą prowadzić do przemocy czy zachowań ryzykownych. Autorzy systemu przeciwdziałania przemocy rówieśniczej wyrazili zadowolenie z uzyskanego wyróżnienia.

Wśród wyróżnionych innowatorów znalazła się także firma Aether Biomedical oraz Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu za projekt międzyuczelniany i międzyinstytutowy.

Minister Andrzej Szeptycki złożył gratulacje wszystkim wyróżnionym twórcom projektów oraz Kapitulie, wyrażając jednocześnie nadzieję, że liczba zgłaszanych inicjatyw będzie systematycznie rosła. Na zakończenie tej części debaty prof. Henryk Skarżyński przekazał ministrowi oryginalny egzemplarz „Księgi Wdrożeń XXI wieku”.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=ybgycg0mtCl&t=22327s>





Stomatologia jako fundament zdrowia ogólnego

Zdrowie jamy ustnej fundamentem zdrowia ogólnego

Moderatorzy:

prof. Renata Górska, Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr Beata Małecka-Libera, senator RP, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia

Uczestnicy:

prof. Edward Franek, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii,
Państwowy Instytut Medyczny MSWiA

dr hab. Bartłomiej Górski, Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. Anna Kostera-Pruszczyk, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii,
UCK Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr hab. Jan Kowalski, kierownik Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr hab. Małgorzata Nędzi-Góra, Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. Piotr Pruszczyk, Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki
i Leczenia Żyłnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Podczas debaty wskazywano, że do najczęstszych problemów zdrowotnych w obrębie jamy ustnej należą próchnica i choroby przyzębia. Podkreślano związek chorób przyzębia z chorobami ogólnymi. Jak wyjaśniono, przewlekły stan zapalny prowadzi do wzrostu mediatorów zapalnych oraz do bakteriemii, które oddziałują na cały organizm. Zwracano uwagę, że zapalenie przyzębia jest niezależnym czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, może wpływać na choroby neurodegeneracyjne, przebieg cukrzycy i zwiększać ryzyko przedwczesnych porodów z niską masą urodzeniową.

Zaawansowana choroba przyzębia ponadpięciokrotnie podnosi ryzyko choroby wieńcowej, zawału serca oraz zwiększa ryzyko udaru mózgu. Dyskutowano też o sposobach poprawy świadomości pacjentów i lekarzy dotyczącej znaczenia zdrowia jamy ustnej dla zdrowia ogólnego. Ekspertsi podkreślali, że szczególnie u osób z grup ryzyka wizyta kontrolna u stomatologa powinna odbywać się co najmniej raz na pół roku.

Przytoczono również wyniki imponującego, ponad 20-letniego badania obejmującego 4600 osób w wieku 45–65 lat. Po dwóch dekadach okazało się, że u uczestników, którzy wyjściowo mieli prawidłowy stan uzębienia i przyzębia, dwukrotnie rzadziej rozwijały się zaburzenia otępienne. Podkreślano, że dbałość o stan jamy ustnej to inwestycja w przyszłość całej populacji.

Ekspertsi zwrócili uwagę, że w dyskusjach o tzw. medycynie stylu życia, obejmującej m.in. prawidłowe odżywianie wpływające na mikrobiom jelitowy czy regularną aktywność fizyczną, pomija się zdrowie jamy ustnej jako integralnej części dbałości o funkcjonowanie całego organizmu.

Podczas debaty zaakcentowano także brak opieki stomatologicznej w szkołach, co nie pozwala na szerzenie świadomości na temat higieny jamy ustnej. Zwrócono także uwagę, że obecny system opieki stomatologicznej finansowany ze środków publicznych stawia na pierwszym miejscu procedury rekonstrukcyjne, nie profilaktyczne, co przekłada się też na wycenę tych procedur.

Ekspertsi przypomnieli, iż z danych epidemiologicznych wynika, że zarówno w Europie, jak i w Ameryce, około 50 proc. dorosłego społeczeństwa po 35. r.ż. ma jakąś postać choroby przyzębia. Zwrócili także uwagę, że na błonie śluzowej jamy ustnej mogą rozwinąć się zmiany o charakterze przednowotworowym, w obrębie których ryzyko wystąpienia nowotworu jest większe niż w zdrowej błonie śluzowej. Podkreślano też potrzebę ścisłej współpracy interdyscyplinarnej z laryngologami i lekarzami POZ i zachęcano do profilaktycznych badań przesiewowych jamy ustnej, które mogą zapobiec poważnym powikłaniom.

Jak przekonywała senator dr Beata Małecka-Libera, ważne, żeby edukację zdrowotną zaczynać już

w przedszkolu, wtedy dziecko uczy się nawyków i zachowań, które będzie kontynuować przez całe życie. Podkreślała też, że nie można oczekiwać od rodziców, by chętnie zgadzali się na lekcje zdrowia w szkołach, skoro sami często nie są w tym obszarze wyedukowani. Nie rozumieją, po co dziecku taka wiedza – przecież jest „Google”, które wszystko wie. – To pokazuje, jak bardzo zaniedbaliśmy edukację zdrowotną społeczeństwa. Ten obszar wymaga odbudowy – podsumowała.

Ekspertsi zwrócili też uwagę, że w przekazie publicznym akcentujemy przede wszystkim „ładny uśmiech”, choć nie zawsze oznacza on zdrowie. Tymczasem pacjent powinien usłyszeć, że dbając o jamę ustną, realnie zmniejsza ryzyko zawału serca, udaru mózgu, demencji czy niektórych nowotworów. To zupełnie inny, znacznie silniejszy poziom motywacji.

Wnioski:

- Ocena stanu zdrowia jamy ustnej powinna być uwzględniona w rutynowym wywiadzie lekarskim szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej. Wprowadzenie prostych pytań dotyczących regularności kontroli stomatologicznej może stanowić skuteczne narzędzie wczesnej identyfikacji potencjalnych źródeł ogólnoustrojowego obciążenia zapalnego. Potwierdzająca odpowiedź pacjenta na takie pytania jak: krwawienie z dziąseł, ból, powinno skłaniać do skierowania go na konsultację stomatologiczną jako element profilaktyki i uzupełnienie diagnostyczno-terapeutyczne.
- Podkreśla się również konieczność wzmocnienia współpracy interdyscyplinarnej pomiędzy lekarzami ogólnymi a lekarzami dentykami w celu zapewnienia holistycznego podejścia do zdrowia pacjenta. Integracja opieki stomatologicznej z opieką medyczną sprzyja wczesnej profilaktyce przewlekłych stanów zapalnych oraz poprawia długoterminowe wyniki.
- Stomatologia nie powinna być postrzegana wyłącznie jako dziedzina skoncentrowana na profilaktyce i leczeniu patologii występujących w jamie ustnej, lecz jako istotny filar profilaktyki i utrzymania zdrowia ogólnego.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=ybgycg0mtCl&t=28159s>





Aktywność obywatelska w systemie zdrowia

Przykłady udanych inicjatyw – dobre praktyki do upowszechnienia

Moderator:

Urszula Jaworska, prezes Fundacji Urszuli Jaworskiej

Uczestnicy:

dr Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, prezes Fundacji Edukacji Społecznej

Elżbieta Brzozowska, wiceprezes Fundacji Koalicja dla Wcześniaka

Lucyna Jaworska-Wojtas, prezes Fundacji Pokonać Endometriozę

W debacie wzięły udział aktywistki od lat działające na rzecz zdrowia i realnie wpływające na rzeczywistość. Podkreślano, że ich rola staje się szczególnie istotna wtedy, gdy państwo nie realizuje swoich obowiązków. Jak mówiły, nie zastępują instytucji publicznych, ale wskazują ich słabe punkty i wprowadzają potrzebne zmiany.

Elżbieta Brzozowska, prezes Fundacji Koalicja dla Wcześniaka, Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, prezes Fundacji Edukacji Społecznej, oraz Lucyna Jaworska-Wojtas, prezes Fundacji Pokonać Endometriozę, podkreślały, że ich działania są przykładem inicjatyw, które przynoszą wymierną korzyść.

Aktywistki mówiły o krokach, które musiały podjąć, by doprowadzić do zmian systemowych. Kluczem okazało się współdziałanie i jednoczenie się wokół wspólnej idei. Zaznaczały, że potrzebne jest budowanie grona osób myślących podobnie, gotowych mówić

o problemie i pokazywać własne historie. Ważne jest też znalezienie decydentów, którzy dostrzegą wagę podejmowanych tematów.

Podczas debaty wielokrotnie podkreślano, że ich praca wymaga rzetelnego przygotowania: aktualnej wiedzy naukowej, danych, badań, a także znajomości prawa. Świadomość decydentów, jak wskazywały, jest kluczowa dla wprowadzenia zmian. Pojawilo się również pytanie, jak zachęcić inne organizacje, które nie wierzą, że mogą działać skutecznie. Uczestniczki apelowały, by się nie poddawać, mieć odwagę realizować

własne pomysły i ufać swojej wiedzy. Podkreślały, że oczekiwania pacjentów mają ogromną moc przekonywania tych, którzy początkowo są sceptyczni.

Zmiany systemowe udają się w jednym procencie, ale trzeba próbować. Edison też nie wymyślił żarówki za pierwszym razem, podsumowano.

Elżbieta Brzozowska zwróciła uwagę, że najważniejsze jest pamiętanie o wartościach, które stoją za działaniem organizacji. – Działamy z empatii, wdzięczności i często z własnego doświadczenia. Życzliwość i jednocześnie sił to podstawa skuteczności – mówiła.

Wskazywano także na konieczność profesjonalizacji, nawet przy ograniczonych środkach, podkreślając, że dziś istnieje wiele narzędzi i platform wspierających organizacje pozarządowe. Uczestniczki podkreślały również znaczenie niezależności organizacji oraz stawiania sobie małych, osiągalnych celów.

Na zakończenie prowadząca podziękowała aktywistkom za ich otwartość i doświadczenie. Zwróciła uwagę, że choć łatwo mówi się o konieczności zmian, znacznie trudniej jest je wdrażać. – Bez organizacji pozarządowych ochrona zdrowia, i nie tylko, nie wyglądałaby tak, jak dziś. Ich rola jest niewidoczna, ale niezwykle istotna – zakończyła.

Wnioski:

- Ważnym celem organizacji pacjenckich jest doprowadzanie do zmian systemowych poprawiających sytuację chorych. Rekomendacją płynącą z doświadczeń to współdziałanie i jednocześnie

się wokół wspólnej idei. Potrzebne jest budowanie grona osób myślących podobnie, gotowych mówić o problemie i pokazywać własne historie. Niezbędna jest osoba, która byłaby pośrednikiem w kontakcie między rządem a organizacjami zrzeszającymi pacjentów.

- Zaleca się usystematyzowanie pracy organizacji pacjenckich na rzecz poprawy systemu ochrony zdrowia. Największe organizacje mogą z poziomu zarządów centralnych wpływać na decyzje polityczne, np. brać udział w posiedzeniach komisji sejmowych. Z kolei mniejsze organizacje lub lokalne oddziały mogą to robić na poziomie samorządowym. Zaleca się, aby wspierać się rzetelnym przygotowaniem: zdobywaniem aktualnej wiedzy naukowej, śledzeniem danych, badań, a także znajomością prawa.
- Wskazywano także na konieczność profesjonalizacji, nawet przy ograniczonych środkach, podkreślając, że dziś istnieje wiele narzędzi i platform wspierających organizacje pozarządowe.
- Ważne, aby nie zapominać o kluczowych zadaniach organizacji, jakimi są wspieranie chorych oraz ich najbliższego otoczenia nie tylko pod względem finansowym, ale również poprzez przekazywanie wiarygodnych informacji, możliwość kontaktu z innymi osobami dotkniętymi podobnym problemem zdrowotnym, działania edukacyjne oraz uświadamiające społeczeństwo na temat profilaktyki różnych chorób.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=n5GDgm0zG4k&t=300s>





Żywnienie i edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna – jak skutecznie zmieniać nawyki żywieniowe Polaków?

Moderatorzy:

dr hab. Małgorzata Drywień, prof. SGGW, kierownik Katedry Żywienia Człowieka, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Uczestnicy:

dr Jan Golba, dyrektor Departamentu Rolnictwa Ekologicznego i Jakości Żywności, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi

dr hab. inż. Anna Milczarek, prof. UPH, Instytut Zootechniki i Rybactwa, Wydział Nauk Rolniczych, Uniwersytet w Siedlcach

prof. Marcin Moniuszko, rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

dr inż. Katarzyna Petka, Wydział Technologii Żywności, Uniwersytet Rolniczy im. Hugona Kołłątaja w Krakowie

prof. Marta Pogrzeba, dyrektor Instytutu Ekologii Terenów Uprzemysłowionych

dr inż. Krzysztof P. Rutkowski, dyrektor Instytutu Ogrodnictwa – Państwowego Instytutu Badawczego

prof. Jacek Sosnowski, dziekan Wydziału Nauk Rolniczych, Uniwersytet w Siedlcach

dr hab. inż. Joanna Szlinder-Richert, prof. MIR-PIB, zastępca dyrektora ds. naukowych Morskiego Instytutu Rybackiego – Państwowego Instytutu Badawczego

prof. Romuald Zabielski, Centrum Medycyny Translacyjnej Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

prof. Michał Jerzy Zasada, rektor Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

Edukacja żywieniowa i zdrowotna to interdyscyplinarny obszar – podkreślali eksperci, zwracając uwagę, że łączy ona wiedzę i doświadczenia wielu dziedzin: od medycyny i żywienia człowieka przez rolnictwo i produkcję żywności aż po ekologię, ochronę środowiska czy rybołówstwo. Wskazano również, że skuteczna edukacja zdrowotna wymaga spojrzenia szerokiego, obejmującego zarówno aspekty naukowe, jak i społeczne oraz środowiskowe.

Z tego powodu rozmowy w tym obszarze gromadzą specjalistów z wielu dziedzin. Jednym z kluczowych interesariuszy jest Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, które podejmuje działania również w zakresie edukacji zdrowotnej z ukierunkowaniem na żywność i żywienie. – Po pierwsze prowadzona jest akcja pod hasłem „kupuj świadomie”, czyli kupuj produkt polski, produkt ekologiczny. Chodzi o kształtowanie w społeczeństwie zdrowych nawyków korzystania z informacji zawartych na etykietach. Prowadzona jest także kampania dotycząca produkcji żywności ekologicznej oraz żywności z oznaczeniem geograficznym. Równolegle realizowane są działania o charakterze długofalowym, zawierające komponent edukacyjny, kierowany do uczniów szkół podstawowych. Program ma bardzo szeroki zasięg, ponieważ realizowany jest w szkołach podstawowych i obejmuje rocznie około 1,8 miliona dzieci. Kampania jest współfinansowana przez Unię Europejską – opisywał dr Jan Golba, dyrektor Departamentu Rolnictwa Ekologicznego i Jakości Żywności Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

Działalność edukacyjna dotycząca zdrowotnych aspektów żywności jest również prowadzona z poziomu uczelni uniwersyteckich. – Prowadzimy szereg wykładów dla młodzieży. To są wykłady, na które zapraszamy młodzież do siebie w ramach podpisanych umów. Z takimi wykładami, warsztatami wyjeżdżamy również do szkół średnich i podstawowych, a nawet przedszkoli. Z takich wykładów korzystają też osoby starsze. Oczywiście w zależności od potrzeby są dostosowywane do odbiorców – wymieniła dr hab. Anna Milczarek z Instytutu Zootechniki i Rybołówstwa Wydziału Nauk Rolniczych Uniwersytetu w Siedlcach.

Prof. Jacek Sosnowski, dziekan Wydziału Nauk Rolniczych Uniwersytetu w Siedlcach, zwrócił z kolei uwagę, że mimo zapotrzebowania na tę wiedzę trudno jest większości uczelniom, które mają inny profil kształcenia, włączyć do programu studiów kształcenie z zakresu żywienia człowieka. – Natomiast jeżeli by to były wykłady otwarte, fakultatywne, może chętniej studenci braliby w tym udział, a nawet osoby spoza szkół. Myślę, że popularność tego typu zajęć byłaby duża. Bardzo często organizujemy różnego rodzaju warsztaty, wykłady dla uczniów szkół średnich, ale nie

tylko. W momencie kiedy proponujemy tematy dotyczące na przykład żywności funkcjonalnej czy chociażby mikrowarzyw, to mamy bardzo duży odzew wśród młodzieży. Chętnych na wykład zgłasza się więcej, niż mamy miejsc na sali.

Prof. Marcin Moniuszko, rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, opowiadał, jak uczelnie medyczne mogą przygotować lekarzy do roli edukatorów zdrowego stylu życia, w tym oczywiście żywienia. Profesor przypomniał, że rola edukacji powinna spoczywać na nas wszystkich, a nie tylko lekarzach. Zwrócił też uwagę, że w Polsce wciąż funkcjonuje wiele mitów i błędnych przekonań dotyczących żywności i żywienia, które są umiejętnie wykorzystywane przez różne podmioty biznesowe. Tymczasem rosnąca skala chorób cywilizacyjnych w Polsce, Europie i krajach zachodnich nie jest przypadkowa. W dużej mierze wynika z niewłaściwych nawyków żywieniowych oraz braku aktywności fizycznej. Dlatego, jak zaznaczył profesor, potrzeby edukacyjne w tym obszarze są ogromne.

Ekspert podkreślali, że musimy ukierunkować się na personalizację żywienia, ponieważ każdy z nas ma inne potrzeby, nie tylko żywieniowe, ale również zdrowotne. Odwołano się też do literatury światowej, w której coraz częściej zwraca się uwagę na tzw. wzory żywieniowe. Właśnie w tym kierunku, jak wskazano w debacie, powinny zmierzać przyszłe badania.

Poruszano także kwestię barier, z jakimi konsumenci mierzą się w dostępie do rzetelnych informacji o żywieniu i żywności. Podczas debaty dyskutowano, jakie przeszkody, zarówno informacyjne, jak i systemowe, najczęściej utrudniają im podejmowanie świadomych decyzji żywieniowych. Zwrócono uwagę, że jednym z największych problemów związanych z żywnością i żywieniem jest szum informacyjny. Konsumenci są bombardowani sprzecznymi komunikatami. Inne treści pojawiają się w mediach społecznościowych, inne w programach telewizyjnych, jeszcze inne w rozmowach ze znajomymi. Podkreślono również, że nawet specjaliści często przekazują pacjentom różniące się między sobą informacje, co potęguje chaos informacyjny. W efekcie jednego dnia dany produkt przedstawiany jest jako prozdrowotny, a następnego jako

potencjalnie szkodliwy. Jak podkreślali eksperci, nie brakuje informacji, problemem jest raczej brak umiejętności ich filtrowania, oceny wiarygodności i rozpoznania, co jest rzetelną wiedzą. – Dużo czasu spędzamy w social mediach. Przebywamy bardzo dużo czasu w internecie. Algorytmy, które nam wskazują social media, nie przekazują informacji rzetelnych, prawdziwych, popartych nauką, tylko te, które są „klikalne”, często kontrowersyjne, a przede wszystkim krótkie. Nawet jeżeli chcemy przekazać informację naukową, ciekawą i interesującą, przekaz musi być skrócony. Mamy 10–15 sekund na przekazanie rzetelnej informacji. To skracanie niestety w dużej części upraszcza to, co my chcemy przekazać, co czasem będzie niejednoznaczne dla społeczeństwa – mówiła dr Katarzyna Petka z Wydziału Technologii Żywności Katedry Technologii Produktów Roślinnych i Higieny Żywienia, Uniwersytetu Rolniczego w Krakowie.

W trakcie dyskusji pojawił się również postulat stworzenia narodowej strategii żywieniowej, która mogłaby uporządkować działania edukacyjne, badawcze i zdrowotne w Polsce. Zwracano uwagę, że bez wspólnego kierunku i jasno określonych priorytetów trudno będzie skutecznie przeciwdziałać narastającym problemom zdrowotnym i dezinformacji żywieniowej.

Prof. Romuald Zabielski z Centrum Medycyny Translacyjnej Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie na pytanie, jakie najnowsze odkrycia w naukach o żywieniu powinny jak najszybciej trafić do codziennej praktyki konsumentów, przyznał, że trudno na nie odpowiedzieć, ponieważ co kilka minut w internecie pojawia się nowa publikacja naukowa, która dotyczy tego tematu. Zwrócił uwagę, że mamy do czynienia z ogromnym zalewem informacji. Podkreślił, że rolą nauki jest nie tylko dostarczanie informacji, ale także jej segregowanie i przekazywanie społeczeństwu w sposób wiarygodny i aktualny. Tylko wtedy może ona być skuteczną przeciwwagą dla licznych opinii i tez głoszonych bez naukowego uzasadnienia.

Prof. Marta Pogrzeba, dyrektor Instytutu Ekologii Terenów Uprzemysłowionych w Katowicach, mówiła o potrzebie skrócenia łańcucha dostaw żywności. – Musimy zacząć promować żywność sezonowo i promować żywność od lokalnego rolnika, tak żeby ślad węglowy był jak najmniejszy, żeby zmniejszyć koszty

transportu. Zwróciła uwagę, że jest to też element ochrony krajowego rolnictwa, a co za tym idzie – troski o zdrowe gleby, na zasadzie: im więcej zainwestujesz w glebę, tym lepszej jakości żywność dostaniesz.

Dodatkowym aspektem, na który zwrócono uwagę, jest też potrzeba edukacji najmłodszego pokolenia w kwestii szanowania żywności. – To poszanowanie żywności to nie jest tylko czyjaś praca, to jest również pieniądź, oszczędzanie i wprowadzenie standardu, że kupujemy tyle, ile potrzebujemy – mówiła dyrektor Pogrzeba, dodając, że warto zwrócić uwagę na dobrą jakość żywności, która może być nieco droższa, ale ten wydatek równoważy się, jeśli kupujemy dużo jedzenia gorszej jakości, a potem je marnujemy i wyrzucamy.

Wnioski:

- Edukacja żywieniowa wymaga podejścia systemowego i interdyscyplinarnego. Żywność łączy medycynę, rolnictwo, produkcję żywności, ekologię i zdrowie publiczne, dlatego skuteczne działania muszą angażować różne środowiska: od administracji i uczelni po lekarzy i ekspertów. Potrzebna jest narodowa strategia żywieniowa, która uporządkuje edukację, badania i działania zdrowotne oraz nada im wspólny kierunek.
- Jednym z największych wyzwań jest chaos informacyjny i brak umiejętności filtrowania wiedzy. Problemem nie jest brak informacji, lecz ich nadmiar i niska jakość części przekazów, zwłaszcza w mediach społecznościowych. Sprzeczne komunikaty, uproszczenia i „klikalne” treści utrudniają podejmowanie świadomych decyzji żywieniowych. Rolą nauki i instytucji publicznych powinno być porządkowanie wiedzy i przekazywanie jej w sposób rzetelny oraz zrozumiały.
- Przyszłość to personalizacja żywienia i odpowiedzialna konsumpcja. Eksperci podkreślali potrzebę indywidualnego podejścia do diety oraz odejścia od prostych, uniwersalnych zaleceń na rzecz wzorów żywieniowych opartych na dowodach naukowych. Równocześnie istotne jest promowanie żywności lokalnej, sezonowej, dobrej jakości oraz ograniczanie marnowania jedzenia, zarówno z powodów zdrowotnych, jak i środowiskowych.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=n5GDgm0zG4k&t=4474s>





Senioralna

Jak wspierać aktywne i zdrowe starzenie się?

Moderatorzy:

red. Daria Kwiecień, TVP3

Łukasz Salwarowski, prezes Stowarzyszenia MANKO, redaktor naczelny „Głosu Seniora”

Uczestnicy:

Dorota Bieniasz, członek zarządu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ds. świadczeń

Oktawian Druzd, kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lesznowoli

Ewa Mróz, prezes Fundacji Revitalife

dr hab. Marta Podhorecka, prof. UMK, przewodnicząca Rady ds. Polityki Senioralnej przy Minister ds. Polityki Senioralnej

Magdalena Pytlos, kierownik Domu Dziennego Pobytu „Senior-WIGOR”

Małgorzata Sarzyńska, prezes Energetycznej Fundacji Społecznej przy Międzyzakładowej Spółdzielni Mieszkaniowej „Energetyka” – Spółdzielni Mieszkaniowej Przyjaznej Seniorom

Podczas debaty zwrócono uwagę, że w skali całej Europy jedynie 30–35 proc. osób w wieku powyżej 65–70 lat uważa się za seniorów. Jak zaznaczyli uczestnicy, oznacza to, że wielu ludzi czuje się młodziej, niż wynikałoby to z wieku metrykalnego, co jest postrzegane jako bardzo pozytywne zjawisko. Podkreślono również, że dotyczy to przede wszystkim osób zdrowych, otoczonych wsparciem społecznym i żyjących w środowisku sprzyjającym dobrostanowi.

Prof. Marta Podhorecka, przewodnicząca ds. polityki senioralnej przy Minister ds. Polityki Senioralnej, zauważyła, że w debacie o zdrowym starzeniu zbyt rzadko mówimy o samotności w kontekście stanu, który jest czynnikiem ryzyka wielu chorób i wielu zdarzeń, które mogą się wydarzyć w wieku

senioralnym. Musimy sobie też uświadomić, że samotność to nie są wyłącznie emocje. To coś, co realnie obciąża psychicznie i fizjologicznie nasz organizm. – Mamy na to twarde dane. W Polsce połowa osób powyżej 75. r.ż. czuje się samotna i mieszka samotnie. Dodatkowo 40 proc. osób starszych

deklaruje, że bardzo często czują samotność. WHO mówi wprost o tym, że to jest światowa pandemia – zaznaczyła prof. Podhorecka. Jednocześnie zwróciła uwagę, że samotność znacząco zwiększa ryzyko depresji, prowadzi do zaburzeń snu i jest tak samo istotnym czynnikiem ryzyka chorób otępiennych jak otyłość czy palenie papierosów. Samotność jest też jednym z najtrudniejszych problemów, z którym wielu seniorów nie daje sobie rady. Odpowiadając na pytanie o narzędzia wspierające seniorów, przywołano przykład z Aragonii (Hiszpania), gdzie wprowadzono tzw. receptę społeczną. W ramach tego rozwiązania lekarz może wystawić skierowanie do konkretnej organizacji, a informacja trafia automatycznie do systemu, dzięki czemu to organizacja kontaktuje się z seniorem. Jak zaznaczyła ekspertka, jest to istotne, bo nie zawsze senior zrobi pierwszy krok samodzielnie. System został wdrożony w odpowiedzi na badania dotyczące samotności w regionie.

Część debaty poświęcono zjawisku określanemu jako „niewolnictwo 4. piętra”. Eksperti podkreślili, że problem jest poważny, ponieważ aż 40 proc. seniorów mieszka w blokach lub kamienicach pozbawionych windy. Zwrócono również uwagę na inny istotny aspekt – brak toalet publicznych, który sprawia, że wielu seniorów rezygnuje z wychodzenia z domu. Aż 20 proc. osób starszych przed wyjściem sprawdza, czy na planowanej trasie będzie dostępna toaleta.

Zdaniem ekspertów seniorzy doświadczają dyskryminacji w wielu obszarach: językowym, mieszkaniowym, toaletowym, cyfrowym, ekonomicznym, zawodowym oraz transportowym. To właśnie tym wyzwaniom należy aktywnie stawiać czoła, tworząc rozwiązania, które realnie poprawią ich funkcjonowanie i jakość życia.

W trakcie debaty eksperci zastanawiali się również nad tym, jak wydłużyć okres sprawności i aktywności zawodowej osób starszych. Wszyscy rozmówcy zgodnie podkreślali, że w tym przypadku kluczowa jest ścisła współpraca różnych środowisk oraz wprowadzenie szerokich działań profilaktycznych, które powinny obejmować m.in. promocję zdrowia oraz tworzenie środowiska sprzyjającego aktywności fizycznej i społecznej.

Dyskusja jednoznacznie wykazała, że dotychczasowe działania na rzecz seniorów mają charakter rozproszony, niespójny i często nieadekwatny do realnych potrzeb starzejącego się społeczeństwa.

Szczególnie niepokojący jest dynamiczny wzrost kosztów opieki długoterminowej oraz brak systemowych rozwiązań, które umożliwiłyby jak najdłuższe zachowanie samodzielności osób starszych. Konsekwencją tych zaniedbań jest przedwczesna niesamodzielność, narastająca liczba osób z niepełnosprawnością oraz rosnące obciążenie już przeciążonego systemu ochrony zdrowia i opieki długoterminowej, w tym zakładów opiekuńczo-leczniczych i domów pomocy społecznej, gdzie miesięczny koszt pobytu wynosi obecnie od 6 do 12 tysięcy złotych. Uczestnicy debaty podkreślali również, że do starości należy przygotowywać się nie tylko zdrowotnie i społecznie, ale także ekonomicznie – tymczasem w Polsce temat długofalowego planowania finansowego na późniejsze lata życia wciąż pozostaje marginalizowany, mimo że ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa i godności seniorów.

Wnioski:

- Starzenie się społeczeństwa jest jednym z najważniejszych wyzwań cywilizacyjnych stojących przed Polską. Według prognoz demograficznych już w najbliższych dekadach liczba osób w wieku 60+ będzie dynamicznie rosła. Obecnie mamy 10 milionów seniorów (30%), a w 2050 roku będzie 14 milionów (40%). Proces ten niesie ze sobą nie tylko konsekwencje zdrowotne, ale również społeczne, ekonomiczne i organizacyjne. Wydłużanie życia nie zawsze idzie w parze z jego dobrą jakością, dlatego kluczowym zadaniem państwa, samorządów oraz organizacji społecznych jest stworzenie warunków sprzyjających aktywnemu, zdrowemu i godnemu starzeniu się.
- Zasadne jest wypracowanie długofalowej, spójnej oraz międzysektorowej strategii wspierania aktywnego i zdrowego starzenia się, obejmującej działania z zakresu zdrowia, edukacji, aktywizacji społecznej, bezpieczeństwa oraz polityki senioralnej.
- Tylko skoordynowane i długofalowe działania pozwolą na realne wzmacnianie samodzielności seniorów, poprawę jakości ich życia oraz pełniejsze wykorzystanie ich potencjału społecznego i obywatelskiego.
- Należy zwiększyć oraz stabilnie zabezpieczyć środki finansowe przeznaczone na kompleksową i skuteczną aktywizację osób starszych, obejmującą sferę ruchową, psychiczną, społeczną oraz zawodową. Działania

te powinny odpowiadać realnym potrzebom seniorów, wzmacniać ich samodzielność, poczucie sprawczości i godności, a także przeciwdziałać samotności, wykluczeniu społecznemu i dezaktywacji. Według Badania Potrzeb Społecznych Seniorów 2025 przeprowadzonego przez „Głos Seniora” samotność dotyka aż 36% seniorów, 25% z nich deklaruje stany przedłużającego się obniżonego nastroju, a 30% cierpi na depresję, są to alarmujące wyniki, świadczące o potrzebie zmian i jak największej aktywizacji seniorów.

- Jednym z kluczowych determinantów tzw. zdrowego starzenia się jest utrzymanie odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej w starszym wieku. Stanowi to istotne wyzwanie dla zdrowia publicznego, ponieważ niedostateczna aktywność fizyczna sprzyja rozwojowi chorób przewlekłych, obniża jakość życia oraz prowadzi do wzrostu kosztów opieki zdrowotnej.
- Należy zwiększyć nakłady finansowe oraz zintensyfikować ogólnopolskie i lokalne kampanie

informacyjne na rzecz bezpieczeństwa seniorów, ze szczególnym uwzględnieniem przeciwdziałania oszustwom.

- Potrzebny jest dalszy rozwój oraz systemowe wsparcie programów typu Szkoła Przyjazna Seniorom jako skutecznego narzędzia integracji międzypokoleniowej i aktywizacji społecznej osób starszych.
- Ważne jest wspieranie aktywności zawodowej seniorów oraz promowanie wśród pracodawców idei zatrudniania osób 60+.
- W świetle wyników Badania Potrzeb Społecznych Seniorów 2025 przeciwdziałanie wykluczeniu osób starszych powinno stać się jednym z priorytetów polityki zdrowotnej i społecznej państwa. Aż 41% seniorów mieszka w budynkach bez windy, co w praktyce prowadzi do tzw. „niewolnictwa czwartego piętra” – ograniczenia mobilności, izolacji społecznej oraz pogorszenia stanu zdrowia.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=n5GDgm0zG4k&t=9012s>





Zdrowie psychiczne

Kampania „Dzieciństwo bez przemocy”

Moderator:

Marek Augustyn, zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Uczestnicy:

dr hab. Elżbieta Gos, sekretarz naukowa Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

mec. Joanna Repeć, dyrektor Zespołu Prawa Rodzinnego w Biurze Rzecznika Praw Dziecka

dr Anna Zasada-Chorab, dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Katowicach

Mamy do czynienia z szeregiem pilnych wyzwań, które utrudniają zapewnienie skutecznej ochrony najmłodszych. W trakcie debaty poświęconej problematyce przemocy wobec dzieci eksperci wskazali, że przemoc pozostawia nie tylko widoczne ślady na ciele, ale też niewidzialne ślady na duszy. Te emocjonalne i psychiczne następstwa krzywdzenia często zostają z dzieckiem na całe życie. Dlatego, jak podkreślano, ważne jest, by reagować nie tylko na fizyczne oznaki przemocy, lecz także na subtelne zmiany w zachowaniu, nastroju czy funkcjonowaniu dziecka.

Moderator spotkania Marek Augustyn, zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, poruszył wiele istotnych wątków, m.in. dotyczących największych wyzwań w zapewnieniu skutecznego wsparcia psychologicznego, prawnego i społecznego dla dzieci doświadczających przemocy zarówno w rodzinie, jak i w środowisku rówieśniczym. Zastanawiano się także nad sposobami poprawy współpracy między instytucjami, takimi jak szkoła, opieka zdrowotna czy policja, aby szybciej i skuteczniej reagować na sygnały

przemocy wobec dzieci oraz zapewnić im odpowiednią ochronę i pomoc.

Dr hab. Elżbieta Gos, sekretarz naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, przypomniała, że obok dobrze znanych form przemocy: fizycznej, psychicznej, emocjonalnej, seksualnej, cyberprzemocy czy przemocy rówieśniczej, istnieją również subtelne, mniej oczywiste przejawy krzywdzenia, które jeszcze nie do końca istnieją w świadomości społecznej. – Jedną z takich niewidzialnych, subtelnych i nie do końca

jeszcze rozpoznanych, nieistniejących w społecznej świadomości jest parentyfikacja. Jest to specyficzna forma przemocy, która dzieje się w rodzinie i polega na odwróceniu ról – mówiła ekspertka.

Normatywny układ w rodzinie zakłada jasny podział ról: zdrowy dorosły sprawuje troskliwą opiekę nad dzieckiem, które jest jej naturalnym adresatem. Problem pojawia się wtedy, gdy dochodzi do odwrócenia ról – dziecko przestaje być dzieckiem i przejmuje funkcje dorosłego. Może to mieć wymiar instrumentalny w postaci organizowania domu, opieki nad rodzeństwem czy załatwiania różnych spraw, ale także emocjonalny. W tym drugim przypadku dziecko staje się powiernikiem i wsparciem dla rodzica, to ono ma troszczyć się o dorosłego i „dźwigać” rodzinę. Takie dzieci nazywa się czasem „małymi bohaterami” czy „małymi dorosłymi”, a ich nadmierna odpowiedzialność bywa społecznie pochwalana. Tymczasem to one powinny być obiektem opieki, nie jej źródłem. W dorosłym życiu często skutkuje to przekonaniem, że własne potrzeby są mniej ważne, że trzeba zawsze stawiać innych na pierwszym miejscu i pozostawać w cieniu. – To jest forma przemocy. Dziecko powinno być dzieckiem. Dziecko ma swój czas, swoje funkcje, swoje role – podkreślała profesor.

Drugą formą takiej subtelnej przemocy jest gaslighting. Polega na systematycznym podważaniu, deprecjonowaniu percepcji i uczuć dziecka. W konsekwencji przestaje ono mieć zaufanie do samego siebie.

Mec. Joanna Repeć, dyrektor Zespołu Prawa Karnego w Biurze Rzecznika Praw Dziecka, przypomniała, że w instytucji działa całodobowy dziecięcy telefon zaufania. – Tylko w październiku tego roku przeprowadzono 2200 rozmów telefonicznych i odebrano około 2000 czatów od dzieci, które często nie miały w swoim otoczeniu osoby, z którą mogły porozmawiać. Wśród zgłoszeń znalazły się także te najtrudniejsze, czyli 80 interwencji ratujących życie. Duża część kontaktów dotyczyła przemocy domowej i rówieśniczej. – Dzieci mówią o formach przemocy, w których zauważamy duży wzrost przemocy w internecie. Dzieci spędzają w sieci dużą część życia. To jest ich miejsce, w którym łączą się po szkole. Spotykają tam zarówno dorosłych, jak i inne dzieci, które w różnych formach przemocy oddziałują na nie. Przemoc rówieśnicza, która do tej pory była skoncentrowana głównie w szkole, przenosi się zatem do strefy cyfrowej. Często zakładane są różnego rodzaju grupy, np. na WhatsAppie, z których dzieci są wykluczane, a w ich ramach wyśmiewane. Ta przemoc towarzyszy dzieciom przez cały czas, nie

tylko w szkole, ale również po szkole – podkreślała dyrektor Repeć. Biuro RPD współpracuje z różnymi organami i instytucjami, w tym policją i sądami rodzinnymi. – Mamy również zespół karny, do którego wpływają sprawy najcięższe, które przeważnie są już na etapie sądowym bądź prokuratorskim. W 2024 roku to było prawie 1700 spraw, które dotyczyły zarówno przemocy fizycznej, psychicznej, jak i wykorzystywania seksualnego bądź innych przestępstw na szkodę dzieci.

Również dr Anna Zasada-Chorab, dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Katowicach, mówiła o mechanizmach koordynacji współpracy między różnymi służbami w przypadku zgłoszenia przemocy wobec dziecka, w tym policji, pomocy społecznej, zdrowia psychicznego, edukacji. – Dziecko powinno być zabezpieczone z różnych stron, czyli w ramach holistycznego podejścia, zaczynając od lekarza pediatry poprzez nauczyciela, pedagoga, psychologa, psychiatrę, niejednokrotnie po służby porządkowe i cały system pomocy społecznej. Wielosektorowe podejście powinno zapewniać dziecku kompleksową ochronę, od właściwej diagnozy po dalsze prowadzenie, tak aby mogło bezpiecznie i prawidłowo się rozwijać. Rzeczywistość jest bardzo różna. Mówi się teraz o konieczności chociażby wspierania pieczy zastępczej, która jest w ogromnym kryzysie – dodała.

Podczas debaty zwrócono również uwagę na problem krzywdzenia najmłodszych. Jak podała dr hab. Gos, w Stanach Zjednoczonych oszacowano, że zespół dziecka potrząsanego występuje w około kilkudziesięciu przypadkach na 100 tysięcy tych najmłodszych – do ukończenia drugiego roku życia. – W Polsce nie mamy takich danych, ale nie ma powodu sądzić, że skala tego problemu jest jakoś znacząco mniejsza czy jakoś znacząco większa. Czyli może to dotyczyć kilkudziesięciu przypadków na 100 tysięcy dotkniętych przemocą niemowląt. Podkreśliła, że 20% z tych dzieci umiera, a bardzo duża część pozostałych jest narażona na niepełnosprawność najróżniejszego stopnia, od pierwszego do trzeciego.

Przemoc wobec najmłodszych dzieci ma szczególnie dramatyczny wymiar. Dotyka bowiem tych całkowicie bezbronnych, które nie są w stanie nikomu opowiedzieć o tym, co je spotyka. Co więcej, w ich przypadku często brakuje jakiegokolwiek społecznego czy instytucjonalnego otoczenia: żłobka, przedszkola, szkoły czy innych form opieki społecznej. Wszystko rozgrywa się w domu, w czterech ścianach dziecięcego pokoju. Dlatego właśnie o przemocy wobec najmłodszych trzeba mówić głośno.

Zwrócono również uwagę na kwestię udziału dzieci w świecie cyfrowym. Dlatego Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę i Krajowa Koalicja na rzecz Ochrony Dzieci postulują m.in. podniesienie minimalnego wieku korzystania z mediów społecznościowych z 13 do 15 lat oraz wprowadzenie skutecznych mechanizmów weryfikacji wieku użytkowników, a także szerszą ochronę ich wizerunków online. Kolejnym postulatem jest powstanie wyspecjalizowanej służby ochrony dzieci w każdej gminie. Przemoc i zaniedbanie wymagają szybkiej, skutecznej i profesjonalnej reakcji. Dlatego każda gmina powinna posiadać jednostkę zajmującą się wyłącznie przypadkami przemocy wobec dzieci. Taki zespół koordynowałby działania instytucji, monitorował losy dziecka po interwencji i zapewniał jednolite standardy ochrony.

Uczestnicy dyskusji zaznaczyli, że każdy ma realny wpływ na swoje otoczenie, a nawet drobne działania mogą znacząco poprawić bezpieczeństwo dzieci. Zwracano uwagę, że kluczowa jest edukacja: rodzice nie mogą przerzucać odpowiedzialności za wychowanie na szkołę, a chcąc zapewnić dziecku bezpieczne i szczęśliwe dzieciństwo, muszą znać nie tylko swoje prawa, lecz także obowiązki. Dlatego, jak podkreślono, wszyscy powinniśmy stale poszerzać swoją wiedzę, bo rzeczywistość nieustannie się zmienia, a wraz z nią pojawiają się nowe formy przemocy i nowe zagrożenia. Podsumowując debatę, eksperci wyrazili nadzieję na wzrost społecznej wrażliwości wobec przemocy i skuteczniejsze dostrzeganie jej różnych form, a także na pełniejsze zabezpieczenie prawne wszystkich obszarów związanych z ochroną dzieci.

Wnioski:

- Przemoc wobec dzieci ma wiele, także niewidocznych form i wymaga większej świadomości

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=n5GDgm0zG4k&t=13177s>

społecznej. Obok przemocy fizycznej czy seksualnej rośnie znaczenie subtelnych form krzywdzenia, takich jak parentyfikacja czy gaslighting, które podważają poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości dziecka. Równie poważnym zagrożeniem staje się przemoc cyfrowa, towarzysząca dzieciom nie tylko w szkole, ale przez całą dobę w internecie. Kluczowe jest reagowanie nie tylko na widoczne ślady, lecz także na zmiany w zachowaniu i emocjach dziecka.

- Skuteczna ochrona dziecka wymaga zintegrowanego, międzysektorowego systemu wsparcia. Szkoła, służba zdrowia, policja, pomoc społeczna i wymiar sprawiedliwości muszą działać spójnie i szybko, aby zapewnić dziecku holistyczną opiekę – od diagnozy po długofalowe wsparcie. Dlatego postuluje się m.in. powołanie wyspecjalizowanych służb ochrony dzieci w każdej gminie, które koordynowałyby działania instytucji i monitorowały sytuację dziecka po interwencji.
- Odpowiedzialność za bezpieczeństwo dzieci jest wspólna, dlatego potrzebna jest edukacja i zmiany systemowe. Rosnąca liczba zgłoszeń, w tym interwencji ratujących życie, pokazuje skalę problemu i konieczność stałego podnoszenia kompetencji rodziców, nauczycieli i profesjonalistów. Eksperci apelowali o większą ochronę dzieci w świecie cyfrowym, w tym regulacje dotyczące mediów społecznościowych oraz o budowanie społecznej wrażliwości na nowe formy przemocy. Bez edukacji i jasno określonych obowiązków dorosłych trudno będzie skutecznie chronić najmłodszych.





Samorządowa: zdrowie lokalne i polityka zdrowotna *Smog, hałas, przestrzeń publiczna, transport – zdrowe miasto*

Moderator:

dr Iwona Kania, zastępca rzecznika Naczelnej Izby Lekarskiej

Uczestnicy:

Renata Kaznowska, wiceprezydent m.st. Warszawy

dr Tomasz Kopiec, dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie

Elżbieta Lanc, członek zarządu Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyrńskiej w Warszawie, radna województwa mazowieckiego

Adam Pustelnik, wiceprezydent miasta Łodzi

Miasto przyszłości, czyli jakie? O tym, jak miasto wpisuje się w zdrowie publiczne i jak wpływa na jakość życia swoich mieszkańców, rozmawiali wódcarze Warszawy i Łodzi, a także przedstawiciele stołecznych szpitali.

Renata Kaznowska, wiceprezydent m.st. Warszawy, podkreśliła sukcesy stolicy w walce ze smogiem. – Udało się zlikwidować niemal wszystkie „kopciuchy” – z blisko 15 tys. pozostało jedynie 1440. Powietrze nie zna granic, dlatego te działania musimy prowadzić wspólnie – zaznaczyła. Przypomniała także, że Warszawa konsekwentnie rozwija transport nisko- i zeroemisyjny,

projektuje III linię metra, a IV linia, która jest w fazie prac przedprojektowych, jest już zakontraktowana. Miasto inwestuje również w nowoczesny, ekologiczny tabor autobusowy. W obliczu zmian klimatu i rosnącego przegrzewania się miasta władze dbają o zdrowie i komfort mieszkańców, odbetonowując przestrzenie miejskie, tworząc pasy zieleni i sadząc drzewa.

Podczas dyskusji poruszono również kwestie zdrowia publicznego i profilaktyki. Przypomniano o programach zdrowotnych, które są realizowane, jak np. szczepienia, przesiewowe badania słuchu wśród uczniów czy akcja Pro Senior, która ma na celu mapowanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców pod kątem kompleksowego badania.

Wiceprezydent Warszawy podkreśliła znaczenie programów samorządowych wspierających mieszkańców: od programów in vitro, które pozwoliły na narodziny blisko 2,5 tys. dzieci, po szczepienia przeciwko półpaścowi dla seniorów, a także programy zapobiegające inwazyjnej chorobie pneumokokowej i ciężkiemu zapaleniu płuc u pacjentów onkologicznych i hematologicznych. Wiceprezydent podkreśliła znaczenie programów wspierających wczesną diagnostykę i leczenie depresji poporodowej. Zwróciła także uwagę na liczne programy profilaktyczne adresowane do dzieci, młodzieży i dorosłych w obszarze psychiatrii. Podkreśliła, że nie ma jednej uniwersalnej recepty – kluczowe są konsekwentne działania, ich wdrażanie, monitoring i ewaluacja, aby sprawdzić, czy przynoszą oczekiwane efekty. Jak przyznała, programy te będą ewoluować, ponieważ zmienia się świat i otoczenie, w którym funkcjonujemy.

Elżbieta Lanc, członek zarządu Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie, oraz wieloletni polityk samorządowy związany z ochroną zdrowia i ochroną środowiska, również podkreślała znaczenie realizowanych przez miasto programów zdrowotnych. – Jesteśmy bardzo dumni z tych programów. Szczególnie myślę o Wolskim Centrum Zdrowia Psychicznego, gdzie realizujemy programy wsparcia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Są też programy związane z opieką nad seniorami. Poza tym dwa lata temu samorząd województwa przyjął uchwałę antyśmogową. W sposób systematyczny realizujemy program „Czyste powietrze”. Zwrócono także uwagę na projekty unijne, takie jak „Parkuj i Jedź”, które ograniczają ruch samochodowy w mieście oraz inwestycje w ścieżki rowerowe. W dyskusji o edukacji zdrowotnej zaznaczono, że kluczem do sukcesu jest strategiczne budowanie świadomości i konsekwentna edukacja młodego pokolenia w zakresie zdrowego stylu życia.

O sukcesach w tym obszarze opowiadał również dr Tomasz Kopiec, dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie. – Prowadzimy ogólnopolską akcję Pro Senior dedykowaną osobom w wieku 65+, która ma na celu mapowanie potrzeb zdrowotnych

mieszkańców nie tylko Warszawy, ale całej Polski pod kątem kompleksowego badania. Zwróciliśmy też uwagę na aspekt związany z żywieniem pacjenta. Dostrzeżliśmy, że skuteczne odżywianie pacjenta i rozpoznanie jego potrzeb dietetycznych przykłada się na obniżenie kosztów farmakoterapii – mówił dyrektor, zwracając jednocześnie uwagę na potrzebę monitorowania użycia antybiotyków w leczeniu pacjentów.

Jednym z problemów, na które zwrócili uwagę eksperci, jest rosnące zapotrzebowanie na świadczenia senioralne. W tym mieści się zapewnienie odpowiedniej rehabilitacji dla osób starszych, a także tworzenie oddziałów geriatrycznych i zakładów opiekuńczo-leczniczych. – W tej chwili budujemy w Warszawie kolejny zakład opiekuńczo-leczniczy. Dwa już oddaliśmy, co jest efektem olbrzymich potrzeb. Namawiam wszystkich właścicieli szpitali, przede wszystkim powiatowych, żeby myśleć tymi kryteriami – apelowała Renata Kaznowska.

W dalszej części debaty uczestnicy dyskutowali o wizji zdrowego miasta przyszłości. Zdaniem prelegentów powinno to być miasto, które realnie odpowiada na potrzeby społeczeństwa. – Zdrowe miasto przyszłości to takie, które nie funkcjonuje w sferze własnych wyobrażeń, lecz w sposób realny, krytyczny i zaangażowany odpowiada na rzeczywiste potrzeby oraz wyzwania tworzone przez otaczającą nas rzeczywistość. To podejście oparte na twardym stąpaniu po ziemi, a nie na myśleniu oderwanym od faktów. Często obserwuję, że osoby zarządzające nie tylko miastami, ale także państwami czy resortami poruszają się raczej w obszarze wyobrażeń niż faktów. Tymczasem znacznie lepiej byłoby, gdyby to rzeczywistość była kotwicą i źródłem inspiracji dla podejmowanych działań, również w tej dziedzinie – mówił Adam Pustelnik, wiceprezydent miasta Łodzi.

Podkreślono, że każde miasto jest inne: ma odmienną strukturę, skalę i specyfikę, dlatego jego odpowiedzi na wyzwania również muszą być zróżnicowane. Zdrowe miasto to takie, które potrafi odpowiadać na potrzeby wszystkich mieszkańców: dzieci, młodzieży, dorosłych i osób starszych, i odpowiada na nie w sposób spójny. Chodzi o potrzeby związane ze zdrowym życiem i stylem życia, czystym i przyjaznym otoczeniem, dobrą jakością przestrzeni publicznej. To przestrzeń, w której jest miejsce na kulturę, sport i budowanie relacji społecznych, czyli miejsce, w którym po prostu dobrze się żyje.

Zwrócono także uwagę, że ważnym aspektem jest odpowiedzialność samych mieszkańców. Nie

będziemy w stanie zbudować zdrowego miasta przyszłości bez współodpowiedzialności wszystkich – za siebie, bliskich i miasto. Eksperci wyrazili też przekonanie, że kluczowa jest współpraca różnych środowisk i mówienie jednym głosem. Tylko dzięki wspólnym działaniom instytucji, organizacji społecznych i mieszkańców możliwe jest skuteczne odpowiadanie na wyzwania współczesnego miasta oraz realizacja programów zdrowotnych i społecznych, które przyniosą oczekiwane rezultaty.

Wnioski:

- Zdrowe miasto to miasto systemowe: łączy politykę środowiskową, transportową i zdrowotną. Walka ze smogiem, rozwój transportu niskoemisyjnego, odbetonowywanie przestrzeni i tworzenie terenów zielonych to nie tylko działania klimatyczne, ale też element polityki zdrowia publicznego. Jakość powietrza, mobilność i przestrzeń miejska bezpośrednio wpływają na zdrowie i komfort życia mieszkańców.
- Profilaktyka i opieka nad seniorami stają się kluczowym wyzwaniem. Samorzady coraz mocniej inwestują w programy zdrowotne – od szczepień i wczesnej diagnostyki po wsparcie psychiatryczne i programy senioralne. Rosnące

potrzeby osób starszych wymagają rozbudowy opieki geriatrycznej, rehabilitacji oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych. Skuteczność działań zależy od ich stałego monitorowania i dostosowywania do zmieniającej się rzeczywistości.

- Miasto przyszłości musi odpowiadać na realne potrzeby i opierać się na współodpowiedzialności. Zdrowe miasto nie może być projektem opartym na wizjach oderwanych od faktów, lecz powinno reagować na rzeczywiste wyzwania społeczne. Każde miasto wymaga indywidualnych rozwiązań, dostosowanych do jego specyfiki. Kluczowa jest współpraca instytucji, ekspertów i mieszkańców, bo bez wspólnego działania nie da się budować trwałej jakości życia.
- Aby budować zdrowe miasta przyszłości, konieczna jest współodpowiedzialność wszystkich – za siebie, bliskich i miasto.
- Ważna jest współpraca różnych środowisk i mówienie jednym głosem.
- Tylko dzięki wspólnym działaniom instytucji, organizacji społecznych i mieszkańców możliwe jest skuteczne odpowiadanie na wyzwania współczesnego miasta oraz realizacja programów zdrowotnych i społecznych, które przyniosą oczekiwane rezultaty.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=n5GDgm0zG4k&t=17090s>





Zdrowie cyfrowe dzieci i młodzieży

Uzależnienie od ekranów, zdrowie psychiczne, cyberhigiena

Moderatorzy:

dr Aleksandra Lewandowska, konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

dr hab. Agnieszka Olechowska, prof. APS, prorektor ds. kształcenia Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

Uczestnicy:

dr hab. Dorota Kleszczewska, prezes Fundacji Instytutu Matki i Dziecka

Paulina Piechna-Więckiewicz, podsekretarz stanu, Ministerstwo Edukacji Narodowej

dr Magdalena Rowicka, Instytut Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

Katarzyna Skrętowska-Szysko, dyrektor Zespołu Zdrowia i Spraw Socjalnych w Biurze Rzecznik Praw Dziecka

Zapytana o priorytety państwa w zakresie zdrowia cyfrowego dzieci i młodzieży Paulina Piechna-Więckiewicz, podsekretarz stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej, odpowiedziała, że higiena cyfrowa, zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży oraz profilaktyka przemocy rówieśniczej znalazły się w priorytetach oświatowych państwa na rok szkolny 2025–2026, co stanowi kontynuację działań z 2024 roku. Zwróciła również uwagę na istotny problem, jakim jest korzystanie ze smartfonów w szkołach, przypominając, że dyrektorzy szkół zgłaszali brak jasnych przepisów pozwalających wprowadzać zakazy korzystania z urządzeń elektronicznych. Ministerstwo Edukacji Narodowej zdecydowało się na rozwiązanie stosowane także w kilku innych krajach. W Wielkiej Brytanii czy Norwegii nie ma centralnego zakazu używania telefonów, ale ponad 90 proc. szkół samodzielnie wprowadziło odpowiednie regulacje. Tamtejsze ministerstwa edukacji postawiły

na tworzenie systemu wskazówek i dobrych praktyk – zachęcają szkoły do wprowadzania zasad i informują o szkodliwości nadużywania technologii

Eksperci podkreślali, że niewielu rodziców wie, jaki wpływ mają technologie zarówno na zdrowie psychiczne, jak i na wzrok. Nie są też świadomi zagrożeń związanych z różnymi rodzajami wykorzystania dziecka w sieci.

Ciekawa była również wypowiedź lekarza praktyka wskazująca, że coraz częściej do psychiatrycznej izby przyjęć trafiają bardzo małe dzieci, często 4- lub 5-letnie, z powodu silnego pobudzenia bądź agresji. Zdaniem ekspertów jest to konsekwencja niekontrolowanego i nadmiernego korzystania z urządzeń cyfrowych.

Przytoczono też badania opublikowane przez Światową Organizację Zdrowia, dowodzące, że w grupie wiekowej od 6. m.ż. do niespełna 7. r.ż. dwie trzecie dzieci korzysta z technologii cyfrowych lub urządzeń ekranowych, z czego 1/4 korzysta z nich codziennie. Na podstawie innego przytoczonego badania wiadomo, że 75 proc. dzieci w wieku 5–6 lat regularnie używa ekranów takich jak smartfony czy tablety. Zwrócono uwagę, że z urządzeń korzysta 1/3 dwulatków.

W drugiej części debaty omówiono wpływ technologii na zdrowie i funkcjonowanie starszych dzieci oraz nastolatków. Zwrócono uwagę, że polska młodzież należy do najbardziej samotnych w Europie – w badaniu obejmującym 42 kraje zajmuje pierwsze miejsce pod względem poczucia osamotnienia. Podkreślono również, że jeśli spojrzeć na cyberprzemoc, zarówno z perspektywy ofiar, jak i sprawców, polska młodzież plasuje się najwyżej we wszystkich grupach wiekowych.

Odpowiadając na pytanie o sposoby ochrony dzieci w sieci, eksperci byli zgodni, że warto uczyć się na doświadczeniach państw, które już wprowadziły pewne rozwiązania, i obserwować, jak się sprawdziły. Podkreślono również, jak ważne jest, aby najpierw przyrzec się własnym nawykom związanym z korzystaniem z technologii cyfrowej i stopniowo je zmieniać. Dorośli powinni być świadomi, że dzieci uczą się przede wszystkim przez obserwację, dlatego warto pokazywać im zdrowe i odpowiedzialne podejście do nowych urządzeń. Nie chodzi tu o narzucanie zakazów czy nakazów, lecz o dawanie pozytywnego przykładu, który dzieci mogą naśladować w codziennym życiu.

Wnioski:

- Należy wdrożyć ogólnopolskie, długofalowe kampanie społeczne dotyczące zdrowia cyfrowego dzieci i młodzieży, adresowane do rodziców, opiekunów i nauczycieli, rozwój systemowej edukacji rodziców, obowiązkowe kształcenie przyszłych nauczycieli oraz szkolenia czynnych nauczycieli i kadry szkolnej w zakresie cyfrowych determinant zdrowia psychicznego, cyberprzemocy i reagowania na treści suicydalne, wzmocnienie współpracy szkoły z rodzicami jako warunku skutecznej profilaktyki.
- System opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży powinien uwzględniać cyfrowe determinanty zdrowia.
- Szkoła powinna odgrywać rolę podstawowego środowiska profilaktyki zdrowia psychicznego i cyfrowego. Należy wprowadzić obowiązkową edukację zdrowotną, obejmującą kompetencje emocjonalne, profilaktykę suicydalną, higienę cyfrową i krytyczne myślenie, wdrażanie kompleksowych programów przeciwdziałania przemocy rówieśniczej i cyberprzemocy, obejmujących również rolę świadka, działania na rzecz redukcji stresu szkolnego. Dzieci i młodzież są grupą podatną na uzależnienia cyfrowe i szczególnie bezbronną. Istnieje zatem konieczność wzmocnienia ochrony małoletnich w środowisku online.
- Skuteczność polityki publicznej w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wymaga oparcia działań na systematycznie gromadzonych, porównywalnych i wysokiej jakości danych.
- Zdrowie cyfrowe dzieci i młodzieży wymaga systemowego podejścia, łączącego profilaktykę, ochronę prawną, edukację, dostęp do opieki oraz odpowiedzialność środowiska cyfrowego. Zaniechanie działań w tym obszarze generuje wysokie koszty społeczne i zdrowotne, natomiast inwestycja w dobrostan młodego pokolenia stanowi fundament długofalowego rozwoju społecznego i gospodarczego państwa.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=n5GDgm0zG4k&t=21497s>





Media i zdrowie społeczne

Informacja czy manipulacja? Media, influencerzy i odpowiedzialność za zdrowie publiczne

Moderatorzy:

red. Roman Czejarek, Program Pierwszy Polskiego Radia

red. Dorota Romanowska, kierownik działu Nauka w „Newsweeku”

red. Robert Walenciak, „Przegląd”

Uczestnicy:

red. Michał Dobrołowicz, RMF FM

red. Michał Janczura, Wirtualna Polska

red. Ewa Kurzyńska, zdrowoizczeszliwie.com

red. Daria Kwiecień, TVP3

Katarzyna Matusiewicz, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny”

Łukasz Salwarowski, redaktor naczelny „Głosu Seniora”

red. Marzena Sygut-Mirek, dyrektor Działu Dziennikarskiego Termedia

red. Henryk Szrubarz, polskieradio.pl

Tradycyjnie już sesją zamykającą obrady była debata, podczas której spotykają się przedstawiciele mediów, zajmujący się w swoich redakcjach tematyką zdrowia. Spotkanie moderowali również dziennikarze: red. Dorota Romanowska, red. Roman Czejarek i red. Robert Walenciak. Debata była poświęcona rzetelności i odpowiedzialności dziennikarskiej w obszarze zdrowia, a punktem wyjścia stało się ostrzeżenie, że w tej dziedzinie błędny przekaz nie kończy się „pomyłką jak w prognozie pogody”, lecz może realnie wpłynąć na zachowania odbiorców: zniechęcić do badań, uspić czujność, wzmocnić lęk albo skierować pacjenta w stronę niesprawdzonych terapii. W tym kontekście podkreślano, że odpowiedzialność dziennikarzy medycznych jest szczególna, bo dotyczy obszaru, który w hierarchii wartości społecznych zwykle znajduje się na pierwszym miejscu, czyli zdrowia.

Wielokrotnie wracał temat kryzysu weryfikacji i tego, jak zmieniały się standardy obiegu informacji. Z jednej strony uczestnicy przypomnieli klasyczną szkołę dziennikarstwa: informacja nie powinna iść dalej bez sprawdzenia, najlepiej w kilku niezależnych źródłach. Z drugiej strony zwrócono uwagę na współczesny mechanizm: wystarczy, że ktoś głośno i stanowczo powie coś kontrowersyjnego i natychmiast zdobywa zasięgi, często bez jakiegokolwiek weryfikacji. Taki model dotyczy nie tylko internetu. Również w przestrzeni publicznej pojawiają się twierdzenia fałszywe lub wprowadzające w błąd, a mimo to dopuszczane do głosu i dalej powielane.

W obszarze zdrowotnym mamy do czynienia coraz częściej z pseudomedycyną, szarlatanerią i dezinformacją zdrowotną. Podczas debaty zwracano uwagę, że granica między opinią a faktem bywa dziś celowo rozmywana, a szczególnie groźne jest nadawanie prywatnym przekonaniom rangi naukowych dowodów. Krytykowano praktykę, w której dla atrakcyjności programu zestawia się ekspertów z osobami promującymi niesprawdzone teorie, tworząc pozór równoważnej debaty.

Z perspektywy etyki dziennikarskiej podkreślano, że w obszarze zdrowia nie można udawać, że każdy ma swoją prawdę, bo konsekwencje ponoszą pacjenci. Wskazywano też na znaczenie specjalizacji: prowadzący rozmowy o zdrowiu musi być przygotowany merytorycznie, by potrafił wejść w polemikę, zadawać pytania kontrolne i zatrzymać manipulację w momencie, gdy pada. Jednocześnie uczestnicy zauważyli, że internet zmienił reguły gry: algorytmy premią treści kontrowersyjne, krótkie, emocjonalne i „klikalne”, a format shortów i wycinków wideo dodatkowo upraszcza przekaz i sprzyja wyrwaniu wypowiedzi z kontekstu. W efekcie sensacja wygrywa z rzetelnością, a odbiorcy trafiają do informacyjnych baniek. Jeśli ktoś raz obejrzy materiał o charakterze dezinformacyjnym, algorytm podsunie mu kolejne podobne treści, wzmacniając poczucie, że „wszyscy o tym mówią”. Zwracano jednak uwagę, że nie jest to obraz wyłącznie pesymistyczny, bowiem nadal jest grupa dziennikarzy i medyków, którzy w internecie budują zasięgi rzetelną edukacją, objaśnianiem faktów i prostowaniem mitów.

W tle debaty wybrzmiał też mocny wątek luk prawnych i systemowych. Zwracano uwagę, że w przypadku oszustw pseudomedycznych pacjent często nie ma jasnej ścieżki skargi lub ochrony, a instytucje nie zawsze mają narzędzia, by reagować na osoby niebędące

formalnie częścią systemu ochrony zdrowia. Rozmówcy wskazywali, że koszty społeczne takich nadużyć ponoszą nie tylko jednostki, ale i system: pacjenci trafiają do leczenia później, z gorszym rokowaniem, po wydaniu pieniędzy na nieskuteczne „terapię”.

Ostatecznie debata nie sprowadziła się do jednego „wyroku” na konkretne osoby czy przypadki, lecz do diagnozy zjawiska: uczestnicy debaty doszli do wniosku, że zdrowie publiczne nie może być zakładnikiem emocjonalnych nagłówków, algorytmów i logiki zasięgów, a media, mimo presji rynku i komercyjnych realiów, muszą utrzymać standard weryfikacji, specjalizacji i odpowiedzialności.

Uczestnicy podkreślali, że rzetelność w dziennikarstwie medycznym to nie tylko poprawność faktów, ale też umiejętność stawiania granic: oddzielania opinii od dowodów, wybierania wiarygodnych rozmówców, reagowania na manipulację i budowania zaufania odbiorców w świecie, w którym informacja konkuruje z sensacją.

Wnioski:

- W dziennikarstwie medycznym standard weryfikacji musi być wyższy niż gdzie indziej. Informacje o zdrowiu mają bezpośredni wpływ na decyzje pacjentów, dlatego nie mogą być traktowane jak opinie czy element medialnej gry o zasięgi. Konieczne są specjalizacja, merytoryczne przygotowanie prowadzących oraz wieloźródłowa weryfikacja, także wtedy, gdy wypowiada się osoba z tytułem naukowym lub wysokim statusem publicznym.
- Sensacja wygrywa z faktami, ale to nie zwalnia mediów z odpowiedzialności. Algorytmy i logika klikalności premią treści kontrowersyjne i uproszczone, co sprzyja dezinformacji. Odpowiedzią nie powinno być milczenie, lecz konsekwentne budowanie wiarygodności poprzez rzetelne, przystępnie podane treści oraz reagowanie na manipulacje, nawet jeśli wymaga to większego nakładu pracy i nie daje natychmiastowych zasięgów.
- Dezinformacja zdrowotna to problem systemowy, wymagający edukacji i narzędzi prawnych. Szarlataneria i pseudomedycyna funkcjonują w przestrzeni publicznej m.in. dlatego, że brakuje skutecznych mechanizmów reagowania oraz powszechnej edukacji zdrowotnej opartej na krytycznym myśleniu. Bez wzmocnienia tych elementów media będą stale mierzyć się z tym zjawiskiem w nowych odstępach.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=n5GDgm0zG4k&t=26440s>





KONGRES
ZDROWIE
POLAKÓW
2025

PANELE

Choroby nerek jako problem interdyscyplinarny – aktualne priorytety zdrowotne

Moderator: Olga Zajączkowska

Uczestnicy: prof. Dariusz Jagielski, prof. Dorota Kamińska, prof. Magdalena Krajewska, Magdalena Rzeźnicka

Prof. Magdalena Krajewska podkreśliła, że przewlekła choroba nerek (PChN) jest drugą co do częstości chorobą przewlekłą w Polsce, zaraz po nadciśnieniu tętniczym. Obecnie dotyka ponad 4 miliony osób, a prognozy wskazują wzrost do około 5 milionów w ciągu najbliższej dekady. Choroba często przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo, co prowadzi do późnego rozpoznania – według raportu Najwyższej Izby Kontroli tylko 5% pacjentów ma postawioną diagnozę. PChN znacząco zwiększa ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, takich jak udar mózgu, zawał serca czy niewydolność serca, które są główną przyczyną zgonów w tej grupie pacjentów. Skuteczność leczenia zależy od postawienia wczesnej diagnozy oraz edukacji pacjentów. Prof. Krajewska zaznaczyła, że raport NIK wykazał wiele niedociągnięć w opiece nefrologicznej, m.in.:

- Niewystarczającą profilaktykę i wczesną diagnostykę PChN.
- Nierównomierny dostęp do specjalistów – lepszy w dużych miastach, ograniczony w mniejszych miejscowościach.
- Program „Profilaktyka 40+” objął tylko 19% populacji i nie uwzględniał badania albuminurii, kluczowego dla wykrywania wczesnych stadiów choroby.
- Rocznie 80 tys. osób umiera przedwcześnie z powodu nierozpoznanej choroby nerek, skracając średnią długość życia o ponad dwa lata.

Prof. Dariusz Jagielski omówił problemy współistnienia chorób układu krążenia i PChN, w tym zespół sercowo-nerkowy, w którym niewydolność serca prowadzi do pogorszenia perfuzji nerek, a niewydolność nerek nasila problemy sercowe. Mechanizmy obejmują: niedotlenienie nerek, przekrwienie narządów wewnętrznych i ryzyko powikłań związanych ze środkami kontrastowymi używanymi w radiologii. Prof. Jagielski podkreślił wagę modelu interdyscyplinarnego w leczeniu pacjentów, czego przykładem

są konsylia „heart team” i centra metaboliczne, które umożliwiają kompleksową ocenę pacjenta podczas jednej wizyty. Edukacja pacjenta jest kluczowa dla skuteczności terapii.

Prof. Dorota Kamińska przedstawiła trzy główne metody leczenia schyłkowej niewydolności nerek:

- Hemodializa – dominująca w Polsce, wymaga regularnych wizyt w ośrodku.
- Dializa otrzewnowa – umożliwia leczenie w domu, stosowana zbyt rzadko.
- Przeszczepienie nerki – najlepsza metoda, szczególnie od dawcy żywego.

Prof. Kamińska zwróciła uwagę na problemy dotyczące procesu kwalifikacji do przeszczepienia, który jest długi i nieskoordynowany, a średni czas przygotowania pacjenta po rozpoczęciu dializ wynosi około dwóch lat. Istnieją gotowe propozycje programowe, przygotowane przez uczestników panelu, umożliwiające skrócenie tego okresu do kilku miesięcy, jednak nie zostały one jeszcze wdrożone systemowo.

Magdalena Rzeźnicka, biorczyni przeszczepu nerki, opowiedziała swoją historię choroby: cukrzyca typu 1 prowadząca do niewydolności nerek, leczenie nowotworu piersi, dializy przez ponad trzy lata, a następnie 2 przeszczepienia nerki, w tym przeszczepienie od dawcy żyjącego – matki. Doświadczenia pacjentów wskazują na duże obciążenie psychiczne i organizacyjne związane z leczeniem dializami oraz procesem kwalifikacji do przeszczepienia. Jednocześnie pacjenci podkreślają znaczenie wsparcia, edukacji oraz możliwości prowadzenia aktywnego życia zawodowego i społecznego przy odpowiednio zorganizowanej opiece.

Rekomendacje systemowe:

Wdrożenie ogólnopolskiego programu wczesnego wykrywania PChN, obejmującego:

- oznaczenie eGFR oraz albuminurii,
- szczególne ukierunkowanie na osoby z cukrzycą, nadciśnieniem i chorobami serca.

Uznanie przewlekłej choroby nerek za priorytet zdrowia publicznego, porównywalny z chorobami sercowo-naczyniowymi i cukrzycą.

Rozwój interdyscyplinarnych modeli opieki, w tym poradni sercowo-nerkowych oraz formalnych ścieżek współpracy nefrolog–kardiolog–diabetolog–POZ.

Poprawa dostępności do nefrologów, szczególnie w mniejszych miejscowościach, poprzez wzmocnienie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i wykorzystanie telemedycyny.

Rekomendacje kliniczne i organizacyjne:

Standaryzacja diagnostyki PChN w POZ, w tym obowiązkowe uwzględnienie albuminurii w podstawowym panelu badań.

Szersze wykorzystanie nowoczesnych terapii nefro- i kardioprotekcyjnych, zgodnie z aktualnymi wytycznymi.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=UYKWvCK6TuE&t=18385s>



Usprawnienie procesu kwalifikacji do przeszczepienia nerki, w tym:

- centralna koordynacja badań,
- skrócenie ścieżki diagnostycznej,
- aktywne promowanie przeszczepień od dawców żywych.

Rekomendacje edukacyjne i społeczne:

Zintensyfikowanie edukacji pacjentów i personelu medycznego w zakresie wczesnych objawów PChN, znaczenia badań przesiewowych oraz możliwości leczenia.

Włączenie organizacji pacjenckich w działania edukacyjne i informacyjne jako partnerów systemu ochrony zdrowia.

Stomatologiczne potrzeby profilaktyczne i lecznicze pacjentów senioralnych i niepełnosprawnych w aspekcie zdrowia ogólnego i jakości życia

Moderator: prof. Agnieszka Mielczarek

Uczestnicy: prof. Karolina Gerreth, dr hab. Magdalena Nowosielska, prof. Dorota Olczak-Kowalczyk

Udział w debacie zadeklarowały cztery przedstawicielki środowiska akademickiego, zaangażowane w problematykę opieki medycznej nad pacjentami ze szczególnymi potrzebami.

Zdrowie jamy ustnej stanowi jeden z fundamentów ogólnego dobrostanu człowieka. Zły stan zdrowia jamy ustnej wpływa negatywnie na jakość życia, co determinuje zarówno na stan zdrowia fizycznego, jak i funkcjonowanie społeczne i psychiczne.

W przypadku pacjentów senioralnych i osób z niepełnosprawnościami ryzyko chorób jamy ustnej jest wyższe, a dostęp do opieki stomatologicznej–ograniczony. Pacjenci z tej grupy populacyjnej są zwykle dodatkowo obciążeni wielochorobowością i wynikającą z niej polifarmakoterapią, w dyskusjach o zdrowiu publicznym ich potrzeby w zakresie zdrowia jamy ustnej są jednak

często marginalizowane. Stąd, podjęcie w ramach prezentowanej debaty tematu potrzeb leczniczych, dostępności i planowania opieki stomatologicznej dla osób w wieku senioralnym i z niepełnosprawnościami wydaje się w pełni aktualne i uzasadnione.

We wstępie dyskusji wiele uwagi poświęcono czynnikom etiologicznym chorób jamy ustnej. Podkreślono rolę właściwych zachowań prozdrowotnych, w tym codziennej higieny jamy ustnej, optymalnej diety oraz profilaktyki uzależnień jako głównych determinantów zdrowia jamy ustnej. Uczestniczki debaty uwzględniły codzienną higienę jamy ustnej jako kluczowy element działań profilaktycznych. Ze względu na fakt, że pacjentom senioralnym i osobom z niepełnosprawnościami często towarzyszą ograniczenia zdolności manualnych, samodzielne szczotkowanie zębów jest nieefektywne w skutecznej

eliminacji biofilmu bakteryjnego – głównego czynnika etiologicznego chorób jamy ustnej. Motywację do regularnego stosowania zabiegów higienicznych mogą również ograniczać deficyty w zakresie funkcji poznawczych. W prezentowanych sytuacjach kluczową rolę odgrywają opiekunowie – dzieci, rodzice, asystenci, terapeuci i pracownicy medyczni, którzy są odpowiedzialni za wykonywanie czynności higienicznych. Dodatkowo, wiele leków stosowanych w terapii chorób neurologicznych czy psychiatrycznych powoduje zmniejszone wydzielanie śliny, przerost dziąseł i tym samym zwiększoną podatność na próchnicę i choroby przyzębia. Uczestniczki debaty wielokrotnie podkreślały znaczenie codziennych zabiegów higienicznych jako kluczowego elementu działań profilaktycznych w zakresie kontroli chorób jamy ustnej.

W debacie uwzględniono również bariery w realizacji codziennych zabiegów higienicznych u pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych i placówkach medycznej opieki długoterminowej (np. Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze, Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze, domy seniora). Zaakcentowano konieczność prowadzenia edukacji zdrowotnej opiekunów i personelu medycznego w zakresie opieki stomatologicznej w celu zapobiegania chorobom jamy ustnej i poprawy jakości życia osób starszych i z niepełnosprawnościami. Edukacja taka może przybierać formę szkoleń stacjonarnych i online, przygotowanie materiałów edukacyjnych (broszury, plakaty, filmy instruktażowe) oraz włączenie zagadnień z zakresu zdrowia jamy ustnej do programów opieki długoterminowej.

Kolejnym zagadnieniem szeroko dyskutowanym w debacie była zależność pomiędzy zdrowiem jamy ustnej a zdrowiem ogólnym. Zaniedbania w zakresie zdrowia jamy ustnej wpływają bowiem niekorzystnie na przebieg chorób ogólnych i prowadzą do szeregu powikłań ogólnoustrojowych.

W analizie potrzeb leczniczych seniorów oraz osób z niepełnosprawnościami oprócz aspektów medycznych uwzględniono również bariery społeczne i systemowe. W dyskusji uczestniczki debaty sygnalizowały ograniczony dostęp do lekarzy dentyistów przygotowanych do pracy z pacjentami o specjalnych potrzebach. Praca taka wymaga bowiem nie tylko szerokiej wiedzy medycznej, ale również doświadczenia, umiejętności komunikacyjnych, cierpliwości i elastyczności. Gabinety dedykowane tej grupie populacyjnej muszą spełniać określone wymogi architektoniczne (np. podjazdy,

szerokie drzwi, brak progów, fotele dostosowane do osób na wózkach), sprzętowe (sprzęt do sedacji, możliwość przeprowadzenia zabiegów w znieczuleniu ogólnym) oraz wymagania organizacyjne (np. wydłużony czas wizyty dla pacjentów wymagających szczególnej opieki, możliwość obecności opiekuna w gabinecie). Prezentowane wymogi zawężają liczbę placówek stomatologicznych dostępnych dla pacjentów z niepełnosprawnościami.

W debacie wiele uwagi poświęcono potrzebie indywidualnego podejścia do pacjentów ze względu na różnorodność problemów zdrowotnych (ograniczenia sensoryczne, ruchowe, intelektualne), konieczność redukcji stresu i lęku oraz dla zapewnienia bezpieczeństwa i ograniczenia ryzyka powikłań ogólnoustrojowych.

Podczas debaty podkreślono znaczenie systemowej opieki zdrowotnej uwzględniającej zintegrowaną współpracę zespołu stomatologicznego z lekarzami innych specjalności lekarskich w tym z geriatrą, diabetologiem, kardiologiem, neurologiem czy psychiatrą.

W podsumowaniu dyskusji zarekomendowano potrzebę podjęcia pilnych działań w zakresie:

- wznowienia programu monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w celu oszacowania potrzeb profilaktyczno-leczniczych osób ze szczególnymi potrzebami;
- opracowania standardów i procedur profilaktyczno-terapeutycznych, w tym protokołów higieny jamy ustnej obowiązujących na oddziałach szpitalnych i placówkach medycznej opieki długoterminowej;
- rozszerzenie koszyka świadczeń refundowanych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia dla pacjentów senioralnych i osób z niepełnosprawnościami, co przyczyni się do ograniczenia barier finansowych w dostępie do świadczeń stomatologicznych;
- wprowadzenie współczynnika korygującego dla świadczeniodawców realizujących opiekę stomatologiczną na rzecz pacjentów w wieku senioralnym oraz osób z niepełnosprawnościami.

Wdrożenie sugerowanych rozwiązań umożliwi poprawę jakości życia i zdrowia tej szczególnej grupy pacjentów, umożliwi redukcję kosztów leczenia powikłań chorób przewlekłych i zmniejszy ryzyko hospitalizacji z powodu infekcji jamy ustnej.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=UYKWvCK6TuE&t=24681s>



Sztuczna inteligencja – narzędzie, profesjonalny partner czy ślepa uliczka?

Sesja Sekcji Sztucznej Inteligencji i Rozwiązań Cyfrowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Moderator: ptk prof. Paweł Krześciński

Uczestnicy: prof. Grzegorz Opolski, prof. Ryszard Piotrowicz, Marcin Ruciński, prof. Grażyna Wieczorkowska-Wierzbńska, dr Anna Witowicz

Sesja panelowa poświęcona była roli sztucznej inteligencji (AI) w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem ryzyk etycznych, organizacyjnych i zawodowych związanych z praktycznym wdrażaniem rozwiązań AI. W wykładzie wprowadzającym wskazano, w jak wielu obszarach codziennej praktyki klinicznej AI może znaleźć zastosowanie. W samej dyskusji skupiono się głównie na wyzwaniach związanych z odpowiedzialnym wdrażaniem tych przetomowych rozwiązań.

Już na wstępie podkreślono, że AI rozwija się w warunkach szybkiego postępu technologicznego, rosnącej dostępności danych i mocy obliczeniowych. Zwrócono uwagę na zjawisko *lost in translation* – liczne modele pozostają na poziomie badań i nie są przekładane na bezpieczne, użyteczne wdrożenia kliniczne.

Następnie starano się odpowiedzieć na pytanie, czy narzędzia cyfrowe – aplikacje, urządzenia, systemy AI – mogą mieć charakter „opresyjny” wobec pacjenta i profesjonalisty medycznego. Wskazano na ryzyka nadmiernej kontroli, ograniczania autonomii oraz ciągłego monitoringu, który może zmieniać relację pacjenta z własnym zdrowiem, wprowadzając poczucie permanentnej oceny i konieczności dostosowywania zachowań do wymogów algorytmów. W tle pojawiał się także temat przeciążenia personelu dodatkowymi zadaniami związanymi z obsługą systemów oraz ryzyka przetrzucania na użytkowników (pacjentów i lekarzy) ciężaru dostosowania się do tych technologii.

Kolejny wątek dotyczył wpływu AI na autorytet i prestiż lekarza w oczach pacjentów. Pacjenci mogą postrzegać system AI jako zawsze dostępny, „niewyczerpany”, konsekwentny i obiektywny, co może podważać tradycyjną rolę lekarza jako głównego źródła wiedzy. W tym miejscu podkreślono, że całkowite „usunięcie człowieka (lekarza) z pętli decyzyjnej” jest niepożądane

– rekomendowany jest model *human in the loop*, w którym AI wspiera, ale nie zastępuje klinicysty.

Następnie dyskusji poddano warunki dobrych praktyk wdrożenia AI w medycynie, obejmujących aspekty techniczne, organizacyjne, regulacyjne, edukacyjne i kulturowe. Jako przykład zaprezentowano międzynarodowy przewodnik *FUTURE AI* jako ramę dla projektowania i wdrażania wiarygodnych systemów: sześć zasad (Fairness, Universality, Traceability, Usability, Robustness, Explainability) oraz 28 zaleceń w cyklu życia – rozwiązania mają zapewnić, że systemy AI w medycynie będą sprawiedliwe, bezpieczne, interoperacyjne, odporne, zrozumiałe i akceptowalne klinicznie. Szczególnie podkreślono znaczenie walidacji w warunkach rzeczywistych, ciągłego monitorowania i aktualizacji modeli.

Ostatnia część poświęcona była zjawisku *deskillingu*, czyli spadku lub zahamowania rozwoju kompetencji klinicznych w wyniku automatyzacji. Paneliści wskazali jednak, że *deskilling* nie musi być jednoznacznie negatywny: AI może odciążać od rutynowych czynności, uwalniając czas na zadania wymagające empatii, kreatywności i złożonej decyzji oraz wypełniać luki kompetencyjne w ośrodkach o ograniczonych zasobach. Wskazano zestaw strategii łagodzenia *deskillingu* i budowania „symbiotycznego” wykorzystania AI. Należą do nich m.in.: ciągła ocena kompetencji klinicystów z i bez AI, model *human in the loop* z ograniczeniem pełnej automatyzacji, projektowanie wyjaśnialnych interfejsów oraz wyraźne wskazywanie niepewności modeli.

Wnioski z dyskusji:

AI w ochronie zdrowia jest odpowiedzią na realne potrzeby systemu, ale wymaga odpowiedzialnych strategii implementacyjnych.

Etyczne wykorzystanie AI wymaga aktywnej ochrony autonomii pacjenta i lekarza, przejrzystości działania

systemów oraz realnego nadzoru człowieka. Odpowiedzialne wdrożenie AI wymaga systemowego podejścia w oparciu o spójny zestaw zasad, który może służyć jako punkt odniesienia dla twórców, regulatorów i podmiotów leczniczych.

Wpływ AI na autorytet lekarza jest ambiwalentny: z jednej strony może osłabiać tradycyjny obraz „nieomylnego eksperta”, z drugiej stwarza szansę na wzmocnienie roli klinicysty jako wykorzystującego nowoczesne narzędzia wsparcia diagnostyki i terapii. Kluczowe jest utrzymanie lekarza w centrum decyzyjnym i zapewnienie narzędzi do zrozumiałego wyjaśniania decyzji podejmowanych wspólnie z AI.

Deskilling jest realnym ryzykiem, ale przy odpowiednim zaprojektowaniu może być częściowo zrównoważony przez *upskilling* w innych obszarach (np. komunikacja, praca z danymi, zarządzanie niepewnością) i świadome wykorzystanie AI jako narzędzia treningowego. Warunkiem jest wprowadzenie mechanizmów utrzymywania i oceny kompetencji klinicznych niezależnie od systemów automatycznych.

Realizacja powyższych rekomendacji wymaga współpracy środowisk klinicznych, twórców technologii, pacjentów i decydentów w celu tworzenia przyjaznego, a zarazem odpowiedzialnego ekosystemu wdrożeń klinicznych rozwiązań opartych na AI.



Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=KkrQGNVj08s&t=10894s>

Rola farmaceutów klinicznych i szpitalnych w systemie ochrony zdrowia

Moderator: dr hab. Magdalena B. Skarżyńska

Uczestnicy: dr Krystyna Chmal-Jagiętko, dr hab. Anna Kowalczyk, Kamila Urbańczyk, prof. Anna Wiela-Hojeńska, Marian Witkowski

Uczestnicy debaty podkreślali szczególną rolę farmaceutów w pracy w szpitalach oraz przy prowadzeniu badań klinicznych.

Prof. Anna Wiela-Hojeńska zwróciła uwagę na znaczący rozwój farmacji klinicznej, wynikający z Ustawy o zawodzie farmaceuty z dnia 10 grudnia 2020 r., której zapisy weszły w życie 16 kwietnia 2021 r., a także związany z Raportem 2022 – Rozwiązania w zakresie farmacji klinicznej oraz działalności farmaceutów w podmiotach leczniczych – ale jednocześnie wskazała bariery ograniczające jej ewolucję. Należą do nich m.in. brak systemowego modelu refundacji usług farmaceutów klinicznych, niewłączenie świadczeń farmaceutycznych do koszyka świadczeń gwarantowanych, niewystarczający udział farmaceutów w zespołach terapeutycznych w szpitalach i opiece ambulatoryjnej, duża liczba farmaceutów klinicznych, ponadto brak uwzględnienia farmacji klinicznej w strategicznych planach reform ochrony zdrowia. Wyraziła nadzieję, że w przyszłości farmaceuci kliniczni będą

mogli pełnić funkcję Głównego Badacza w zespołach badań klinicznych.

Dr Krystyna Chmal-Jagiętko podkreśliła, że rola farmaceuty szpitalnego jest nie do przecenienia. Apteka szpitalna to miejsce, w którym leki nie tylko się wydaje, ale także przygotowuje, ponieważ przemysł farmaceutyczny nie zawsze nadąża za postępem nauki. Zwróciła uwagę na wyzwania związane z finansowaniem aptek szpitalnych – budżet na leki stanowi po wynagrodzeniach drugą największą część budżetu szpitali. Wprowadzenie metody Unit Dose mogłoby zmniejszyć wydatki na leki nawet o 30%. Dodała także, że zasady RODO stanowią istotne wyzwanie dla pracy aptek szpitalnych.

Kamila Urbańczyk wyjaśniła różnicę między farmaceutą pracującym w aptece a farmaceutą klinicznym. Farmaceuta apteczny to „pierwszy kontakt” dla pacjenta, podobnie jak lekarz POZ, natomiast farmaceuta kliniczny pełni rolę specjalisty w analizie terapii pacjenta. Podkreśliła, że farmaceuta kliniczny powinien uczestniczyć w całym procesie

terapeutycznym – brać udział w obchodach lekarskich, prowadzić koncyliacje lekowe, przeglądy lekowe, weryfikować stan zdrowia pacjenta i analizować wyniki badań. Wskazała, że w niektórych placówkach takie praktyki już są wdrażane. Wdrożenie usług farmacji klinicznej przekłada się na konkretne i udokumentowane rezultaty, które stanowią argumenty na rzecz inwestycji w te kadry:

- Obserwowane wskaźniki koszt–korzyść w zakresie realizowanych usług sięgają lokalnie 1 do 7, a nawet 1 do 9.
- Działania farmaceutów przyczyniają się do skrócenia średniego czasu hospitalizacji pacjentów objętych opieką farmaceutyczną średnio o dwa dni.
- Odnotowano także ograniczenie ponownych hospitalizacji.
- Farmaceuci, dzięki swoim kompetencjom, są w stanie zaadresować wszystkie kluczowe wyzwania systemowe, obejmujące zapewnienie jakości, bezpieczeństwa oraz generowanie oszczędności.

Dr hab. Anna Kowalczyk zaznaczyła, że farmaceuci kliniczni i szpitalni stanowią kluczowy personel placówek medycznych. Farmaceuta kliniczny analizuje farmakoterapię pod kątem działań niepożądanych, monitoruje ich występowanie, weryfikuje schemat leczenia, a także nadzoruje zgodność terapii ze standardami NFZ i dokumentacją medyczną. Wskazała, że farmaceuci kliniczni powinni być członkami zespołów eksperckich w programach lekowych.

Marian Witkowski podkreślił, że od czasu wprowadzenia Ustawy o zawodzie farmaceuty rola farmaceutów klinicznych znacznie wzrosła. Zawód farmaceuty klinicznego, podobnie jak farmaceuty szpitalnego, stanowi „filar racjonalnej farmakoterapii i opieki nad pacjentem”. Zaznaczył, że od ich pracy zależy bezpieczeństwo pacjenta i indywidualizacja farmakoterapii. Podkreślił również, że

zatrudnianie farmaceutów klinicznych w zespołach terapeutycznych to inwestycja – każde 1 € zainwestowane w farmaceutę klinicznego przynosi zwrot w wysokości 4 €.

Rekomendacje dotyczące przyszłości farmaceutów klinicznych i szpitalnych:

1. Wzmocnienie roli farmaceuty klinicznego w systemie ochrony zdrowia:
 - 1.1. Umożliwienie farmaceutom klinicznym pełnienia funkcji Głównego Badacza w badaniach klinicznych.
 - 1.2. Włączanie farmaceutów klinicznych do zespołów terapeutycznych w szpitalach, opieki ambulatoryjnej i długoterminowej, czyli na różnych szczeblach opieki zdrowotnej.
 - 1.3. Uwzględnianie farmacji klinicznej w strategicznych planach reform ochrony zdrowia.
2. Systemowe wsparcie finansowe i organizacyjne:
 - 2.1. Opracowanie modelu refundacji usług farmaceuty klinicznego oraz uwzględnienie świadczeń farmaceutycznych w koszyku świadczeń gwarantowanych.
 - 2.2. Wsparcie aptek szpitalnych w implementacji efektywnych metod zarządzania lekami (np. Unit Dose).
3. Rozwój kadry i edukacja:
 - 3.1. Zwiększenie liczby farmaceutów klinicznych i szpitalnych poprzez propagowanie szkoleń specjalizacyjnych.
 - 3.2. Promowanie multidyscyplinarnej współpracy farmaceutów z lekarzami i innym personelem medycznym.
4. Bezpieczeństwo i jakość terapii:
 - 4.1. Wdrożenie standardów monitorowania farmakoterapii, w tym działań niepożądanych, przeglądów lekowych i koncyliacji lekowej.
 - 4.2. Ułatwienie dostępu do danych medycznych przy zachowaniu zgodności z RODO, w celu skutecznego zarządzania terapią pacjenta.

Link do nagrania:

<https://youtu.be/KkrQGNVj08s?t=16360>



Kondycja fizyczna oraz zdrowie dzieci i młodzieży – diagnoza i rekomendacje

Panel pod patronatem Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Ewidencja „Sportowe Talenty” – wyzwanie dla polityki zdrowotnej i edukacyjnej. Jak nie zmarnować unikalnych danych o sprawności fizycznej dzieci i młodzieży?

Moderator: dr Wiesław Firek

Uczestnicy: dr Paweł Gąsior, dr Paweł F. Nowak, dr Katarzyna Płoszaj

Panel dyskusyjny poświęcony był funkcjonowaniu ogólnopolskiej ewidencji „Sportowe Talenty”, utworzonej na mocy nowelizacji ustawy o sporcie z 2023 roku. System ten obejmuje coroczny obowiązek przeprowadzania u uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych czterech testów sprawności fizycznej oraz raportowania wyników do centralnej bazy danych. W założeniu ewidencja miała służyć zarówno identyfikacji talentów sportowych, jak i ocenie kondycji fizycznej populacji dzieci i młodzieży. Punktem wyjścia do dyskusji było stwierdzenie, że po dwóch latach funkcjonowania systemu powstała baza obejmująca miliony rekordów, o skali i potencjale dotąd niespotykanym w Polsce, jednak sposób jej wykorzystania pozostaje dalece niewystarczający. Paneliści odpowiadali na pytania nie o zasadność samego pomiaru, lecz rozważali, jak nie zmarnować wysiłku nauczycieli i uczniów oraz jak przekształcić dane w realne narzędzie polityki zdrowotnej i edukacyjnej.

Motywacja nauczycieli i problem narracji wokół programu

Jednym z kluczowych problemów zidentyfikowanych w panelu była niska motywacja części nauczycieli wychowania fizycznego do realizacji obowiązku testowania i raportowania wyników. Zwrócono uwagę, że istotną rolę odgrywa tu sama nazwa i pierwotnie zdefiniowany cel programu – „Sportowe Talenty”. Taka narracja bywa odbierana jako wykluczająca i oderwana od codziennej pracy dydaktycznej nauczyciela, który pracuje z całą populacją uczniów, a nie wyłącznie z jednostkami predysponowanymi do sportu wyczynowego. Brak informacji zwrotnej, poczucie przymusu

administracyjnego oraz niejasność co do tego, kto i w jakim celu korzysta z danych, prowadzą do narastającej frustracji i podważania sensowności systemu. W tym kontekście podkreślono konieczność zmiany narracji: z narzędzia selekcyjnego na narzędzie wspierające rozwój i zdrowie ucznia.

Od talentu sportowego do zdrowia populacyjnego

Istotnym wątkiem panelu była redefinicja celu ewidencji. Wskazano, że choć zestaw zastosowanych prób sprawnościowych został pierwotnie dobrany z myślą o identyfikacji talentów sportowych, to te same dane, przy odpowiedniej interpretacji, mogą mieć ogromną wartość zdrowotną. Podkreślono, że wybrane testy (m.in. beep test, skok w dal z miejsca) mają silne i dobrze udokumentowane powiązania z kluczowymi wskaźnikami zdrowia, takimi jak wydolność krążeniowo-oddechowa czy profil kardiometaboliczny. Przeprowadzanie testów sprawności fizycznej zostało przedstawione nie jako cel sam w sobie, lecz jako jeden z najważniejszych biomarkerów zdrowia, powiązany również z dobrostanem psychicznym dzieci i młodzieży. W tym ujęciu ewidencja „Sportowe Talenty” powinna stać się elementem systemu nadzoru zdrowia publicznego, a nie jedynie narzędziem sportowej selekcji.

Normy populacyjne a normy zdrowotne

Dyskutując nad sposobem interpretacji wyników testów, paneliści zgodzili się, że samo tworzenie norm populacyjnych (porównań do rówieśników) jest niewystarczające. Tego typu informacja ma charakter relatywny i nie odpowiada na kluczowe pytanie, czy

poziom sprawności dziecka jest wystarczający z punktu widzenia zdrowia. Zaproponowano odejście od logiki rankingowej na rzecz wprowadzenia norm zdrowotnych, analogicznych do progów stosowanych w medycynie (np. dla BMI czy ciśnienia krwi). W szczególności zwrócono uwagę na możliwość określenia minimalnych poziomów wydolności tlenowej, poniżej których wzrasta ryzyko zdrowotne. Tylko takie podejście pozwala, by informacja zwrotna dla ucznia i rodzica stała się narzędziem profilaktyki.

Rzetelność danych i rola nauczyciela

Warunkiem sensownego wykorzystania ewidencji jest wiarygodność danych. Paneliści zwrócili uwagę, że choć nie ma pełnej pewności co do rzetelności pomiarów, to kluczowe jest odejście od logiki kontroli, na rzecz logiki wsparcia nauczycieli. Dane nie powinny służyć rozliczaniu pracy pedagogów, lecz wspomagać planowanie procesu dydaktycznego i diagnozowanie potrzeb uczniów. W tym kontekście wskazano na potencjał nowoczesnych narzędzi analitycznych, w tym rozwiązań opartych na sztucznej inteligencji, które mogą służyć podnoszeniu jakości systemu. Zaproponowano również rozważenie mechanizmów pozytywnej motywacji, takich jak wyróżnianie czy certyfikowanie szkół charakteryzujących się wysoką jakością i rzetelnością pomiarów.

Interesariusze i niewykorzystany potencjał danych

Dyskusja jednoznacznie wykazała, że krąg interesariuszy ewidencji jest znacznie szerszy niż uczniowie, rodzice i nauczyciele. Dane te mogą i powinny być wykorzystywane przez jednostki samorządu terytorialnego oraz decydentów odpowiedzialnych za lokalne i regionalne polityki zdrowotne oraz edukacyjne. Ewidencja może stanowić podstawę do racjonalnego planowania infrastruktury sportowo-rekreacyjnej, programów profilaktycznych czy interwencji ukierunkowanych na konkretne grupy ryzyka. Warunkiem jest jednak przekształcenie danych statystycznych w użyteczne analizy wspierające proces decyzyjny.

dr hab. Agnieszka Chwałczyńska, prof. AWF

Czynniki warunkujące postawę ciała przedszkolaków

Rozwój społeczeństwa uwarunkowany jest od jego stanu zdrowotnego. Możliwość uczenia się, pracy czy codziennego funkcjonowania zależy od możliwości

Wnioski i implikacje:

Ewidencja „Sportowe Talenty” posiada ogromny potencjał poznawczy i aplikacyjny, który obecnie wykorzystywany jest jedynie w minimalnym stopniu. Gromadzenie danych nie może być celem samym w sobie, musi prowadzić do działań realnie wpływających na zdrowie, edukację i rozwój dzieci i młodzieży. Kluczowym wyzwaniem jest zatem przejście od logiki sprawozdawczej do logiki evidence-based policy w obszarze zdrowia publicznego i edukacji fizycznej.

Rekomendacje:

1. Zmiana narracji systemowej: odejście od języka selekcji sportowej na rzecz narracji zdrowotnej i rozwojowej, akcentującej dobro dziecka i profilaktykę zdrowotną.
2. Wprowadzenie norm zdrowotnych: uzupełnienie norm populacyjnych o progi sprawności powiązane z ryzykiem zdrowotnym, umożliwiające sensowną interpretację wyników.
3. Rozbudowa informacji zwrotnej: zapewnienie nauczycielom, uczniom i rodzicom czytelnych raportów zwrotnych, wspierających planowanie pracy dydaktycznej i działań profilaktycznych.
4. Wykorzystanie zaawansowanej analityki danych: zastosowanie narzędzi analitycznych (w tym AI) do poprawy jakości danych i ich interpretacji, przy zachowaniu zasady wsparcia, a nie kontroli.
5. Włączenie ewidencji w procesy decyzyjne: systematyczne wykorzystywanie danych przez samorządy i administrację centralną do projektowania polityk zdrowotnych, edukacyjnych i infrastrukturalnych.
6. Powiązanie ewidencji z badaniami naukowymi: traktowanie bazy jako zasobu badawczego, którego analizy powinny prowadzić do rekomendacji praktycznych i systemowych, a nie jedynie raportów opisowych.

każdego człowieka. Choć wiele mówi się o grupach zagrożonych wystąpieniem choroby, często zapominamy o znaczeniu profilaktyki, badaniach przesiewowych

– kontrolujących stan zdrowia określonej populacji. W ostatnich latach, szczególnie po pandemii, zwrócono uwagę na aktywność fizyczną dzieci w wieku szkolnym prowadząc szeroko zakrojone badania kondycji fizycznej, występowania nadwagi i otyłości czy jakości życia dzieci i młodzieży w wieku 8–19 lat. Jednak te badania dotyczą dzieci w wieku szkolnym, brak natomiast oceny dzieci młodszych. Wiek przedszkolny jest jednym z najważniejszych dla rozwoju postawy ciała, zdolności ruchowych czy kondycji fizycznej człowieka. To w tym okresie kształtują się krzywizny kręgosłupa, wysklepia stopa, a dziecko osiąga apogeum wielu zdolności motorycznych, dlatego tak ważne jest monitorowanie dziecka w tym wieku.

Celem projektu badawczego była ocena ustawienia kręgosłupa u dzieci w okresie przedszkolnym w wieku 4–6 lat, określenie zależności między ustawieniem kręgosłupa, płcią, wybranymi pomiarami antropometrycznymi (masa ciała, wysokość ciała, BMI) oraz rozwojem motorycznym dziecka w pierwszych 18 miesiącach życia.

Badania przeprowadzono zgodnie z deklaracją helińską. Na badania uzyskano zgodę rodziców badanych dzieci oraz samych dzieci. Obliczono wielkość grupy oraz dobór ośrodków do badania zgodnie z danymi populacyjnymi, tworząc grupę reprezentatywną dzieci w wieku 4–6 lat.

W badaniach wzięło udział 492 przedszkolaków w wieku 4–6 lat z losowo wybranych przedszkoli na terenie siedmiu województw. W badanej grupie 29% stanowiły dzieci uczęszczające do przedszkoli w ośrodkach wiejskich, 48% w ośrodkach miejskich i 23% z dużego miasta. Średnia wieku badanych dzieci wynosiła 5,34 lat (najmłodsze dzieci były z ośrodka miejskiego), średnia wysokość ciała 112,5 cm (najniższe dzieci były w ośrodkach miejskich), średnia masa ciała 20,19 kg (najmniejsza masa ciała charakteryzowała dzieci z dużego miasta). Na podstawie tych wartości obliczono wskaźnik BMI oraz jego centyl i stwierdzono, że badane dzieci mają średnie wartości na poziomie 40. centyla, a to jest o 10 centyli niższa średnia od populacyjnej, która wynosi 50 centyli.

U badanych oznaczono masę i wysokość ciała na podstawie ankiety (dane z książeczki zdrowia) oraz dane dotyczące aktywności fizycznej, w ten sposób określono czynniki mogące wpływać na prawidłowości postawy ciała. Postawę oceniono w dwóch aspektach – krzywizny kręgosłupa (inklinometr) oraz kąta rotacji tułowia (skoliometr).

Pozyskując dane dotyczące okresu noworodkowego i niemowlęcego, stwierdzono możliwość wystąpienia ryzyka zdrowotnego u 34% badanych dzieci. Do czynników tych zaliczono między innymi wcześniactwo, niską masę urodzeniową czy punktację w skali Apgar. U dzieci ze skrajnym ryzykiem okołoporodowym nie stwierdzono znacznych nieprawidłowości w postawie ciała, co może świadczyć o opiece fizjoterapeutycznej, jaka została wprowadzona z powodu skrajnego wcześniactwa. Najwięcej nieprawidłowości w zakresie krzywizny kręgosłupa i kąta rotacji tułowia stwierdzono u dzieci bez ryzyka okołoporodowego.

Na podstawie przeprowadzonych badań zaobserwowano niepokojące zjawisko „zmniejszania” się dzieci, o czym świadczy średni centyl BMI, szczególnie u chłopców z dużego miasta, wynoszący 34. Wynika to z tego, że dotychczas stosowane siatki cenylowe z 1999 roku należy dostosować do nowego pokolenia dzieci młodszych. W przypadku klasyfikacji nieprawidłowości masy ciała stwierdzono, że dzieci albo są w normatywnej masie ciała pomiędzy 15.–60. centylem, albo występuje u nich otyłość. Szczególnie w grupie chłopców z ośrodka miejskiego zwraca uwagę fakt, że otyłość diagnozowana jest trzy razy częściej niż nadwaga, co stanowi odwrócenie wartości centylowych. Pomimo pewnych nieprawidłowości nie stwierdzono istotnego wpływu masy ciała na możliwość wystąpienia nieprawidłowości postawy ciała.

Na podstawie zebranych ankiet stwierdzono, że dzieci nie realizują wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia pod względem aktywności fizycznej (420 min/tyg.) i czasu spędzanego przed monitorem (120 min/dz.). Z badań wynika, że co trzecie dziecko ma aktywność fizyczną poniżej wskazanej (średnio 90 min/tyg.) i spędza powyżej 2 godzin dziennie przed monitorem (średnio 180 min/dz.). Efektem siedzącego trybu życia może być 16% dzieci ze splotną lordozą szyjną i pogłębioną kifożą piersiową, co jest pierwszym symptodem rozwijającej się „smartfonowej szyi”.

Podsumowanie:

- Niepokojące są wyniki nieprawidłowości masy ciała – szczególnie większego odsetka dzieci z otyłością niż nadwagą.
- Zgodnie z deklaracją rodziców dzieci średnio spędzają 100 minut na aktywności fizycznej tygodniowo, co stanowi niespełna 25% czasu wskazanego przez WHO.

- Co trzecie badane dziecko wymaga fizjoprofilaktyki, zaś 5% fizjoterapii z powodu pogłębienia lub spłycenia krzywizn kręgosłupa.
- Z powodu ryzyka wystąpienia skoliozy wśród badanych dzieci 14% wymaga monitorowania postawy ciała, a 6% fizjoterapii.
- Czynniki ryzyka takie jak wcześniactwo, niska masa urodzeniowa, asymetria czy nieprawidłowe napięcie mięśniowe w okresie niemowlęcym nie powodują u wszystkich dzieci wystąpienia wad postawy – grupa ta z powodu nieprawidłowości objęta była opieką fizjoterapeutyczną i fizjoprofilaktyczną.
- Największym czynnikiem ryzyka wystąpienia wad postawy jest niska aktywność fizyczna i spędzanie powyżej 2 godzin dziennie przed monitorem, najczęściej w pozycji siedzącej.

Rekomendacje:

Porównując występowanie nieprawidłowości postawy ciała u dzieci objętych fizjoterapią (z ryzykiem okotopodowym) z pozostałymi, wskazane się wydaje wprowadzenie fizjoterapeutycznej wizyty patronażowej w 3. i/lub 6. miesiącu życia dziecka w celu oceny prawidłowości rozwoju i wprowadzenie ewentualnych elementów fizjoprofilaktyki realizowanej przez rodziców. Wskazane byłoby, aby w trakcie badań kontrolnych – bilansowych ocenę funkcjonalną i motoryczną przeprowadzał fizjoterapeuta, tworząc interdyscyplinarny zespół wraz z lekarzem i pielęgniarką.

Mocno zróżnicowany średni centyl badanych dzieci w stosunku do populacyjnego wskazuje na konieczność weryfikacji siatek centylowych dla dzieci w wieku 3–6 lat, tak aby uwzględniały zmiany populacyjne i miejsce zamieszkania dzieci.

Najistotniejszym elementem wpływającym nie tylko na wady postawy, ale także na masę ciała jest zmniejszona aktywność fizyczna i wydłużony czas spędzany przed monitorem. Problem ten jest bardzo poważny, bo o ile poprzednie wskazania można było wprowadzić systemowo, o tyle w przypadku aktywności fizycznej musimy polegać na wiedzy rodziców. Największy problem ze zorganizowaną aktywnością po przedszkolu mają dzieci z ośrodków wiejskich, dlatego wskazane byłoby organizowanie zajęć w ramach czasu przedszkolnego z różnych dyscyplin sportowych, takich, które nie wymagają specjalnych pomieszczeń (basenu, lodowiska) czy sprzętu.

Głównym wskazaniem jest opracowanie narzędzi systemowych pozwalających na przesiewową ocenę stanu funkcjonalnego dziecka i wczesne wdrożenie fizjoprofilaktyki, a w razie konieczności fizjoterapii.

Współautorzy:

Dolecińska H², Ewertowska P³, Gargas G⁴, Gawrylczyk J⁵, Gogola A⁶, Kędra A⁷, Kępińska-Szyszkowska M⁸, Kłosek M⁵, Kopytiuk R⁷, Lulińska E³, Matyja M⁶, Stępień A⁵, Wiernicka M², Wójtowicz D¹.

²*Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu*

³*Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku*

⁴*Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie*

⁵*Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie*

⁶*Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach*

⁷*Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie, filia Biła Podlaska*

⁸*Akademia Kultury Fizycznej w Krakowie*

Marta de Biąłynia Woycikiewicz, Aleksandra Sametko

Motywacja i pewność siebie najmłodszych uczniów w świetle alfabetu ruchowego

Dotychczasowe badania dotyczące wychowania fizycznego ukazują zmniejszenie zainteresowania tym przedmiotem uczniów. Aspektem niesprzyjającym podnoszeniu motywacji i pewności siebie w zakresie uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego uczniów był okres pandemii, w czasie którego dzieci nie były dopuszczone do zajęć grupowych na świeżym powietrzu, a lekcje odbywały się w domu (online). Uzasadnionym wydaje się wykorzystanie koncepcji mających na celu ocenę

aktualnych czynników psychologicznych, mających znaczenie w podejmowaniu zadań ruchowych dla uczniów. Konstrukt, zaproponowany przez Whitehead, był wykorzystywany m.in. w Kanadzie, Wielkiej Brytanii czy Norwegii. Za pomocą The International Physical Literacy Association ocenia się poszczególne elementy: afektywny, fizyczny, behawioralny i kognitywny. Zestaw tych dyspozycji składa się na cztery fundamentalne dla alfabetu ruchowego domeny, które definiujemy jako kompetencje

fizyczne, motywacja i pewność siebie, wiedza i rozumienie oraz daily behaviour.

Na potrzeby niniejszego badania oceniane są domeny motywacji i pewności siebie grupy polskich uczennic i uczniów pomiędzy 8. a 12. rokiem życia na podstawie Kanadyjskiej Oceny Umiejętności Ruchowych – CAPL-2. Praktycznym celem jest wprowadzenie zmian w polskim systemie edukacji i w kontynuacji wdrożenia podstaw wzmacniających kształtowanie badanych czynników dopasowując się do aktualnych potrzeb dzieci będących na konkretnym etapie szkolnym.

W badaniu wzięło udział 769 uczniów z 12 polskich szkół w wieku $M = 9.81$ lat ($SD = 1.39$), 402 chłopców oraz 367 dziewcząt. Użyto polskiej wersji Canadian Assessment of Physical Literacy – CAPL-2 służącej do oceny poziomu physical literacy dzieci w wieku 8–12 lat. Zastosowane narzędzie jest wystandaryzowane i zwalidowane, umożliwia porównywanie wyników z danymi pochodzącymi z innych krajów. Przeprowadzone analizy dotyczyły różnic u badanych chłopców i dziewcząt oraz między dziećmi młodszymi a starszymi.

Wiek różnicował dzieci ze względu na poziom physical literacy (alfabetyzacji ruchowej). Dzieci starsze zadeklarowały mniejszą motywację do zajęć ruchowych. Badanie ukazało także brak statystycznie istotnych różnic pomiędzy chłopcami i dziewczętami w domenie motywacji i pewności siebie. Ponad połowa badanych zadeklarowała najwyższy możliwy poziom

do osiągnięcia – „wyróżniający się” (*Excelling*) w zakresie podejmowania aktywności fizycznej (AF). Im starsi uczniowie, tym niższy osiągany poziom badanych zmiennych.

Wnioski i rekomendacje:

Wyższą motywację i pewność siebie prezentuje grupa najmłodszych badanych, z tego względu należy skoncentrować wysiłki na utrzymaniu wysokiego poziomu motywacji i pewności siebie AF w klasach młodszych. Obecne polskie programy nie akcentują wystarczająco potrzeb atrakcyjnych i nowoczesnych form AF, a dotychczasowe zmiany systemowe nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Rekomendowana jest praca interwencyjna mająca na celu zwiększenie przyjemności z zajęć wychowania fizycznego wśród dzieci we wczesnym wieku szkolnym. Efektem pracy wdrożeniowej byłoby zwiększenie deklarowanego poziomu czynników psychologicznych u dzieci starszych. Ze względu na brak dotychczasowych badań obejmujących dzieci poniżej 10. roku życia trudno jest postawić stanowcze wnioski związane z tą grupą wiekową. Przyszłe kierunki badań powinny koncentrować się na wykorzystywaniu naturalnych potrzeb ruchowych młodszych dzieci i podtrzymywaniu tego zjawiska poprzez rozwijanie zamiatowania do aktywności przez nauczycieli PA.

dr Hanna Nałęcz

Wdrażanie ogólnoszkolnego modelu aktywności fizycznej w polskich szkołach jako przykład międzysektorowej współpracy na rzecz promocji aktywności fizycznej

Wykład oparty na opracowaniu: Współpraca międzysektorowa na rzecz zrównoważonego rozwoju: wdrażanie podejścia „whole-school” w ramach Krajowego Modelu Doskonalenia Szkół w zakresie promocji Aktywność Fizyczna w polskich szkołach

Krajowy Model Doskonalenia Szkół w zakresie promocji Aktywność Fizyczna (KaMDF) został opracowany jako jeden z komponentów ogólnokrajowego projektu „WF z AWF. Aktywny dzisiaj dla zdrowia w przyszłości”. Za koncepcję i rozwój KaMDF odpowiada interdyscyplinarny zespół ekspertów z różnych dziedzin, przedstawiciele szkół i interesariusze z sektora rządowego i samorządowego. Jego celem jest wzmocnienie realizacji aktywności fizycznej w środowisku szkolnym w Polsce poprzez opracowanie i wdrożenie narzędzi doskonalenia szkół. Model odnosi się do kluczowych wyzwań

zdrowia publicznego oraz wspiera realizację Celu Zrównoważonego Rozwoju nr 17 – Partnerstwa na rzecz bardziej aktywnego świata. Działania skierowane są do szkół podstawowych i średnich. Przygotowane narzędzia wspierają szkoły we wdrażaniu podejścia dostosowanego do ich specyficznych potrzeb, opartego na całoszkolnym ujęciu (whole-school approach), które integruje aktywność fizyczną z codziennymi zajęciami, kulturą organizacyjną szkoły oraz jej środowiskiem. Kluczowe innowacje Modelu to: założenie, że każda szkoła ma swoisty, wyjściowy poziom dojrzałości w zakresie

promocji AF; przekonanie, że każda szkoła posiada potencjał do rozwoju; oraz zastosowanie zasady „comply or explain”, zachęcającej szkoły do krytycznej samooceny, projektowania własnych ścieżek rozwoju oraz zapewniania transparentności podejmowanych działań w jej otoczeniu.

Opracowanie: założenia Modelu – zostały opracowane wspólnie z udziałem nauczycieli, pracowników służby zdrowia, decydentów, rodziców i dyrektorów szkół. Proces oparto na aktualnych rekomendacjach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczących aktywności fizycznej oraz narzędziach wspierających ich wdrażanie, m.in. WHO – Promoting Physical Activity through Schools: A Toolkit.; ISPAH–Eight Investments That Work for Physical Activity; Global action plan on physical activity 2018–2030. Przyjęte kryteria oceny szkół odzwierciedlają kluczowe obszary działań wskazane przez WHO, takie jak jakość wychowania fizycznego, aktywny transport, przywództwo, kultura szkolna, integracja działań i zaangażowanie społeczności. Formularz składa się z 11 obszarów (wymiarów) obejmujących kluczowe elementy całoszkolnego podejścia do aktywności fizycznej, łącznie narzędzie obejmuje 90 wskaźników przypisanych do poszczególnych obszarów. Pytania w formularzu mają charakter binarny („tak”/„nie”) z dodatkową możliwością wyboru odpowiedzi „nie dotyczy” w sytuacjach uzasadnionych specyfiką szkoły. Konstrukcja ta ułatwia jednoznaczną ocenę aktualnego stanu działań, a jednocześnie pozwala na ich pogłębione opisanie poprzez uzasadnienia i dokumentowanie odpowiedzi (np. linki do dokumentów, stron internetowych, materiałów multimedialnych). Szkoły mają możliwość identyfikacji i zgłaszania dobrych praktyk realizowanych w szkole.

Wdrażanie: szkoły uczestniczą w projekcie dobrowolnie, dokumentując działania w zakresie aktywności fizycznej i planując ich przyszłe ulepszenia. Korzystają z instrukcji oraz elektronicznych narzędzi samooceny, uczestniczą też w warsztatach wspierających. Oczekuje się, że w pierwszej fazie do programu przystąpi ponad 100 szkół.

Ewaluacja: bieżące ilościowe i jakościowe pomiary skuteczności obejmują ocenę gotowości szkół, postępów we wdrażaniu oraz opinii interesariuszy. Model jest obecnie rozbudowywany. W kolejnych etapach planowane jest długoterminowe monitorowanie połączone z systemowym wsparciem szkół.

Rozpowszechnianie: instrukcje, narzędzia, wyniki i dobre praktyki są udostępniane za pośrednictwem

platform o otwartym dostępie, mediów społecznościowych uczelni partnerskich projektu „WF z AWF” oraz wydarzeń o zasięgu krajowym, aby wspierać szersze upowszechnianie i stosowanie Modelu.

Rekomendacje:

1. Zastosowanie Krajowego Modelu Doskonalenia Szkół w zakresie promocji Aktywność Fizycznej (KaMDF) zgodnego z wytycznymi WHO, umożliwi realizację strategii zwiększania aktywności fizycznej oraz stwarza warunki do skalowania działań na poziom ogólnokrajowy.
2. Należy położyć nacisk na refleksyjną praktykę oraz innowacje wprowadzane przez nauczycieli, zamiast narzucania jednolitych, odgórnych praktyk. Wspiera to zmiany dostosowane do lokalnych warunków i gwarantuje długoterminową stabilność.
3. Skuteczne wdrażanie europejskiego modelu poprawy aktywności fizycznej jako polityki globalnej w zakresie aktywności fizycznej wymaga skoordynowanych, standaryzowanych monitorowanych działań na poziomie krajowym.
4. Osiągnięcie efektu transformacji całego środowiska szkolnego wymaga trwałej współpracy międzysektorowej.

Współautorzy:

1. *Ida Laudańska-Krzemińska, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu, Zakład Nauk o Aktywności Fizycznej i Promocji Zdrowia*
2. *Paweł Zembura, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, Wydział Wychowania Fizycznego, Zakład Zarządzania, Organizacji i Ekonomii*
3. *Agata Korcz, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Kulturze Fizycznej, Katedra Wychowania Fizycznego, Zakład Dydaktyki Aktywności Fizycznej*
4. *Jakub Kalinowski, Fundacja V4SPORT*
5. *Ireneusz Cichy, Akademia Wychowania Fizycznego im. Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu, Zakład Zespołowych Gier Sportowych*
6. *Paweł Drobnik, Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku, Wydział Kultury Fizycznej, Zakład Metodyki Wychowania Fizycznego*
7. *Dariusz Pośpiech, Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach,*

dr hab. Paweł Tomaszewski, prof. AWF

Wyzwania zdrowotne młodego pokolenia: wpływ zmian stylu życia na sprawność fizyczną i masę ciała

W ostatnich dekadach obserwuje się narastające pogorszenie kondycji fizycznej i zdrowia dzieci i młodzieży, którego najbardziej widocznymi przejawami są spadek sprawności fizycznej, wzrost częstości występowania nadwagi i otyłości oraz nasilające się problemy zdrowia psychicznego. Zjawiska te nie występują w izolacji, lecz są konsekwencją głębokich zmian stylu życia, obejmujących postępującą cyfryzację, dominację zachowań siedzących, ograniczenie spontanicznej aktywności ruchowej, zmiany nawyków żywieniowych, skrócenie i nieregularność snu, a także malejący udział aktywnego transportu w codziennym funkcjonowaniu dzieci. Dodatkowo urbanizacja oraz organizacja systemu edukacji, w którym przeważają zajęcia statyczne, nie kompensują deficytów ruchu wynikających z życia rodzinnego i środowiska pozaszkolnego. W konsekwencji, pojawia się pytanie, czy współczesne dzieci są mniej sprawne i mniej aktywne niż ich rodzice, a także, jakie działania mogą skutecznie odwrócić wspomniane niekorzystne trendy.

Celem pracy była ocena skali i uwarunkowań zmian stylu życia dzieci i młodzieży w Polsce oraz ich związku ze sprawnością fizyczną i masą ciała. Analizą objęto kluczowe obszary zdrowia i zachowań prozdrowotnych, w tym poziom aktywności fizycznej, zachowania sedentarne i czas ekranowy, sposób transportu do szkoły, nawyki żywieniowe, sen i rytm dobowy, a także zdrowie psychiczne i dobrostan. Dodatkowym celem było wskazanie skutecznych, długofalowych rozwiązań systemowych, opartych na danych empirycznych, w tym wynikach programu „WF z AWF”, oraz przykładach zagranicznych programów wieloletnich.

Praca ma charakter przeglądowo-analityczny. Wykorzystano dane pochodzące z badań populacyjnych i raportów krajowych oraz międzynarodowych (m.in. WHO, HBSC, COSI, IMiD, GUS, UNICEF, NIK), a także wyniki badań i analiz realizowanych w ramach programu WF z AWF w latach 2021–2024. Analizowano

wskaźniki dotyczące aktywności fizycznej, sprawności fizycznej, czasu siedzącego i ekranowego, sposobów przemieszczania się do szkoły, wzorców żywieniowych, snu, dobrostanu psychicznego oraz rozpowszechnienia nadwagi i otyłości. W wybranych analizach wykorzystano ilorazy szans (OR) do oceny zależności pomiędzy stylem życia rodziny a ryzykiem nadmiernej masy ciała u dzieci.

Wyniki jednoznacznie potwierdzają niski poziom aktywności fizycznej dzieci i młodzieży. W Polsce jedynie około 20% młodzieży w wieku 11–15 lat spełnia zalecenia WHO dotyczące codziennej, co najmniej 60-minutowej umiarkowanej lub intensywnej aktywności fizycznej, przy czym odsetek ten jest szczególnie niski wśród dziewcząt (ok. 10–12% w wieku 15 lat). Jednocześnie powszechne są zachowania sedentarne—dzieci w wieku 10–14 lat spędzają średnio ponad 4 godziny dziennie na siedząco poza szkołą, a niemal 40% uczniów korzysta z ekranów co najmniej 2 godziny dziennie w dni szkolne; w weekendy dotyczy to ponad 78% dzieci.

Istotnym elementem stylu życia jest ograniczenie naturalnej aktywności w drodze do szkoły—jedynie 13% uczniów szkół podstawowych dociera do niej pieszo, podczas gdy dominuje transport pasywny. Równoległe obserwuje się niekorzystne wzorce żywieniowe: 27% nastolatków codziennie spożywa słodczyce, a 11% napoje słodzone, natomiast jedynie 33–36% deklaruje codzienne spożycie warzyw i owoców, co sprzyja nadwyżce energetycznej i powoduje wzrost ryzyka nadwagi i otyłości oraz obniżenia wydolności organizmu.

Kolejnym czynnikiem pogłębiającym te zjawiska są zaburzenia snu i rytmu dobowego. Dzieci śpią średnio o 1–1,5 godziny krócej niż zalecają normy, a blisko połowa nastolatków śpi w dni szkolne mniej niż 8 godzin. Wiąże się to z mniejszą gotowością do podejmowania aktywności fizycznej oraz gorszym funkcjonowaniem emocjonalnym. Jednocześnie narastają problemy zdrowia psychicznego—ponad 30% dziewcząt w wieku 15 lat zgłasza objawy obniżonego

samopoczucia, a około 1 na 7 nastolatków doświadcza zaburzeń psychicznych, najczęściej lękowych i depresyjnych, przy czym brak ruchu i obniżony nastrój wzajemnie się nasilają.

Na tym tle szczególnie niepokojące są obserwowane zmiany sprawności fizycznej. Wyniki badań wskazują na spadek wydolności krążeniowo-oddechowej, szybkości i skoczności dzieci i młodzieży o kilka do kilkunastu procent w porównaniu z poprzednimi dekadami. Towarzyszy temu wysoka częstość nadwagi i otyłości, zwłaszcza w grupie dzieci w wieku 7–9 lat, gdzie problem dotyczy 28–35% uczniów, z wyraźną przewagą chłopców. Dane z programu „WF z AWF” potwierdzają silny związek pomiędzy niską aktywnością fizyczną, obniżoną sprawnością a nadmierną masą ciała – w rodzinach, w których oboje rodzice są nieaktywni fizycznie, ryzyko nadwagi u dziecka jest wyższe (OR = 1,8; 95% CI: 1,3–2,6), a gdy oboje rodzice mają nadwagę, wzrasta ponadtrzykrotnie (OR = 3,3; 95% CI: 2,5–4,3).

Uzupełnieniem analiz są przykłady skutecznych, wieloletnich programów zagranicznych, takich jak The Daily Mile, Jumpin, Kid Do, oraz krajowy „WF z AWF”, które dzięki ciągłości działań, niskiej barierze wejścia i podejściu kompleksowemu doprowadziły do trwałego wzrostu aktywności fizycznej, poprawy nawyków żywieniowych oraz ograniczenia częstości nadwagi i otyłości, szczególnie w grupach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym.

Wnioski i rekomendacje:

Na podstawie przedstawionych wyników sformułowano pięć kluczowych rekomendacji:

1. Wprowadzenie codziennego, obowiązkowego

ruchu w szkole, nie tylko w ramach lekcji wychowania fizycznego (aktywne przerwy, ruch na innych lekcjach, ograniczenie zwolnień z WF).

2. Wczesna i systemowa edukacja zdrowotna obejmująca aktywność fizyczną, żywienie, sen i higienę cyfrową, realizowana od najmłodszych lat.
3. Tworzenie aktywnej i bezpiecznej przestrzeni wokół dziecka – w szkole, miejscu zamieszkania i na drodze do szkoły.
4. Wzmocnienie roli rodziców, społeczności lokalnych i mediów jako kluczowych wzorców i partnerów w kształtowaniu zdrowych nawyków.
5. Uznanie zdrowia i aktywności fizycznej dzieci za priorytet polityczny, wymagający międzysektorowej współpracy, stabilnego finansowania i jasno określonych, mierzalnych celów.

Podsumowując, problem „pokolenia (nie)ruchu” jest w dużej mierze konsekwencją decyzji środowiskowych i systemowych. Jednocześnie dostępne dane naukowe oraz doświadczenia programów takich jak „WF z AWF” i skutecznych inicjatyw zagranicznych pokazują, że trwała poprawa zdrowia dzieci i młodzieży jest możliwa, o ile działania mają charakter kompleksowy, długofalowy i konsekwentnie wdrażany.

Współautorzy:

Paweł Tomaszewski, Monika Łopuszańska-Dawid, Katarzyna Milde, Patrycja Widłak, Izabela Rutkowska, Janusz Dobosz, Wiktoria Bandura, Bartosz Molik

Patrycja Widłak

Uczestnictwo dzieci i młodzieży w aktywności fizycznej w kontekście nadwagi i otyłości oraz wybranych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych

Warunki socjoekonomiczne od lat uznawane są za kluczowy czynnik wpływający na rozwój dzieci. Badania wskazują, że niski poziom wykształcenia rodziców, ograniczone dochody czy mniejszy dostęp do zasobów i opieki medycznej negatywnie oddziałują na rozwój najmłodszych członków społeczeństwa. Istotnym elementem środowiska rodzinnego jest również poziom aktywności fizycznej rodziców, który często determinuje zachowania ruchowe ich potomstwa. Regularny ruch ma szczególne znaczenie w wieku wczesnoszkolnym, a zalecenia WHO podkreślają konieczność

codziennej aktywności o umiarkowanej lub dużej intensywności. Regularny ruch wspiera rozwój narządu ruchu, poprawia postawę, sprawność motoryczną, wydolność, odporność i zdrowie metaboliczne. Korzystnie wpływa także na zdrowie psychiczne, koncentrację, regulację emocji oraz relacje społeczne oraz sprzyja kształtowaniu trwałych nawyków prozdrowotnych.

W odpowiedzi na negatywne skutki pandemii COVID-19 w 2021 roku w Polsce uruchomiono program „WF z AWF – aktywny powrót do szkoły po pandemii”. Opracowany przez ekspertów wywodzących

się z akademii wychowania fizycznego miał na celu wsparcie nauczycieli w odbudowie sprawności uczniów i ograniczeniu skutków niedostatecznego poziomu aktywności fizycznej.

Celem pracy była ocena zależności między wybranymi czynnikami socjoekonomicznymi a masą ciała i poziomem aktywności fizycznej dzieci pochodzących z różnych środowisk.

Materiał przedstawiony w prezentacji stanowiły dane 9333 dzieci w wieku 6,5–9,5 lat uczestniczących w programie „WF z AWF” w latach 2021–2024. Dane te pozyskano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety, który obejmował pomiary antropometryczne dzieci i ich rodziców oraz informacje dotyczące poziomu aktywności fizycznej dzieci, sposobów spędzania przez nie czasu wolnego, długości ich snu, a także wykształcenia i aktywności zawodowej opiekunów.

Na podstawie analizy zebranych danych stwierdzono istotne różnice między kategoriami BMI a ilością czasu, jaki dzieci poświęcają na aktywność fizyczną w ciągu dnia. Około 3-krotnie więcej dzieci otyłych oraz prawie 2-krotnie więcej dzieci z nadwagą nie podejmuje wcale aktywności fizycznej w porównaniu z dziećmi z tych samych kategorii BMI, które w ogóle podejmują jakąkolwiek aktywność fizyczną. Odwrotną zależność zaobserwowano w grupie dzieci z niedowagą i prawidłową masą ciała, gdzie dzieci z prawidłową masą ciała najczęściej podejmują aktywność fizyczną powyżej 3 godzin, a dzieci z niedowagą około 2–3 godzin dziennie. Dzieci, które wcale nie podejmują aktywności fizycznej, stanowiły najmniejszy odsetek. Odnotowano też, że 11% dzieci otyłych i 22% z nadwagą cały czas lub jego większość w ciągu dnia spędza, wykonując czynności, które wymagają bardzo mało wysiłku fizycznego. Jest to wynik ok. 2-krotnie większy w porównaniu z rówieśnikami, którzy często bądź bardzo często byli aktywni fizycznie w wolnym czasie. W przypadku dzieci z niedowagą i nadwagą zaobserwowano odwrotną zależność, gdzie większy odsetek badanych dość często, często bądź bardzo często podejmował aktywność fizyczną w porównaniu z dziećmi z tej samej kategorii BMI, które cały czas lub jego większość spędzały, wykonując czynności, które wymagały bardzo mało wysiłku fizycznego. W badaniu zaobserwowano też, że prawie 2-krotnie więcej dzieci z nadwagą i otyłością spędza powyżej 3 godzin dziennie, oglądając TV lub siedząc przed monitorem komputera w porównaniu z dziećmi z tych samych kategorii BMI,

które na te czynności poświęcają ok. 1 h lub wcale. Odwrotną tendencję stwierdzono w grupie z prawidłową masą ciała i niedowagą, gdzie największa frakcja badanych wcale nie ogląda telewizji oraz nie korzysta z komputera w czasie wolnym. W przypadku czasu poświęconego na czytanie stwierdzono, że największa frakcja dzieci z niedowagą poświęca na tę czynność powyżej 3 h dziennie, dzieci z prawidłową masą ciała najczęściej czytają 2–3 h, uczniowie z nadwagą 1–1,5 h, natomiast dzieci otyłe 1,5–2 h lub wcale. Ponadto stwierdzono zależność między deklarowaną godziną, o której dzieci kładły się spać, a kategorią BMI – badani z nadwagą i otyłością częściej kładli się spać po godzinie 22, natomiast z prawidłową masą ciała lub niedowagą zazwyczaj przed godziną 21.

Analizując dane dotyczące rodziców badanych dzieci, zauważono, że prawidłowa masa ciała dziecka była częściej obserwowana w przypadku wyższego wykształcenia oraz aktywności zawodowej opiekunów. Dostrzeżono też związek między prawidłową masą ciała a zamieszkiwaniem w większych miastach.

Podsumowując, wyniki badań wskazują, że zarówno poziom aktywności fizycznej dzieci, czas spędzany przed ekranami, godziny snu, jak i czynniki środowiskowe i socjodemograficzne rodziców są istotnie powiązane z kategorią BMI dzieci, przy czym dzieci z prawidłową masą ciała wykazują bardziej korzystne wzorce zachowań zdrowotnych niż dzieci z nadwagą i otyłością.

Rekomendacje:

1. Wzmacnianie edukacji zdrowotnej rodziców. Wyniki badań wskazują na potrzebę wprowadzenia rozwiązań edukacyjnych skierowanych do rodziców, którzy zwłaszcza w przypadku młodszych dzieci stanowią kluczowe źródło wiedzy oraz wzorców dotyczących zdrowego stylu życia. Działania te powinny być ukierunkowane zwłaszcza na promowanie regularnej aktywności fizycznej.
2. Ograniczanie czasu spędzanego przed ekranem. Uzyskane wyniki wskazują, że dzieci z nadwagą i otyłością spędzają istotnie więcej czasu w ciągu dnia (nawet 3 godziny) przed ekranami w porównaniu z dziećmi z prawidłową masą ciała, wśród których największa grupa w czasie wolnym wcale nie ogląda telewizji i nie korzysta z komputera. W związku z tym zasadne jest wdrażanie programów

edukacyjnych skierowanych do rodzin, obejmujących zagadnienia higieny cyfrowej, a także ustanawianie szkolnych i domowych zasad regulujących czas ekspozycji na urządzenia ekranowe.

3. Promowanie prawidłowej higieny snu. Ze względu na częstsze występowanie skróconego czasu snu oraz późnych godzin zasypiania u dzieci z nadwagą i otyłością uzasadnione jest prowadzenie w tej grupie interwencji edukacyjnych ukierunkowanych na kształtowanie regularnego rytmu dobowego.

Link do nagrania:

<https://youtu.be/KkrQGNVj08s?t=21802>



Współautorzy:

Katarzyna Milde¹, Paweł Tomaszewski², Monika Łopuszańska-Dawid¹, Bartosz Molik³

¹Katedra Biologii Człowieka, Wydział Wychowania Fizycznego, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

²Katedra Turystyki i Rekreacji, Wydział Wychowania Fizycznego, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

³Katedra Nauczania Ruchu, Wydział Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Genetyka kliniczna – specjalizacja poszukiwana na świecie, a w Polsce... zapaść. Co z tym zrobić?

Moderator: prof. Anna Latos-Bieleńska

Uczestnicy: prof. Olga Haus, prof. Maciej Krawczyński, prof. Jolanta Wierzbka

Prof. Anna Latos-Bieleńska:

Opieka genetyczna – obejmująca wizytę lekarską u specjalisty genetyki klinicznej, badania genetyczne i ich interpretację w kontekście rodowodowo-klinicznym, ustalenie rozpoznania przyczynowego i poradę genetyczną dla pacjenta i jego krewnych – to system naczyń połączonych, w którym poszczególne elementy mają wpływ na całość. Żeby poprawić opiekę genetyczną, trzeba zadbać o WSZYSTKIE elementy, inaczej nastąpi efekt domina – upadek jednego elementu spowoduje, że całość się nie uda. Tym brakującym elementem zaczyna być genetyk kliniczny. Należy pilnie pochylić się nad tym problemem, stąd tytuł tego panelu.

Na początek trzeba przypomnieć, że w ochronie zdrowia są w Polsce trzy specjalizacje mające w nazwie słowo „genetyka”. Są to:

1. Genetyka kliniczna – specjalizacja dla lekarzy; jest to specjalizacja kliniczna, podobna do innych specjalizacji niezabiegowych, chociaż mająca swoje odrębności.
2. Laboratoryjna genetyka medyczna – specjalizacja dla diagnostów laboratoryjnych (którzy

ukończyli analitykę medyczną; także dla osób, które ukończyły biotechnologię, biologię i in., a następnie studia podyplomowe dające uprawnienia diagnosty laboratoryjnego – od ośmiu lat ta ścieżka dojścia do tytułu diagnosty laboratoryjnego jest w praktyce zamknięta); jest to praca laboratoryjna w diagnostycznym laboratorium genetycznym wykonującym badania na materiale genetycznym człowieka.

3. Medyczna genetyka molekularna – specjalizacja dla osób, które ukończyły biotechnologię, biologię, genetykę, biomedycynę; jest to praca laboratoryjna w diagnostycznym laboratorium genetycznym wykonującym badania na materiale genetycznym człowieka metodami genetyki molekularnej. Jest to nowa specjalizacja, pierwsi specjaliści medycznej genetyki molekularnej uzyskali specjalizację w 2024 r.

O ile obie specjalizacje genetyki laboratoryjnej wydają się zabezpieczone, to genetyka kliniczna wymaga pilnie decyzji administracyjnych, które od kilku lat proponują konsultant krajowa w dziedzinie

genetyki klinicznej (prof. Anna Latos-Bieleńska) oraz prof. Olga Haus – przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka (PTGC).

Czas oczekiwania na konsultację genetyczną jest nieakceptowalnie długi i stale rośnie, a wchodzi aktualnie dwa wielkie programy zdrowotne: Narodowa Strategia Onkologiczna i Plan dla Chorób Rzadkich. Poprawa opieki genetycznej jest w obu tych programach bardzo ważnym obszarem.

Dla oceny sytuacji w genetyce klinicznej konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej (prof. Anna Latos-Bieleńska) wraz z konsultantami wojewódzkimi przeprowadzili spis „z natury” specjalistów genetyki klinicznej, którego efektem jest raport „Genetyka kliniczna w Polsce: stan aktualny i proponowane działania zaradcze” (opublikowany w marcu 2025). Raport pokazał, ilu specjalistów genetyki klinicznej jest rzeczywiście czynnych zawodowo w ramach tej specjalizacji.

Spis „z natury” ujawnił, że w chwili publikacji Raportu (01.03.2025) było 153 lekarzy specjalistów genetyki klinicznej. Wśród nich jest 21 nieczynnych zawodowo (część ze względu na wiek emerytalny, część ze względu na pracę w innych specjalnościach), zatem w chwili publikacji Raportu w Polsce było zaledwie 132 lekarzy specjalistów genetyki klinicznej czynnych zawodowo w specjalności „genetyka kliniczna”.

Nie tylko liczba czynnych zawodowo specjalistów genetyki klinicznej jest ważna, ale także to, ile czasu poświęcają oni na pracę kliniczną. Ze względu na liczne obowiązki zawodowe wielu specjalistów genetyki klinicznej może przeznaczyć na pracę kliniczną tylko część czasu pracy. Praca tych 132 czynnych zawodowo specjalistów genetyki klinicznej odpowiada w przeliczeniu na pełne etaty zaledwie 101,52 etatom. Większość specjalistów genetyki klinicznej to nauczyciele akademicy łączący pracę kliniczną i naukową. Na 153 specjalistów genetyki klinicznej jest aż 31 profesorów tytularnych, 14 doktorów habilitowanych i 73 doktorów nauk medycznych. Specjaliści genetyki klinicznej mają 25 różnych dodatkowych specjalizacji.

W analizie uwzględniono tylko lekarzy specjalistów genetyki klinicznej, ale nie uwzględniono lekarzy robiących obecnie specjalizację z genetyki klinicznej. W chwili publikacji Raportu było 55 lekarzy w trakcie specjalizacji z genetyki klinicznej, jednak nie wiadomo, czy genetyka kliniczna jest ich pierwszą specjalizacją, czy kolejną, nie wiadomo także, jaką część ich pracy stanowi poradnictwo

genetyczne w onkologii. Można przyjąć, że aktualnie liczba pełnych etatów w genetyce klinicznej wynosi: 101,52 etatów specjalistów genetyki klinicznej plus 38,5 etatów lekarzy będących w trakcie specjalizacji z genetyki klinicznej, tj. ok. 140 etatów łącznie. Tych 140 etatów obejmuje łącznie czas pracy lekarza na rzecz pacjentów w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ, jak również na rzecz pacjentów prywatnych. Szacuje się, że ok. 100 etatów jest na rzecz pacjentów w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ, a ok. 40 etatów na rzecz pacjentów prywatnych.

Obliczając liczbę etatów, brano pod uwagę całkowity czas pracy lekarza genetyka w AOS dedykowany pacjentom z chorobami genetycznymi. Czas pracy obejmował łącznie czas pracy w poradni genetycznej w obecności pacjenta oraz czas pracy spędzony na ustaleniu diagnozy, interpretacji wyników badań genetycznych (co raz częściej czasochłonnej interpretacji wysoko przepustowych badań genomowych) w kontekście danych rodowodowo-klinicznych, przygotowania karty informacyjnej i in., tj. czas pracy bez obecności pacjenta. Jest to specyfika pracy genetyka klinicznego, zwłaszcza w przypadku pacjentów z chorobami rzadkimi (większość pacjentów nieonkologicznych).

Raport „Genetyka kliniczna w Polsce: stan aktualny i proponowane działania zaradcze” jest punktem wyjścia dla naszej dyskusji. Podczas tego panelu zastanowimy się, jak to jest możliwe, że genetyka kliniczna – specjalizacja poszukiwana na świecie – jest w Polsce w stanie zapaści i postaramy się odpowiedzieć na pytanie, czy można coś z tym zrobić.

O ile na świecie genetyka kliniczna ma mocną pozycję w systemie ochrony zdrowia, o tyle w Polsce, choć wprawdzie jest doceniana przez lekarzy innych specjalności i przez pacjentów, o czym świadczą długa kolejka oczekujących na wizytę w poradni genetycznej, jest niedoceniana przez decydentów, którzy nie zdają sobie sprawy, czym jest nowoczesna opieka genetyczna (a zatem coś więcej niż diagnostyka genetyczna) i jak ważna jest w niej rola genetyka klinicznego.

Jedną z przyczyn jest niedostrzeżenie tego, jak genetyka kliniczna jako specjalizacja zmieniła się w ostatnich latach.

Pierwsze pytanie jest skierowane do prof. Olgi Haus: Jak zmieniła się genetyka kliniczna, jaka była 20, a nawet 10 lat temu, a jaka jest dzisiaj?

Prof. Olga Haus:

Genetyka kliniczna, taka, jak ją pamiętam sprzed 30 lat, to przede wszystkim dysmorfologia, czyli nauka o odchyleniach od prawidłowego wyglądu i prawidłowej budowy ciała. Dysmorficzni jesteśmy wszyscy, bo nikt z nas nie jest ucieleśnieniem starożytnej urody greckiej lub rzymskiej, jeśli ją właśnie przyjmujemy jako wzorzec. Jednak istnieją pewne cechy dysmorficzne, charakterystyczne dla wrodzonych, uwarunkowanych genetycznie chorób lub zespołów i ich właśnie poszukują genetycy.

Kiedy diagnostyka genetyczna opierała się na wywiadzie lekarskim oraz szczegółowym badaniu fizykalnym pacjenta, ukierunkowanym na wykrycie wrodzonych wad lub nieprawidłowości. Dopiero później sięgano po dostępne wówczas metody analizy genetycznej – głównie badania cytogenetyczne, a w późniejszym okresie również proste badania molekularne. Na marginesie trzeba wspomnieć, że polscy dysmorfologowie mieli zawsze wysoką ocenę w Europie i w świecie. Polski Rejestr Wrodzonych Wad Rozwojowych, którego inicjatorką i twórczynią (wraz z zespołem) była prof. Anna Latos-Bieleńska, do dziś cieszy się zasłużoną sławą i jest uważany za jeden z najlepszych na świecie.

A więc dawniej: wywiad plus badanie fizykalne, plus (następnie) badanie genetyczne. A dziś? Dzięki najnowszym technikom badań całogenomowych, takich jak aCGH i NGS (i w jego ramach WES i WGS) diagnostykę można zaczynać od badań całego genomu, np. WES (sekwencjonowanie całej części kodującej genomu), a później dopiero dopasowywać uzyskane wyniki, w postaci danych o patogennych wariantach obecnych u pacjenta, do jego cech fizykalnych i historii choroby. Tak oto na naszych oczach genetyka kliniczna zmienia się w nowoczesną medycynę genomową, angażującą biologię molekularną, bioinformatykę oraz elementy AI. Genetyk kliniczny musi umieć się w tym wszystkim odnaleźć.

Jednak moim studentom nadal mówię, i nadal tak uważam, że dobrze zebrany wywiad, wystuchanie pacjenta oraz dokładne badanie fizykalne, z uwzględnieniem cech dysmorficznych, to co najmniej połowa sukcesu diagnostycznego.

Niemniej jednak nowe wyzwania wymagają nowego, lepszego przygotowania specjalistów. Najbardziej aktualny program specjalizacji z genetyki klinicznej obowiązuje od jesieni 2023 roku. Błyskawiczny rozwój genetyki człowieka sprawił, że już w 2026 roku, we współpracy z konsultantem krajowym ds. genetyki klinicznej, prof. Anną Latos-Bieleńską, musimy

przygotować nową wersję programu, 5-letniej specjalizacji, uwzględniającą najnowsze metody diagnostyki genetycznej i interpretacji wyników badań całogenomowych.

Prof. Anna Latos-Bieleńska:

Tak, to zupełnie nowy program specjalizacji, ale nazwa specjalizacji „genetyka kliniczna” pozostała taka sama, dlatego nie jest łatwo się zorientować, że mamy do czynienia z inną genetyką kliniczną niż w przeszłości.

Przyjrzymy się zatem bliżej dzisiejszej genetyce klinicznej. Zwracam się do panelistów z pytaniami: Kiedy potrzebna jest konsultacja genetyka klinicznego? Czy lekarze innych specjalizacji mogą zastąpić genetyka klinicznego? Czy łączenie specjalizacji z genetyki klinicznej z innymi specjalizacjami jest dobre? Gdzie w systemie ochrony zdrowia znajduje się genetyk kliniczny?

Prof. Maciej Krawczyński:

Najogólniej mówiąc, konsultacja genetyczna wskazana jest w każdym przypadku klinicznego rozpoznania lub podejrzenia choroby uwarunkowanej genetycznie. Oczywiście wyłączyć z tej grupy można rozpoznania najprostszych i najczęstszych chorób, takich jak trombofilia lub zespół Gilberta, w których zlecenie prostego testu genetycznego daje jednoznaczną odpowiedź diagnostyczną i pozwala lekarzowi dowolnej specjalności na postawienie rozpoznania i podjęcie odpowiednich działań profilaktycznych i leczniczych.

Najliczniejsze grupy pacjentów wymagające konsultacji genetycznej to dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego (zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualna, ADHD itp.), z zespołami wad wrodzonych (w tym również te najczęstsze, takie jak zespół Downa), niepowodzenia prokreacji (niepłodność partnerska, powtarzające się poronienia samoistne lub martwe urodzenia) oraz różnorodne choroby z zakresu poszczególnych specjalności pediatrycznych (neonatologia, kardiologia dziecięca, nefrologia dziecięca, ortopedia dziecięca, neurologia dziecięca, pediatria metaboliczna itp.). Wśród pacjentów dorosłych wymagających konsultacji genetycznej dominują nowotwory dziedziczne, genetycznie uwarunkowane problemy neurologiczne, okulistyczne i dziedziczne choroby tkanki łącznej – np. zespół Marfana lub zespół Ehlersa-Danlosa.

Oczywiście specjalista genetyki klinicznej musi działać w bezpośredniej współpracy ze specjalistami innych dziedzin – to oni wysuwają kliniczne

podejrzanie choroby, kierują na konsultację genetyczną i zapewniają wykonanie specjalistycznej diagnostyki klinicznej w swojej dziedzinie, często wraz z interpretacją wyników specjalistycznych badań (np. elektrofizjologicznych lub obrazowych). Wydaje się, że w niektórych wąskich podspecjalnościach lekarze innych specjalności mogą po części zastąpić specjalistę genetyki klinicznej w zakresie wyboru należnych badań genetycznych oraz interpretacji typowych wyników diagnostycznych. Natomiast analiza wszelkich niezgodności fenotypowo-genotypowych, wariantów o niejasnym znaczeniu (VUS), zlecenie i interpretacja wyników badań opartych na sekwencjonowaniu całoeksomowym (WES) oraz poradnictwo genetyczne dla członków rodziny osób chorych powinny pozostać w gestii genetyków klinicznych.

Doskonałym rozwiązaniem jest też łączenie specjalizacji z genetyki klinicznej z inną specjalizacją. Ma to szczególne znaczenie w neurologii, okulistyce, ginekologii i onkologii i pozwala na samodzielny dobór badań klinicznych i genetycznych oraz interpretację wyników wszystkich badań, analizę korelacji genotypowo-fenotypowych i prowadzenie procesu diagnostycznego oraz profilaktyczno-leczniczego od początku do końca. Bardzo pożądanym atrybutem specjalisty genetyki klinicznej jest to, aby był jednocześnie naukowcem i pracownikiem/współpracownikiem ośrodka akademickiego. Zapewnia to dostęp do aktualnego piśmiennictwa fachowego (głównie anglojęzycznego), umiejętność jego analizy oraz dostęp do specjalistycznych laboratoriów często niezbędnych do wykonania szczegółowych badań czynnościowych, biochemicznych lub genetycznych. Olbrzymią wartością dodaną jest posiadanie stopnia lub tytułu naukowego. Już dziś odsetek specjalistów genetyki klinicznej posiadających stopień doktora nauk medycznych oraz tytuł profesora jest prawdopodobnie najwyższy spośród wszystkich dziedzin medycyny.

Prof. Olga Haus:

Współczesny genetyk kliniczny powinien nie tylko być fachowcem w swojej dziedzinie, ale także umieć i móc współpracować z profesjonalistami zajmującymi się, tak jak i on, osobami z chorobami rzadkimi. Chodzi mi nie tylko o laboratoryjnych genetyków medycznych, których praca jest podstawową i niezbędną składową procesu diagnostycznego, ale także o specjalistów z innych dziedzin medycyny, właściwie ze wszystkich dziedzin, bo w każdej są elementy genetyki, ale najbardziej o onkologów, pediatrów, reumatologów,

neurologów, kardiologów, gastroenterologów, ortopedów, angiologów, okulistów, otolaryngologów i in., aby otoczyć chorego jak najlepszą opieką w każdej dziedzinie jego funkcjonowania zdrowotnego. W tym celu genetyk kliniczny powinien również współpracować (i współpracuje) z logopedami, fizjoterapeutami, rehabilitantami SI, psychologami, psychoterapeutami i in. Współpraca powinna obejmować również stowarzyszenia pacjentów i ich rodzin. Oni stanowią większą siłę nacisku niż eksperci – lekarze, w walce z nieprawidłowościami w opiece zdrowotnej i o lepszą ochronę zdrowia, aby móc realizować prawdziwą definicję zdrowia WHO jako pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko braku choroby lub niepełnosprawności.

Współpracą wymarzoną, której niestety dotychczas nie ma, byłaby przyjazna, koleżeńska współpraca z lekarzami orzecznikami. Najwyższy czas, by komisje orzekające o niepełnosprawności i komisje ZUS stały się środowiskiem przyjaznym dla pacjenta, a nie rodzajem biura śledczego rozpatrującego sprawę o próbę wyłudzenia orzeczenia czy zasiłku. Orzecznictwo powinno być dla pacjenta, a nie przeciw niemu. Wspomagające, a nie upokarzające. Jednorazowe lub co wiele lat, a nie co 2–3 lata – te same rytuały, sterty dokumentów, udowadnianie, że rzeczywiście jest się „osobą z niepełnosprawnościami”. Komisje orzekające nie powinny stanowić miejsca największych cudów uzdrowień w medycynie. Mówi się między pacjentami: „Możesz być najciężej chory, a i tak KO cię uzdrowi...”.

Jest jeszcze jeden aspekt opieki i orzecznictwa dla pacjentów z chorobami rzadkimi. Powoli, dzięki działaniom Ministerstwa Rodziny oraz komisji ekspertów, poprawia się sytuacja orzecznicza dzieci z tymi chorobami. Zdecydowanie gorzej być dorosłym z taką chorobą. Nie dość, że tacy pacjenci mają za sobą długą odyseję diagnostyczną, to jeszcze poważnie muszą udowadniać, że choroba zaczęła się przed 18. rokiem życia i że na co dzień bardzo im utrudnia życie. Zatwierdzona obecnie kilkuminutowa ocena funkcjonalna chorego w trakcie trwania posiedzenia komisji nie wydaje się całkowicie adekwatna w stosunku do chorych, którzy na co dzień ledwie sobie dają radę nawet z samoobsługą, a mobilizują się na ten krótki czas przed komisją. KO powinny brać pod uwagę opinie ekspertów, a zwłaszcza genetyków i lekarzy POZ, na co dzień zajmujących się chorymi z chorobami genetycznymi. No i słuchać pacjenta, i widzieć jego problemy poprzez powłokę,

która w momencie trwania komisji może być zdrowa, ale rozsypie się tuż po opuszczeniu pomieszczenia. Trzeba pamiętać o tym, że chorób rzadkich często nie widać na zewnątrz. One po prostu są.

Prof. Jolanta Wierzba:

Podstawą działania genetyka klinicznego jest udzielenie odpowiedzi dotyczącej nie tylko zdiagnozowanej choroby genetycznie uwarunkowanej, ale także odnośnie ryzyka związanego z dziedziczeniem konkretnego schorzenia. Pozwala to na udzielenie wiarygodnej porady genetycznej. Jednak w dobie rozwoju laboratoriów oferujących wyniki badań genetycznych bez ich interpretacji pacjenci czują się zdezorientowani, a udzielenie wspomnianej powyżej właściwej porady genetycznej często stanowi o losach rodziny i decyzjach prokreacyjnych. Często mamy do czynienia także z sytuacją, kiedy interpretacja badania genetycznego przez osobę do tego nieprzygotowaną bywa niewłaściwa.

Genetyk kliniczny pracuje nie tylko w ośrodkach genetyki medycznej (poradnia genetyczna i laboratorium genetyczne), ale także w dużych centrach klinicznych, gdzie poza możliwościami udzielania porad genetycznych w systemach ambulatoryjnych, jest także potrzebny na wszystkich oddziałach klinicznych. Chciałabym zwrócić uwagę na obecność genetyka klinicznego na oddziałach neonatologicznych oraz na rolę przesiewu noworodkowego. W najbliższym czasie pojawią się badania przesiewowe dotyczące chorób lizosomalnych oraz wybranych chorób neurologicznych i tym samym decyzje o leczeniu. Genotyp osoby wyłonionej z przesiewu będzie miał podstawowe znaczenie dla zasad postępowania. Istotna jest także obecność polskich genetyków klinicznych na forach europejskich, gdzie jesteśmy równorzędnym partnerem.

Genetyk kliniczny praktycznie towarzyszy swojemu pacjentowi całe życie z racji wielonarzędowości choroby oraz aspektów związanych z niepełnosprawnością intelektualną, a jego wiedza jest niezbędna w postępowaniu z pacjentem genetycznym.

Należy wziąć również pod uwagę ciągły postęp w badaniach genetycznych. Genetyk kliniczny musi nadążać za tym postępem i kontynuować diagnostykę z wykorzystaniem nowych możliwości diagnostyki genetycznej, dopóki w dziedzicznej chorobie rzadkiej nie ustali rozpoznania przyczynowego. Często dopiero po kilku latach ponownie analizowany genotyp pacjenta pozwala na postawienie właściwej diagnozy.

W ostatnich latach uzyskaliśmy i wykorzystujemy zdolności telemedycyny. Ma to szczególne znaczenie w aspekcie chorób ultrarzadkich. Odbywają się webinary, w których najnowsza wiedza może być rozpowszechniana wśród lekarzy zajmujących się daną chorobą, dotyczy to rodzin pacjentów, ale także lekarzy i innych specjalistów, którzy się nimi zajmują. Organizujemy od lat konsultacje i wykłady dla poszczególnych stowarzyszeń, stanowiących kopalnię wiedzy.

Prof. Anna Latos-Bieleńska:

Ustaliliśmy, że specjaliści genetyki klinicznej są bardzo potrzebni we współczesnej medycynie. Wobec niedoborów kadrowych nasuwają się pytania: Jakie będą skutki braku genetyków klinicznych? Czy rozwijający się szybko rynek testów genetycznych skierowanych bezpośrednio do konsumenta to dobre rozwiązanie?

Prof. Maciej Krawczyński:

Niedobór genetyków klinicznych oznacza rosnące kolejki do poradni genetycznych, a tym samym poszukiwanie przez pacjentów alternatywnych możliwości przeprowadzenia diagnostyki genetycznej. Często będzie to związane z niewłaściwym wyborem rodzaju badania genetycznego dla pacjenta i niewłaściwą interpretacją jego wyniku. Prowadzi to do niepotrzebnych (a często wysokich) wydatków ze strony pacjenta, a niekiedy do zagrożenia jego zdrowia i życia. Szczególnie niebezpieczna jest pojawiająca się ostatnio szeroka oferta testów skierowanych bezpośrednio do konsumenta, który sam decyduje, jakie badanie potrzebuje. Nie jest przy tym informowany o ich ograniczeniach, zawężonym zakresie czy niepewnej interpretacji.

Wszyscy znamy przypadki pacjentów, którzy otrzymawszy prawidłowy wynik źle zleconego badania genetycznego byli przekonani, że są zdrowi, a okazywało się, że wykonano u nich bardzo zawężony test, obejmujący tylko mały wycinek niezbędnego badania. Równie niebezpieczne są sytuacje odwrotne, w których niewłaściwa interpretacja wykrytych łagodnych zmian polimorficznych powoduje przekonanie o wysokim zagrożeniu, np. o rozwoju złośliwego nowotworu, i prowadzi do dramatycznych, a nieuzasadnionych decyzji o usuwaniu zdrowych narządów (np. piersi lub jajników).

Nawiązując do mojego głównego zakresu działalności – oftalmogenetyki – zauważam przede wszystkim, że testy zlecane przez okulistów oraz przez samych pacjentów są na ogół niewłaściwie dobrane do

sytuacji klinicznej i czasem wielotysięczne wydatki pacjentów już z założenia nie mogą wnieść istotnych informacji diagnostycznych i leczniczych. Z drugiej strony brak konsultacji genetycznej niejednokrotnie znacznie opóźnia wykonanie diagnostyki genetycznej i postawienie rozpoznania, co ma szczególne znaczenie w tym przypadkach, w których istnieje stosunkowo krótkie okno terapeutyczne, w którym możemy spodziewać się skuteczności leczenia. Tak na przykład jest w niektórych dziedzicznych neuropatiach nerwów wzrokowych.

Prof. Anna Latos-Bieleńska:

Trzeba wreszcie porozmawiać o ekonomicznych przyczynach braków kadrowych w genetyce klinicznej (m.in. niska wycena konsultacji genetycznych). Konsultacja genetyczna i porada genetyczna mają swoją specyfikę, są czasochłonne, zwłaszcza w przypadku chorób rzadkich. Powinno to zostać uwzględnione w wycenie świadczenia.

Prof. Maciej Krawczyński:

Potwierdzam konieczność lepszej wyceny świadczeń genetycznych. Dotyczy to głównie samej konsultacji genetycznej realizowanej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na czas trwania pierwszej konsultacji genetycznej związanej z szeroko zbieranym wywiadem rodzinnym, ciążowym, okołoporodowym i rozwojowym pacjenta (również dorosłego), wykreśleniem rodowodu rodziny i przeglądem zwykle bardzo szerokiej dokumentacji medycznej oraz zebraniem wieloletniego wywiadu chorobowego. Pierwsza konsultacja genetyczna trwa zwykle około godziny i jest znacznie bardziej czasochłonna od konsultacji innych specjalistów. Jednocześnie bardzo często konieczne są wizyty kolejne w celu uzupełnienia danych klinicznych oraz dostarczenia dokumentacji innych chorych członków rodziny.

Ponadto otrzymanie nieprawidłowego wyniku badania wysokoprzepustowego (np. aCGH, paneli NGS,

WES) oznacza często wielogodzinną pracę z bazami danych i piśmiennictwem w celu oceny znaczenia wykrytych wariantów i udzielenia właściwej porady genetycznej. Wreszcie końcowa porada genetyczna związana jest zawsze z wydaniem szczegółowej karty informacyjnej na piśmie, co zwykle w opiece ambulatoryjnej w innych specjalnościach nie ma miejsca.

Lepsze finansowanie badań genetycznych nie musi być powiązane ze zwiększeniem środków przeznaczanych na już finansowane badania. Chodzi przede wszystkim o dostępność w koszyku świadczeń gwarantowanych drogich badań wysokoprzepustowych (panele NGS i badanie WES) i taką strukturę ich wyceny, aby specjaliście genetyki klinicznej i jego poradni oraz laboratorium opłacała się szybko i skuteczna diagnostyka pacjenta, zamiast wielomiesięcznych (lub nawet wieloletnich) stopniowo rozszerzanych badań diagnostycznych, z których każde daje niewielkie szanse na sukces.

Prof. Anna Latos-Bieleńska:

Z naszej debaty wynika, że dla poprawy sytuacji w genetyce klinicznej należy:

- umieścić genetykę kliniczną na liście specjalizacji priorytetowych;
- jak najszybciej powołać OECR (Ośrodki Ekspertkie Chorób Rzadkich) genetyczne i kliniczne
- znieść w poradni genetycznej wymóg corocznego zwiększenia wizyt pierwszorazowych w stosunku do wizyt kolejnych;
- wyżej wycenić konsultacje genetyczne;
- wprowadzić telekonsylia i telekonsultacje z udziałem genetyka klinicznego;
- utworzyć specjalizację: pielęgniarstwo genetyczne z delegowaniem na pielęgniarki genetyczne części kompetencji genetyka klinicznego;
- pilnie przygotować i przyjąć ustawę o genetyce medycznej.

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=10969s



Współpraca lekarza, psychologa i protetyka w diagnostyce i rehabilitacji pacjentów z szumami usznymi

Panel Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Moderator: dr hab. Danuta Raj-Koziak, prof. IFPS

Uczestnicy: dr Katarzyna B. Cywka, dr Małgorzata Fludra, dr Anna Ratuszniak, Izabela Sarnicka, Jakub Waraczewski

W panelu dyskusyjnym przedstawiono aktualne podejście do diagnostyki i terapii szumów usznych w oparciu o europejskie i światowe rekomendacje. Poszczególni specjaliści i terapeuci zaangażowani w proces diagnostyki, leczenia i terapii szumów przedstawili swoje role podczas procesu diagnostycznego i terapeutycznego pacjenta z szumami usznymi.

Celem terapii szumów usznych przewlekłych jest zmniejszenie uciążliwości szumów usznych i efekt ten osiąga się poprzez interdyscyplinarne działanie różnych specjalistów, gdzie oprócz współpracy lekarza otolaryngologa czy audiologa z psychologiem i audioprotetykiem może być również potrzebna współpraca z fizjoterapeutą, stomatologiem, neurologiem czy neurochirurgiem.

Rekomendacje:

1. Szumy uszne stanowią problem wymagający kompleksowego podejścia

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=14567s

- Model współpracy interdyscyplinarnej zakłada spełnienie poszczególnych ról w procesie diagnostyki i terapii pacjenta z szumami usznymi, w którym:
 - lekarz diagnozuje, proponuje terapie, monitoruje efekty leczenia;
 - psycholog: łagodzi reakcje emocjonalne i uczy radzenia sobie z szumami usznymi;
 - audioprotetyk dobiera aparaty słuchowe, konfiguruje urządzenia do terapii dźwiękiem.
2. Współpraca lekarza, psychologa i protetyka zwiększa skuteczność terapii i poprawia jakość życia pacjenta.
 3. Interdyscyplinarność w podejściu do problemu szumów usznych powinna stanowić standard nowoczesnej opieki.



Zdrowie w praktyce: wyzwania i perspektywy współczesnej edukacji zdrowotnej

Moderator: dr hab. Elżbieta Gos

Uczestnicy: dr Natalia Czajka, dr Paulina Metelska, red. Wiktor Niedzicki, dr hab. Elżbieta Włodarczyk, prof. IFPS

Dyskusja objęła kluczowe wyzwania oraz dobre praktyki współczesnej edukacji zdrowotnej. Podkreślono szczególne potrzeby edukacyjne osób z implantami słuchowymi – zwłaszcza dzieci i ich rodzin – obejmujące zarówno przygotowanie do procesu rehabilitacji,

jak i wzmocnienie kompetencji komunikacyjnych w codziennym życiu. Zwrócono również uwagę na działania edukacyjne towarzyszące powszechnym badaniom przesiewowym słuchu wśród dzieci w wieku szkolnym, które obejmują zarówno same dzieci, jak

i ich rodziców, opiekunów oraz nauczycieli, podkreślając rolę środowiska szkolnego w profilaktyce zdrowia słuchu.

Interesująco zaprezentowano założenia programu „6–10–14 dla Zdrowia”, ukierunkowanego na zmianę zachowań zdrowotnych dzieci z nadmierną masą ciała oraz ich rodzin. Program akcentuje znaczenie edukacji opartej na praktycznych działaniach, takich jak wspólne przygotowywanie posiłków czy zachęcanie do codziennej aktywności fizycznej.

Panel wzbogaciły krótkie pokazy eksperymentów naukowych wykonane na żywo przez red. Wiktora Niedzickiego, które unaocznily, jak atrakcyjnie i przystępnie prezentować treści zdrowotne, aby skutecznie angażować odbiorców w różnym wieku.

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=21767s



Udział farmaceuty klinicznego w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych (*adherence*)

Moderator: prof. Anna Wiela-Hojeńska

Uczestnicy: dr Olga Fedorowicz, dr Beata Sienkiewicz-Oleszkiewicz, Kamila Urbańczyk

Uczestnicy debaty zwracali uwagę na istotną rolę, jaką w poprawie *adherence* mogą odegrać farmaceuci, zwłaszcza farmaceuci kliniczni.

Dr Olga Fedorowicz podkreśliła, że nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów pozostaje jednym z istotniejszych wyzwań współczesnej farmacji klinicznej. Nawet najwyższej jakości farmakoterapia nie przynosi oczekiwanych rezultatów, jeśli pacjent nie stosuje leków zgodnie z zaleceniami. *Adherence* – ogólne przestrzeganie terapii – obejmuje zarówno *compliance*, czyli właściwe stosowanie leku pod względem dawki i godzin przyjmowania, jak i *persistence*, odnoszące się do kontynuacji leczenia przez wymagany czas. W praktyce oba te elementy często okazują się niewystarczające, co bezpośrednio przekłada się na wyniki terapii, liczbę hospitalizacji oraz ryzyko powikłań.

Przyczyny *non-adherence* bywają złożone i nie wynikają zwykle ze złej woli pacjentów. U osób starszych dominuje niezamierzone niewywiązywanie się

Rekomendacje:

Edukacja zdrowotna powinna być dostosowana do wieku, kompetencji oraz sytuacji życiowej odbiorców. Niezbędna jest ścisła współpraca środowiska medialnego, edukacyjnego i medialnego, aby zapewnić spójność i większy zasięg działań. Nowoczesne narzędzia i formy multimedialne powinny być stałym elementem edukacji, ponieważ zwiększają jej atrakcyjność i skuteczność. Skuteczna i trwała zmiana zachowań zdrowotnych wymaga aktywnego zaangażowania rodzin, nauczycieli oraz całego środowiska szkolnego.

odgrywają także czynniki socjoekonomiczne, takie jak ograniczone środki finansowe czy też brak wsparcia ze strony bliskich. Wreszcie, subiektywne przekonania pacjentów – np. że ustąpienie objawów oznacza możliwość przerwania leczenia – mogą prowadzić do niespójnych działań i niekorzystnych decyzji terapeutycznych.

W tym kontekście niezwykle istotna staje się rola farmaceuty klinicznego, którego kompetencje pozwalają na kompleksowe wsparcie pacjenta na każdym etapie leczenia. Fundamentalnym elementem jest rzetelnie przeprowadzony wywiad farmaceutyczny, pozwalający na zrozumienie potrzeb edukacyjnych, preferencji pacjenta oraz charakteru trudności, z jakimi mierzy się on podczas terapii. Farmaceuta może podejmować działania optymalizujące plan leczenia poprzez upraszczanie schematów dawkowania, dostosowywanie form leku do możliwości pacjenta czy wsparcie w zakresie identyfikacji i monitorowania działań niepożądanych. Odpowiednio prowadzona edukacja – oparta na języku prostym, zrozumiałym i dostosowanym do możliwości poznawczych pacjenta – umożliwi wzmocnienie jego kompetencji terapeutycznych. Dodatkowo narzędzia, takie jak przegląd lekowy czy usługa Nowy Lek, wspierają skuteczne i bezpieczne prowadzenie terapii.

W rezultacie farmaceuta kliniczny ma realny wpływ na poprawę przestrzegania zaleceń, a tym samym na efektywność i bezpieczeństwo leczenia.

Dr Beata Sienkiewicz-Oleszkiewicz stwierdziła, że farmaceuci pracujący w aptekach ogólnodostępnych również mogą odegrać kluczową rolę w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych poprzez identyfikację przyczyn braku lub trudności z adherencją, interwencje podejmowane w kontaktach bezpośrednich, edukację, aktywną współpracę oraz promowanie i kształtowanie pozytywnych nawyków pacjentów. Podkreśliła ona jednocześnie wagę unikalnej relacji osób korzystających, często latami, z tych samych aptek ogólnodostępnych z farmaceutami w nich zatrudnionymi, upatrując w tym potencjał do wykorzystania zaufania i szacunku pacjentów w celu promowania przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Mgr Kamila Urbańczyk podkreśliła, że zarówno opieka farmaceutyczna, jak i usługi farmacji klinicznej w sposób systemowy odpowiadają na problem adherencji pacjentów do zaleceń terapeutycznych. Zwróciła uwagę, że w Polsce istnieją już solidne podstawy legislacyjne do realizacji tych działań – zarówno

w ustawie o zawodzie farmaceuty, jak i w dokumentach i raportach ministerialnych precyzujących zakres możliwych interwencji farmaceutów w szpitalach i aptekach. Mimo to kluczowym wyzwaniem pozostaje brak realnej implementacji tych rozwiązań w praktyce, co skutkuje niewykorzystaniem potencjału farmaceutów w procesie opieki nad pacjentem.

W kontekście aktualnych działań mgr Kamila Urbańczyk wskazała na powołanie Parlamentarnego Zespołu ds. Adherencji kierowanego przez senator Beatę Matecką-Liberę, w ramach którego wypracowane są rozwiązania systemowe w trzech obszarach: edukacji, technologii oraz rozszerzania kompetencji zawodów medycznych. Szczególny nacisk położono na wdrożenie konkretnych usług farmaceutycznych – takich jak przeglądy lekowe, koncyliacje, edukacja pacjentów czy usługa Nowy Lek – realizowanych zarówno w szpitalach, jak i aptekach ogólnodostępnych, a także na rozwój współpracy interdyscyplinarnej z lekarzami POZ. Prace zespołu dają duże nadzieje na systemowe i trwałe włączenie farmaceutów w działania wspierające adherencję.

Rekomendacje:

1. Dotyczące udziału farmaceutów, w tym farmaceutów klinicznych w poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych:
 - 1.1. Pilna implementacja istniejących regulacji dotyczących opieki farmaceutycznej i farmacji klinicznej.
 - 1.2. Systemowa edukacja w zakresie adherencji – od poziomu szkolnego po programy studiów medycznych.
 - 1.3. Wykorzystanie narzędzi cyfrowych (e-recepta, IKP) do wspierania pacjentów i profesjonalistów.
 - 1.4. Wdrożenie konkretnych usług farmacji klinicznej i opieki farmaceutycznej (m.in. przeglądy lekowe, koncyliacje, edukacja pacjenta, usługa nowego leku).
 - 1.5. Wzmocnienie współpracy interprofesjonalnej.
2. Włączenie farmaceutów aptek ogólnodostępnych w proces poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych:
 - 2.1. Wzmocnienie roli oraz działań na rzecz rozwoju usług opieki farmaceutycznej w aptekach ogólnodostępnych.
3. Zalecenia dla pacjenta sprzyjające poprawie *adherence*:

- 3.1. Przyjmuj leki dokładnie tak, jak zalecił lekarz lub farmaceuta – w odpowiedniej dawce i o wskazanych porach.
- 3.2. Jeśli chorujesz na chorobę przewlekłą, nie przerywaj terapii samodzielnie, nawet jeśli poczujesz poprawę. Twoje leki wymagają regularnego stosowania.
- 3.3. Pytaj o wszystko, co jest dla Ciebie niezrozumiałe – cel terapii, sposób działania leku oraz o to, jakie objawy powinny Cię zaniepokoić.
- 3.4. Zgłaszaj wszystkie działania niepożądane – farmaceuta pomoże ocenić, które wymagają reakcji, a które można obserwować.
- 3.5. Ułatw sobie organizację leczenia – korzystaj z pudełek na leki, aplikacji przypominających, harmonogramów dawkowania.
- 3.6. Informuj o trudnościach – np. problemach z połykaniem, otwieraniem opakowań, myleniem leków czy dostępnością preparatów.
- 3.7. Zawsze pokazuj farmaceucie lub lekarzowi aktualną listę wszystkich przyjmowanych leków, także tych dostępnych bez recepty i suplementów.
- 3.8. Regularnie korzystaj z usług farmaceutycznych, takich jak przegląd lekowy czy konsultacje dotyczące nowych leków.
- 3.9. Nie zmieniaj leku na odpowiednik bez konsultacji, jeśli masz wątpliwości lub trudność z rozpoznaniem opakowań.
- 3.10. Dbaj o systematyczność – postaraj się przyjmować leki o stałych porach i łączyć je z codziennymi nawykami, aby łatwiej o nich pamiętać.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=ybgycg0mtCl&t=4012s>



Choroby alergiczne w 2025 roku

Uczestnicy: prof. Radostaw Gawlik, prof. Karina Jahnz-Różyk, prof. Marek Jutel

Prof. Karina Jahnz-Różyk

Alergologia w 2025 roku

- Szacuje się, że na choroby alergiczne cierpi około 30–40% populacji Polski, przy czym szczególnie dynamiczny wzrost obserwuje się w populacji dzieci i młodzieży,
- liczba specjalistów alergologów jest aktualnie wystarczająca, przekracza 1500 lekarzy,
- dostęp do terapii, w tym alergenowej immunoterapii swoistej, jest na dobrym poziomie, zwłaszcza po pozytywnych decyzjach refundacyjnych w 2024 i 2025 roku,
- zapewniony jest dostęp do leczenia innowacyjnego w ramach programów lekowych – leczenia astmy ciężkiej (aktualnie 4664 pacjentów leczonych), pokrzywki (aktualnie 1300 pacjentów leczonych), atopowego zapalenia skóry (aktualnie leczonych 2019 pacjentów) i obrzęku naczynioruchowego (aktualnie leczonych 67 pacjentów),
- obserwuje się nierównomierne rozmieszczenie poradni alergologicznych (większość znajduje się w dużych miastach),
- kolejki do poradni specjalistycznych,
- brak centralnego rejestru chorób alergicznych,
- niedostateczna współpraca pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a specjalistami,
- poziom świadomości społecznej w zakresie chorób alergicznych pozostaje niewystarczający, brakuje także programów edukacyjnych skierowanych do dzieci, młodzieży i ich opiekunów.

Cele strategiczne

- Zapewnienie równego i szybkiego dostępu do diagnostyki oraz leczenia chorób alergicznych.
- Zwiększenie dostępności do alergenowej immunoterapii swoistej dla pacjentów spełniających

kryteria kliniczne, w powiązaniu z monitorowaniem skuteczności i bezpieczeństwa terapii.

- Poszerzenie populacji leczonej w programach lekowych także o pacjentów z mniej zaawansowanymi postaciami choroby zgodnie z zasadami EBM (evidence based medicine).
- Wzmocnienie kadry medycznej poprzez szkolenia oraz utrzymanie liczby specjalistów w dziedzinie alergologii na aktualnym poziomie (należy

uwzględnić wpływ z systemu lekarzy emerytowanych).

- Utworzenie i wdrożenie Krajowego Rejestru Chorób Alergicznych.
- Podniesienie świadomości społecznej w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób alergicznych.
- Integracja opieki nad pacjentem alergologicznym z innymi dziedzinami medycyny.

Prof. Radosław Gawlik

Alergologia w 2025 – spojrzenie prezydenta PTA

Alergologia to specjalizacja zajmująca się chorobami, które łączy ze sobą patomechanizm rozwoju oparty na mechanizmach immunologicznych, a których manifestacja jest wielce różnorodna, znajdując swoje miejsce w obszarze dermatologii, chorób wewnętrznych, laryngologii, pulmonologii, reumatologii. Niezwykle istotne jest leczenie i diagnostyka anafilaksji, obrzęków naczynioruchowych i nadwrażliwość na leki (bardzo powszechna i obecna

w każdej specjalności medycznej). W ramach przyczynowego leczenia powszechnie stosujemy immunoterapie alergenową, pozwalającą nawet na całkowite wyleczenie choroby. Mając na uwadze wspólny mechanizm immunologiczny zapalenia typu T2, prowadzimy od wielu lat we współpracy z dermatologami, pulmonologami, laryngologami, reumatologami nowoczesne leczenie biologiczne chorych w ramach programów lekowych.

Prof. Marek Jutel

Nowoczesne podejście do terapii alergii i astmy – perspektywa 2025

Współczesne leczenie chorób alergicznych i astmy opiera się na coraz lepszym zrozumieniu mechanizmów nadwrażliwości oraz ich implikacji klinicznych. Immunoterapia alergenowa (AIT) i leczenie biologiczne stanowią odrębne strategie terapeutyczne, choć AIT bywa często zaliczana do terapii biologicznych. Jej unikalność polega na działaniu na wyższym poziomie regulacji immunologicznej poprzez aktywację limfocytów regulatorowych Treg, odpowiedzialnych za indukcję tolerancji immunologicznej, co umożliwia długofalową modyfikację przebiegu choroby, a niekiedy trwałe wyleczenie. Znaczenie tego mechanizmu zostało dodatkowo podkreślone przez przyznanie Nagrody Nobla za badania nad tolerancją immunologiczną. Dzięki zaangażowaniu konsultant krajowej prof. Kariny Jahnz-Różyk oraz działaniom całego środowiska alergologów terapie biologiczne są obecnie dostępne w Polsce dla pacjentów zgodnie z aktualnymi wskazaniami klinicznymi.

Nowa klasyfikacja reakcji nadwrażliwości opublikowana przez EAACI w 2023 roku redefiniuje klasyczne rozumienie reakcji nadwrażliwości,

wykraczając poza schemat Gella i Coombsa. Uwzględnia ona kluczową rolę bariery nabłonkowej, bezpośredni wpływ czynników środowiskowych oraz zaburzeń metabolicznych na funkcjonowanie układu odpornościowego. Istotnym uzupełnieniem tego podejścia jest opublikowanie przez EAACI pierwszych w historii wytycznych (EAACI Guidelines on Environmental Science for Allergy and Asthma, 2025) poświęconych wpływowi czynników środowiskowych na rozwój i przebieg alergii oraz astmy. Dokument ten podkreśla konieczność integracji danych dotyczących zanieczyszczeń powietrza z codzienną praktyką kliniczną i otwiera nowy rozdział w profilaktyce, diagnostyce i personalizacji leczenia chorób alergicznych.

W posumowaniu można stwierdzić, że integracja nowego rozumienia mechanizmów reakcji nadwrażliwości z praktyką kliniczną, dostępnością terapii biologicznych i immunoterapii alergenowej oraz uwzględnieniem czynników środowiskowych pozwala na bardziej spersonalizowane i skuteczne

leczenie chorób alergicznych i astmy w Polsce, jednocześnie otwierając nowe możliwości profilaktyki

i modyfikacji przebiegu choroby na poziomie populacyjnym.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=ybgycg0mtCl&t=9596s>



Postępy w diagnostyce i leczeniu raka płuca

Moderator: prof. Witold Rzyman

Uczestnicy: prof. Rafał Dziadziuszko, prof. Edyta Szurowska

Rak płuca pozostaje w Polsce i na świecie jedną z głównych przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych, głównie z uwagi na późne wykrycie choroby. Rozwój programów badań przesiewowych, dynamiczny postęp w diagnostyce molekularnej oraz koncepcja zintegrowanych jednostek opieki – Lung Cancer Units – stanowią kluczowe elementy poprawy wyników leczenia pacjentów z tym nowotworem.

Badania przesiewowe raka płuca

Wczesne wykrywanie raka płuca jest jednym z największych wyzwań współczesnej onkologii. Liczne badania kliniczne, zwłaszcza amerykańskie NLST oraz europejskie NELSON, wykazały, że niskodawkowa tomografia komputerowa (NDTK) pozwala na istotne zmniejszenie śmiertelności z powodu raka

płuca w populacjach wysokiego ryzyka – przede wszystkim u osób przewlekle palących tytoń. Wdrożenie programu przesiewowego w Polsce, finansowanego w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, stanowi ważny krok w kierunku poprawy wczesnej diagnostyki.

Panel podkreślał, że skuteczny screening wymaga nie tylko dostępności badań, lecz także właściwej kwalifikacji pacjentów, połączenia diagnostyki obrazowej z edukacją antynikotynową oraz ścisłej współpracy ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej z ośrodkami pulmonologicznymi i onkologicznymi. Istotne jest także zapewnienie jednolitych standardów raportowania wyników LDCT oraz systematycznej weryfikacji zmian podejrzanych w dalszej diagnostyce.

Leczenie ukierunkowane molekularnie raka płuca

Znaczący postęp w rozumieniu biologii raka płuca doprowadził do wyodrębnienia licznych podtypów molekularnych choroby. W niedrobnokomórkowym raku płuca (NDRP) coraz częściej stosuje się terapię dostosowaną do konkretnego zaburzenia genetycznego, takiego jak mutacje EGFR, rearanżacje ALK, ROS1, RET, MET lub NTRK, a także mutacje BRAF czy KRAS G12C. Terapie ukierunkowane w sposób istotny poprawiły wyniki leczenia, wydłużając przeżycie i poprawiając jakość życia chorych.

Ważnym elementem dyskusji była rola kompleksowej diagnostyki molekularnej opartej na badaniu NGS (Next Generation Sequencing), umożliwiającej wykrycie wielu zmian genetycznych jednocześnie i racjonalne dobieranie terapii. Panel zwrócił uwagę, że pełne wykorzystanie potencjału leczenia personalizowanego wymaga skrócenia czasu od pobrania

materiału biopsyjnego do uzyskania wyniku molekularnego, a także ścisłej współpracy patologów, biologów molekularnych i klinicystów.

Lung Cancer Unit – kompleksowa opieka nad pacjentem

Nowoczesna opieka nad chorym z rakiem płuca powinna być realizowana w wyspecjalizowanych ośrodkach wielodyscyplinarnych, tzw. Lung Cancer Units. Model ten zakłada zebranie zespołu ekspertów – pulmonologa, torakochirurga, onkologa klinicznego, radioterapeuty, patomorfologa, radiologa, psychologa i rehabilitanta – którzy wspólnie planują diagnostykę i leczenie każdego pacjenta. Takie zintegrowane podejście skraca ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną, poprawia koordynację działań i efektywność leczenia.

Wdrażanie Lung Cancer Units w Polsce wpisuje się w szerszą strategię onkologii koordynowanej, zmierzającą do zapewnienia pacjentom dostępu do nowoczesnej diagnostyki, terapii systemowych oraz wsparcia w okresie leczenia i rehabilitacji.

Podsumowanie:

Panel jednoznacznie wskazał, że poprawa wyników leczenia raka płuca wymaga synergii trzech elementów:

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=ybgycg0mtCI&t=15240s>



skutecznych badań przesiewowych opartych na LDCT, pełnej diagnostyki molekularnej pozwalającej na dobór terapii celowanych oraz organizacji opieki w modelu Lung Cancer Unit. Tylko współdziałanie tych elementów może przyczynić się do znaczącej redukcji umieralności na raka płuca i poprawy jakości opieki onkologicznej w Polsce.

Czy możemy zapobiegać występowaniu chorób neurologicznych u dzieci

Panel pod patronatem Komitetu Nauk Neurologicznych PAN

Uczestnicy: prof. Maria Mazurkiewicz-Betdzińska, prof. Ewa Pilarska

Prof. Ewa Pilarska

Czy możemy zapobiegać chorobom układu nerwowego u dzieci – na przykładzie wybranych chorób

Prawidłowy rozwój psychoruchowy dziecka wyższych czynności nerwowych zależy od wielu czynników: prawidłowego dojrzewania określonych struktur ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza kory mózgowej. Czynniki możemy podzielić na te działające ze strony matki: choroby somatyczne matki, stałe przyjmowanie leków, narażenie na promieniowanie rtg, palenie papierosów i picie alkoholu, zakażenia w czasie ciąży, wibracje, hałas, ultradźwięki, złe warunki socjalno-bytowe, obciążający wywiad ginekologiczno-położniczy, związane z przebiegiem ciąży, i te działające w okresie noworodkowym. Na niektóre z nich mamy wpływ i można im zapobiec, zwłaszcza picie alkoholu w czasie ciąży, palenie papierosów, stosowanie niewłaściwej diety czy stosowanie leków, zażywanie narkotyków, które mogą być szkodliwe dla płodu.

Większość z nich powoduje nieprawidłowy rozwój ruchowy, intelektualny w tym szczególnie mowy. Na prawidłowy rozwój małego dziecka ma niewątpliwie wpływ braku sposobności mówienia, co najczęściej

spowodowane jest nadmiernym korzystaniem z elektroniki (komputer, laptop – bajki, gry).

Najczęstszym i najpoważniejszym zaburzeniem ruchowym jest mózgowe porażenie dziecięce – niepostępujące, ale i nieodwracalne zaburzenie ruchu i postawy.

Innymi obserwowanymi nieprawidłowościami są zaburzenia koncentracji, emocjonalne, nadpobudliwość psychoruchowa, zaburzenia analizatora słuchowego, wzrokowego

Nadużywanie alkoholu w czasie ciąży jest przede wszystkim powodem Zespołu FAS – Płodowego Zespołu Alkoholowego. Dziecko z FAS ma widoczne charakterystyczne cechy fizyczne, w przyszłości niski iloraz inteligencji, trudności szkolne. Cechy fizyczne – mały obwód głowy, zmiany w budowie twarzy. Do cech psychicznych należą zaburzenia uwagi i koncentracji, opóźnienie rozwoju mowy, trudności w kontaktach społecznych.

Ogromne znaczenie w zapobieganiu wielu chorobom, w tym związanych z układem nerwowym,

mają szczepienia ochronne. Szczepienia ochronne to jedno z najważniejszych działań profilaktycznych, które pomagają chronić dzieci przed groźnymi chorobami zakaźnymi. Regularne szczepienia nie tylko zabezpieczają zdrowie dziecka, ale przyczyniają się również do budowania odporności zbiorowej społeczeństwa. Dzięki szczepieniom przeciw śwince, polio – chorobie Heinego-Medina, różyczce można uniknąć takich powikłań wywołanych tymi chorobami jak zapalenie mózgu, trwałe porażenia mięśni, ślepotą wynikająca z zapalenia nerwów wzrokowych, wodogłowie, zaćma, jaskra.

Jedną z najczęstszych dolegliwości w okresie dziecięcym są bóle głowy typu napięciowego, obserwowane w 54,5% populacji dziecięcej. Na występowanie tego rodzaju bólów głowy duży wpływ mają czynniki atmosferyczne: wysoka temperatura, duża wilgotność, zmiany ciśnienia atmosferycznego, zanieczyszczenie powietrza. Nie bez znaczenia jest stały hałas – nieustanna emisja dźwięków w otoczeniu, brak wystarczającej ilości snu, na co ma wpływ między innymi uzależnienie od elektroniki, długi kontakt z komputerem, komórką. Niewłaściwe, nieregularne posiłki, przemęczenie nauką. Źródłami stresu są konflikty rodzinne, konflikty z rówieśnikami, problemy szkolne (presja na sukces, lęk przed porażką).

Prof. Maria Mazurkiewicz-Betdzińska

Syndrom dziecka niezgrabnego, czyli kiedy trzeba niepokoić się niezdarą

Przebieg rozwoju dziecka zależny jest od prawidłowego dojrzewania biologicznego struktury i funkcji układu nerwowego.

Każde dziecko przechodzi przez następujące po sobie stadia rozwoju zarówno ruchowego, jak i funkcjonowania społecznego, poznawczego, emocjonalnego.

Dla każdego z nich istnieją określone przedziały czasowe, w których dziecko musi się zmieścić, aby stwierdzić, że jego rozwój jest prawidłowy. Dla oceny rozwoju ruchowego dziecka istnieją wzorce rozwoju wykorzystywane w różnym okresie jego życia, zwłaszcza w okresie niemowlęcym.

Rozwój ruchowy uwarunkowany jest prawidłową budową i czynnością układu ruchu oraz sterującym wpływem układu nerwowego. Główną rolę odgrywa tu prawidłowa budowa i czynność układu

Udar niedokrwienny mózgu występuje u dzieci znacznie rzadziej niż u osób dorosłych, ale tak jak w przypadku osób dorosłych może prowadzić do trwałych zaburzeń ruchowych, mowy czy zaburzeń intelektualnych. U dzieci udar notowany jest z częstością 2,5 do 8 przypadków na 100 000 osób populacji dziecięcej/rok. Przyczyny/czynniki ryzyka udaru niedokrwiennego są bardzo różne. Są to choroby serca, zaburzenia układu krzepnięcia, choroby metaboliczne, uwarunkowane genetycznie, choroby tkanki łącznej, nieprawidłowości w budowie naczyń mózgowych. Wśród czynników doprowadzających do wystąpienia udaru są takie, na który mamy wpływ – są to czynniki modyfikowalne: palenie papierosów, narkotyki (amfetamina, kokaina), ale także niewłaściwa dieta prowadząca do hipercholesterolemii, otyłość często niezwiązana z dietą, wynikająca z braku ruchu. Te czynniki możemy zmienić, to zadanie dla rodziców, zwłaszcza jeżeli w rodzinie były przypadki udaru mózgu. Konieczne jest szerzenie wiedzy wśród lekarzy, ratowników medycznych, ale i społeczeństwa, że udary występują u dzieci. Ważne jest te rozpropagowanie hasła „Czas to mózg” oraz „Strata czasu to strata mózgu”, które również odnoszą się do populacji dziecięcej, bo szybkie rozpoznanie to szybkie wdrożenie leczenia i poprawa rokowania.

kostno-stawowego i mięśniowego, kręgosłupa, tułowia i kończyn, zwłaszcza stóp. O przebiegu rozwoju motorycznego decydują też czynniki genetyczne oraz wpływy zewnętrzne – środowiskowe. Ruch odgrywa ogromną rolę w życiu każdego dziecka. Stymuluje rozwój poznawczy i społeczno-emocjonalny dziecka. Z obserwacji wynika, że częściej zwraca się uwagę na rozwój ruchowy w pierwszych dwóch latach życia, potem raczej określa się dziecko jako samodzielne i ogólnie „stabsze” od rówieśników.

Rodzice zwykle oceniają rozwój swojego dziecka, porównując go z rozwojem dziecka znajomego, opisem dostępnym w mediach. Ta ocena nie zawsze jest słuszna i prawdziwa, bowiem każde z dzieci posiada swoje zdolności, swój potencjał i nie zawsze jest w stanie osiągnąć umiejętności, które zadowolą ich rodziców.

W medycynie istnieje określenie „dziecko niezgrabne”, „Clumsy child” obecnie używane – Developmental Coordination Disorder (rozwojowe zaburzenia koordynacji).

Kryteria diagnostyczne to:

Wykonywanie czynności codziennych, które wymagają koordynacji, jest znacznie poniżej oczekiwań w stosunku do wieku, np. opóźnienie w osiągnięciu „kroków milowych”, upuszczanie przedmiotów, słabe wykonywanie ćwiczeń fizycznych, słabe pisanie itd. Niskie IQ.

Uważa się, że 5–6% dzieci ma cechy tego zespołu. Znajomość tych problemów może przyczynić się do zrozumienia „gorszego” wykonywania pewnych czynności przez dziecko, a jednocześnie, w jaki sposób możemy mu pomóc, aby uniknąć negatywnego wpływu tych zaburzeń na psychikę dziecka: m.in. brak pewności siebie i niska samoocena dziecka, postawa unikająca, wycofanie, smutek, osamotnienie czy depresja.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=ybgycg0mtCI&t=20628s>



Bardzo ważne jest różnicowanie tych zaburzeń z zespołami, w których występują zaburzenia ruchowe: jak mózgowie porażenie dziecięce, dystrofia mięśniowa, rdzeniowy zanik mięśni, należy wziąć także pod uwagę choroby o podłożu genetycznym, metabolicznym, choroby układu kostno-stawowego czy zatrucia, urazy.

Powinniśmy jednak pamiętać, że nie każde dziecko mniej sprawne ruchowo to „niezdara”. Ważna w diagnostyce różnicowej jest znajomość charakterystycznych objawów dla poszczególnych chorób, ich prawidłowe rozpoznanie i zastosowanie właściwego postępowania. W diagnostyce różnicowej ogromne znaczenie ma wywiad zebrany od rodziców, pomocnym może być opinia psychologa, nauczyciela, opiekunki z przedszkola.

Podejście interdyscyplinarne – współpraca neurologa, pediatry, psychiatry, psychologa, rehabilitanta, genetyka pomaga we właściwym rozpoznaniu choroby.

Organizacje zrzeszające pacjentów w ochronie zdrowia – ich rola, znaczenie i wpływ na kształtowanie systemu

Moderator: dr hab. Magdalena B. Skarżyńska

Uczestnicy: Marzanna Bieńkowska, dr Leszek Borkowski, Monika Kaczmarek, Sylwia Żaczek

Głównym zagadnieniem poruszonym podczas panelu były działania organizacji pacjenckich, a także możliwości ich wpływania na system ochrony zdrowia. Dr Leszek Borkowski zauważył, że organizacje zrzeszające pacjentów rosną w siłę, a ich współpraca z systemem ochrony zdrowia zależy w znacznym stopniu od przedstawicieli tego systemu – część urzędników jest bardzo wspierająca, ale innym zdara się marginalizować rolę organizacji pacjenckich.

Pani Marzanna Bieńkowska z Biura Rzecznika Praw Pacjenta zwróciła uwagę na działalność Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, która zrzesza obecnie 150 organizacji. To pozwala organizacjom wpływać na działania polityków. Jednocześnie

ocenila, że na poziomie rządowym niezbędna jest osoba, która byłaby pośrednikiem w kontakcie między rządem a organizacjami zrzeszającymi pacjentów.

Sylwia Żaczek, która jest mamą podopiecznej Fundacji „Słyszę”, podkreśliła, że system ochrony zdrowia jest niezwykle ważny i nie da się go zastąpić, jednak organizacje pacjenckie mają szczególne znaczenie dla osób chorych oraz ich rodziców. Jak wyjaśniła – lekarz diagnozuje chorobę, ale z decyzjami „rodzic zostaje sam”. Dlatego doświadczenie innych rodziców i pacjentów zrzeszonych w organizacji pacjenckiej jest nie do przecenienia.

Pani Monika Kaczmarek podjęła temat wpływu organizacji pacjenckich na system ochrony zdrowia.

Jak wyjaśniła, największe organizacje mogą z poziomu zarządów centralnych wpływać na decyzje polityczne, np. brać udział w posiedzeniach komisji sejmowych. Z kolei mniejsze organizacje lub lokalne oddziały mogą to robić na poziomie samorządowym. Ponadto prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków zaznaczyła, że organizacje przede wszystkim wspierają pacjentów. I to daje efekty, bo – wyjaśniła – można rozpoznać, którzy pacjenci są zrzeszeni. Tacy mają większą świadomość na temat choroby i systemu. Ponadto uczestnicy panelu mówili o rosnącym znaczeniu stowarzyszeń, fundacji i zrzeszeń oraz o ich wpływie na decyzje polityczne.

Link do nagrania:

https://youtu.be/hS_uahm26LM?t=3631

Zgodzili się, że najważniejszym zadaniem organizacji pacjenckich jest:

1. Wspieranie chorych oraz ich najbliższego otoczenia nie tylko pod względem finansowym, ale również poprzez przekazywanie wiarygodnych informacji, możliwość kontaktu z innymi osobami dotkniętymi podobnym problemem zdrowotnym.
2. Działania edukacyjne oraz uświadamiające społeczeństwo na temat profilaktyki różnych chorób.

Aby to wszystko mogło być możliwe, ważna jest również współpraca z organami oraz instytucjami państwowymi i decydentami.



Wczesny dostęp do dźwięków u dzieci z niedosłuchem – dlaczego czas ma kluczowe znaczenie?

Panel Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Moderator: dr Anna Ratuszniak

Uczestnicy: dr Katarzyna B. Cywka, prof. Artur Lorens, dr hab. inż. Anita Obrycka, dr hab. Elżbieta Włodarczyk, prof. IFPS, dr hab. inż. Tomasz Wolak, prof. IFPS

Według danych literaturowych ok. 1–2 na 1000 dzieci rodzi się ze znacznym/głębokim ubytkiem słuchu. Chociaż niedosłuch może mieć różną etiologię, typ, stopień oraz wymagać różnej interwencji, w każdym przypadku czas – od wykrycia niedosłuchu do zapewnienia dostępu do dźwięków – ma zasadnicze znaczenie dla rozwoju dziecka, w tym rozwoju mowy, funkcji poznawczych, emocjonalnych i społecznych. Tym samym wczesne wykrycie niedosłuchu i szybka interwencja mają realny wpływ na przyszłość dziecka, jego samodzielność, edukację, relacje społeczne i jakość życia.

Kluczowe zagadnienia poruszane przez panelistów:

- Z neurofizjologicznego punktu widzenia pierwsze lata życia są kluczowe dla kształtowania zdolności słuchowych i językowych. Mózg w tym czasie intensywnie tworzy połączenia

nerwowe, a proces ten istotnie zależy od dostępu do dźwięków. Szybkie zapewnienie stymulacji dźwiękowej (poprzez aparaty słuchowe lub implanty) umożliwi prawidłowe kształtowanie się połączeń neuronalnych w mózgu i jest istotny od pierwszych miesięcy życia, maksymalizując szanse na rozwój mowy i zdolności komunikacji.

- Ważność badań przesiewowych i diagnostyki audiologicznej. Celem badań przesiewowych słuchu u noworodków jest wczesne wykrycie zaburzeń słuchu, umożliwiające niezwłoczne skierowanie na pogłębioną diagnostykę oraz wdrożenie odpowiednich działań terapeutycznych w celu zapewnienia optymalnego rozwoju mowy, języka i funkcji poznawczych dziecka. To niezwykle ważny krok, dający pierwsze informacje o potencjalnym ryzyku związanym z obecnością niedosłuchu. Dalsza, dokładna i czuła diagnostyka,

obejmująca odpowiednie do wieku dziecka badania pozwalające określić typ i wielkość ubytku słuchu, umożliwia szybkie podjęcie odpowiedniej interwencji.

- Aparaty słuchowe oraz implanty ślimakowe są kluczowymi narzędziami zapewniającymi dziecku z niedosłuchem dostęp do dźwięków w krytycznym okresie rozwoju mózgu. Nie tylko szybkie rozpoznanie niedosłuchu nabiera istotnego znaczenia, ale również czas wdrożenia odpowiedniego rozwiązania technologicznego. To bowiem decyduje o efektach rozwoju mowy, języka i komunikacji. W przypadku zdiagnozowanego niedosłuchu aparaty słuchowe powinny być stosowane u dzieci możliwie jak najwcześniej. Kluczowe znaczenie ma ich precyzyjne dopasowanie, regularna kontrola oraz współpraca lekarza, protetyka słuchu, terapeuty i rodziców. U dzieci z głębokim niedosłuchem skuteczną metodą wspomagania słuchu są implanty ślimakowe. Samo wszczęcie implantu jest elementem kompleksowego procesu terapeutycznego, który musi obejmować intensywną rehabilitację słuchu. W każdym przypadku dobór rozwiązania technologicznego musi uwzględniać stopień i rodzaj niedosłuchu, wiek, potrzeby rozwojowe oraz sytuację rodzinną dziecka. Niezwykle istotne znaczenie odgrywa stałe monitorowanie efektów protezowania i elastyczne dostosowywanie strategii terapeutycznych w miarę rozwoju

dziecka. Wczesna interwencja – zarówno diagnostyczna, jak i terapeutyczna – daje dzieciom z niedosłuchem szansę na osiągnięcie porównywalnych umiejętności językowych i społecznych, jak ich rówieśnicy słyszący prawidłowo.

Specjaliści podkreślają znaczenie:

- usprawniania procesów organizacyjnych i zwiększania dostępu do specjalistów oraz ośrodków diagnostycznych – edukacji rodziców i opiekunów oraz pracowników ochrony zdrowia o wczesnych oznakach niedosłuchu oraz o tym, jak monitorować rozwój mowy i słuchu u dzieci,
- promocji modelu pracy zespołowej – łączącej specjalistów różnych dziedzin – aby diagnoza, protezowanie i terapia były skoordynowane i dostosowane indywidualnie do potrzeb dziecka,
- wdrażania innowacyjnych rozwiązań technologicznych pozwalających na jeszcze lepsze dostosowanie interwencji do potrzeb najmłodszych pacjentów,
- spójnych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych oraz wsparcia dla rodzin dzieci niedosłyszących.

Aby proces diagnozy i terapii był sprawny, spójny i zindywidualizowany, konieczne jest współdziałanie pediatrów, audiologów, protetyków słuchu, logopedów i rodzin. W każdym tym specjalistycznym obszarze w przypadku najmłodszych dzieci czas działania odgrywa niezwykle istotną rolę.

Link do nagrania:

https://youtu.be/hS_uahm26LM?t=7285



Aktywność fizyczna czynnikiem wpływającym na jakość życia osób starszych

Panel Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN

Uczestnicy: dr hab. Joanna Kostka, prof. UMŁ, prof. Elżbieta Miller, prof. Andrzej Ziemia

Dr hab. Joanna Kostka, prof. UMŁ

Niedostateczna aktywność fizyczna seniorów – wyzwanie dla zdrowia publicznego

Zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego udział osób w wieku 60+ w populacji Polski wzrośnie do 37,4% w 2050 roku. Proces ten wiąże się z narastającymi wyzwaniami w zakresie ochrony zdrowia oraz zapewnienia odpowiedniej jakości życia starzejącego się społeczeństwa. Jednym z kluczowych determinantów tzw. zdrowego starzenia się jest utrzymanie odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej w starszym wieku.

Tymczasem poziom aktywności fizycznej polskich seniorów pozostaje niezadowolający i jest wyraźnie niższy niż w krajach Europy Zachodniej, w szczególności w krajach skandynawskich. Stanowi to istotne wyzwanie dla zdrowia publicznego, ponieważ niedostateczna aktywność fizyczna sprzyja rozwojowi chorób przewlekłych, obniża jakość życia oraz prowadzi do wzrostu kosztów opieki zdrowotnej.

Rada Europejska wydała zalecenia dotyczące propagowania prozdrowotnej aktywności fizycznej (HEPA – Health-Enhancing Physical Activity) i monitoruje rozwój polityk w tym zakresie w ramach EU HEPA Monitoring Framework. W latach 2015–2024 poziom wdrożenia polityk wzrósł z 64,7% do 81,8%, co wskazuje na coraz bardziej systemowe podejście państw członkowskich do promocji aktywności fizycznej. Pomimo to dane WHO pokazują, że globalny poziom aktywności fizycznej nie wzrasta, a odsetek dorosłych z niewystarczającą aktywnością fizyczną zwiększył się z 23,4% w 2000 roku do 31,3% w 2022 roku. Wzrost ten dotyczy również osób

w wieku 60 lat i starszych we wszystkich regionach świata i u obu płci.

Szacuje się, że osiągnięcie minimalnych rekomendacji WHO w zakresie aktywności fizycznej mogłoby zapobiec do 2050 roku 11,5 mln nowych przypadków chorób niezakaźnych w Unii Europejskiej, w tym m.in. chorób serca (3,8 mln przypadków), depresji (3,5 mln przypadków), cukrzycy typu 2 (1 mln przypadków) oraz nowotworów (400 tys. przypadków), a potencjalne korzyści ekonomiczne mogłyby sięgać 8 mld euro rocznie.

Poziom aktywności fizycznej polskich seniorów jest szczególnie niski. Zgodnie z danymi EUROSTAT (2019 r.) jedynie 11% osób w wieku 65+ w Polsce deklaruje udział w sporcie lub rekreacyjnej aktywności fizycznej co najmniej raz w tygodniu, przy średniej unijnej wynoszącej 31%. Dane z ogólnopolskiego badania POLSENIOR2 (2018–2019) są nieco bardziej optymistyczne i wskazują, że zalecenia dotyczące aktywności fizycznej realizuje 35,4% seniorów, co wciąż stanowi niezadowolający wynik.

Wyniki te jednoznacznie wskazują na potrzebę wdrażania systematycznych, długofalowych działań promujących aktywność fizyczną osób starszych, realizowanych zarówno na poziomie lokalnym, jak i ogólnokrajowym, zintegrowanych z polityką zdrowotną i społeczną oraz ukierunkowanych na zwiększenie dostępności bezpiecznych, dostosowanych do możliwości seniorów form aktywności fizycznej jako kluczowego elementu wspierania zdrowego i aktywnego starzenia się społeczeństwa.

Prof. Andrzej Ziemba

Aktywność fizyczna – aktywność umysłowa

Starzenie jest związane z postępującym upośledzeniem funkcji organizmu. Dotyczy to także pogorszenia zdolności poznawczych. Podstawowymi czynnikami opóźniającymi te procesy są elementy stylu życia – odpowiednie odżywianie i wysiłek fizyczny. W ostatnich latach pojawiło się wiele badań wykazujących pozytywny wpływ wzmożonej aktywności fizycznej na funkcje poznawcze. Prace te przeprowadzono z zastosowaniem sesji wysiłkowych, programów wzmożonej aktywności ruchowej, z drugiej zaś strony prowadzono badania wieloletnie lub przekrojowe w różnych grupach wiekowych.

Jednym z czynników ryzyka obniżenia funkcji poznawczych jest depresja. W 33 pracach przekrojowych i wieloletnich przebadano ponad 96 000 uczestników w wieku od 18 do 91 lat i wykazano, że 7000 kroków dziennie jest związane z obniżeniem o 31% ryzyka depresji.

Wyniki badań wskazują na dwójaki wpływ wysiłku na funkcje poznawcze. Aktywność fizyczna niezależnie kształtuje wskaźniki metaboliczne (oporność insulinową, obniżenie czynników ryzyka zespołu metabolicznego) i krążeniowe (obniżenie ciśnienia tętniczego krwi i zwiększenie przepływu krwi przez mózg).

Ponadto u osób aktywnych stwierdzono zmniejszenie stężenia cytokin prozapalnych, które uczestniczą w procesach neurodegeneracyjnych oraz zwiększoną produkcję czynników troficznycy: BDNF (czynnik neurotroficzny pochodzenia mózgowego), NGF (czynnik wzrostu nerwów, neurotrofina 3 (NTF3) i NT4/5 (neurotrofina 4/5). Związki te wpływają na wzrost komórek, przeżywanie oraz ich migracje i różnicowanie. Wpływają również na różne układy energetyczne organizmu.

Korzystne skutki aktywności fizycznej obejmują także zmiany anatomiczne, w szczególności pobudzenie neurogenezy i angiogenezy, co prowadzi do lepszego dostarczania tlenu i składników odżywczych. Stwierdzono także zwiększenie ilości istoty szarej w mózgu. Obecnie jest coraz więcej dowodów na to, że do poprawy funkcji poznawczych przyczyniają się spowodowane wysiłkiem zmiany w polepszeniu szlaków komórkowej transdukcji sygnałów i potencjałów synaptycznych.

Podsumowując, zwiększona aktywność fizyczna stanowi główny czynnik poprawiający ogólny stan zdrowia, a w szczególności funkcje poznawcze, zapobiegający depresji i opóźniający procesy neurodegeneracyjne.

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=21925s



Jak parlamentarzyści i instytucje publiczne mogą wspierać promocję profilaktyki zdrowotnej w polskich regionach?

Moderator: Justyna Orłowska

Uczestnicy: dr hab. Elżbieta Gos, Jerzy Meysztowicz, Bolestaw Piecha, Małgorzata Wadzińska

Czy polski system ochrony zdrowia jest gotowy na zmianę paradygmatu – z leczenia chorób na ich zapobieganie? Jak skutecznie angażować samorządy i biznes w promocję zdrowia? Na te pytania odpowiadali uczestnicy panelu zorganizowanego w ramach 7. Kongresu „Zdrowie Polaków”.

Podkreślano, że choć istnieją już narzędzia prawne – takie jak Ustawa o zdrowiu publicznym czy Fundusz Medyczny – największym wyzwaniem pozostaje koordynacja działań i ich wdrażanie. – Oprzyrządowanie prawne jest, ale korzystanie z niego jest kłopotliwe z uwagi na rozproszenie kompetencji między rządem

a samorządami – zauważył poseł Bolesław Piecha, były wiceminister zdrowia. Wskazywał on na potrzebę „przestawienia zwrotnicy” z medycyny naprawczej na system prozdrowotny, sugerując m.in. wprowadzenie obowiązkowych badań przeglądowych w ramach POZ.

Silnie wybrzmiał także głos biznesu. Poseł Jerzy Meysztowicz oraz Małgorzata Wadzińska z Warsaw Enterprise Institute zwracali uwagę, że profilaktyka jest najtańszą formą ochrony zdrowia, co od lat dostrzegają duże korporacje. Postulowano wprowadzenie zachęt dla pracodawców oraz rozwiązań ubezpieczeniowych promujących zdrowy styl życia. Podkreślano, że miejsce pracy – skupiające ok. 60 proc. dorosłych Polaków – jest naturalną przestrzenią do realizacji programów profilaktycznych i edukacji zdrowotnej.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=6006s>



Sztuczna inteligencja w medycynie. Między etyką a prawem

Moderator: red. Marcin Rosołowski

Uczestnicy: Piotr Maciążek, Jan Maciejewski, mec. Hanna Rubaszewska

Rozwój technologii wyprzedza legislację, a sztuczna inteligencja staje się jednym z filarów nowoczesnej medycyny. Jak w tej rzeczywistości zadbać o bezpieczeństwo pacjentów i transparentność procesów? Nad tymi zagadnieniami dyskutowali prawnicy i eksperci rynku zdrowia – Jan Maciejewski, mec. Hanna Rubaszewska oraz Piotr Maciążek.

Punktem wyjścia był unijny „AI Act” regulujący systemy wysokiego ryzyka, do których zaliczono m.in. wyroby medyczne oparte na AI. Mecenas Jan Maciejewski przypomniał, że choć prawo europejskie zostało już przyjęte, polska ustawa wdrażająca te przepisy wciąż jest na etapie prac legislacyjnych. Podkreślał, że niezależnie od stopnia zaawansowania technologii to lekarz podejmuje ostateczną decyzję i ponosi za nią odpowiedzialność, a sztuczna inteligencja powinna pełnić wyłącznie funkcję narzędzia wspierającego.

Mecenas Hanna Rubaszewska zwróciła uwagę na prawo pacjenta do informacji i tzw. objaśnioną zgodę.

O praktycznym wymiarze profilaktyki mówiła dr Elżbieta Gos z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, wskazując na efekty programów przesiewowych słuchu. Kluczowe okazały się mobilne formy działania – przykładem jest Kapsuła Badań Zmysłów, która dociera bezpośrednio do lokalnych społeczności. – Powszechność i wczesna interwencja to fundament. Dziecko zdiagnozowane w pierwszych miesiącach życia ma szansę dogonić rówieśników w rozwoju – podkreślała dr Gos.

W podsumowaniu dyskusji wskazano na potrzebę stworzenia platformy porozumienia między resortami, samorządami i sektorem prywatnym. Jej celem miałyby być lepsza koordynacja działań profilaktycznych, tak aby się nie dublowały, lecz uzupełniały, obejmując szerokie spektrum zagrożeń – od chorób cywilizacyjnych po jakość powietrza.

Zgodnie z nowym Kodeksem etyki lekarskiej pacjent musi wiedzieć, że w jego diagnostyce wykorzystano algorytmy AI. Ważnym wątkiem były też dane wrażliwe – niezbędne do trenowania modeli, a jednocześnie podlegające rygorystycznym wymaganiom RODO. Eksperti wyrażali nadzieję, że w przyszłości udostępnianie zanonimizowanych danych medycznych do celów naukowych będzie traktowane jako swoista forma „daru” na rzecz rozwoju medycyny, porównywalna z dawstwem organów.

Piotr Maciążek, ekspert sektora ochrony zdrowia, studził entuzjazm wobec AI, wskazując, że realne wdrożenia w polskich placówkach publicznych obejmują obecnie zaledwie ok. 5 proc. podmiotów. Zwracał uwagę na problem suwerenności danych – większość modeli AI pochodzi spoza Europy – oraz na rosnące zagrożenie deepfake’ami, w których wykorzystywany jest wizerunek lekarzy do oszukanych reklam.

W podsumowaniu debaty podkreślano, że regulacje prawne i edukacja użytkowników są niezbędne, jednak w procesie leczenia kluczowy pozostanie

„ludzki zdrowy rozsądek”, którego żadna technologia nie jest w stanie zastąpić.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=13344s>



Pozostałe panele ekspertów

Co nowego w profilaktyce i leczeniu nowotworów kobiecego narządu płciowego – wybrane zagadnienie

Moderator: prof. Mariusz Bidziński

Uczestnik: prof. Paweł Blecharz, prof. Andrzej Nowakowski

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=UYKWvCK6TuE&t=3951s>



Choroby rzadkie – Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki

Uczestnicy: prof. Iwona Maroszyńska, prof. Agnieszka Gach, prof. Izabela Michałus, dr Bartosz Polis, dr Ewa Starostecka, prof. Marcin Tkaczyk, prof. Arkadiusz Zygmunt, Kamila Anna Dratkowicz

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=25656s



Fundacja na rzecz Pacjentów z Ataksją Fredreicha

Uczestnicy: Joanna Kostarzewska, Karol i Kacper Nieczaj, Teresa Brzozowska-Nieczaj, Agnieszka Pogorzały, Halina Andrzejewska, Nadia Kurowska, Aleksandra Kurowska

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=20168s>



Farmakoekonomika jako narzędzie racjonalizacji wydatków na leki w systemie ochrony zdrowia

Uczestnicy: prof. Marcin Czech, dr hab. Maciej Niewada

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_Lq0XJE&t=18129s





KONGRES
ZDROWIE
POLAKÓW
2025

WYKŁADY
EKSPERTÓW

Zdrowie publiczne – jak osiągnąć sukces?

Prof. Bolesław Samoliński

Zdrowie publiczne kojarzy się często z kampaniami szczepień, kontrolą jakości wody czy ostrzeganiem przed epidemiami. W praktyce to znacznie szersza dziedzina: obejmuje wszystko, co wpływa na zdrowie populacji – od polityki transportowej i jakości powietrza przez warunki pracy i edukację po dostęp do opieki zdrowotnej. Sukces w zdrowiu publicznym nie polega więc na pojedynczym „projekcie”, ale na trwałej poprawie dobrostanu ludzi, mierzalnej, sprawiedliwej i odpornej na kryzysy. Jak to osiągnąć?

Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania przyczynom utraty zdrowia. Jej praktycznym wymiarem jest polityka prozdrowotna. Oznacza to, iż podstawą działań profilaktycznych, edukacji zdrowotnej, międzyresortowej polityki państwa w sferze społecznej i nie tylko są naukowe podstawy rozumienia przyczyn utraty zdrowia i wskazanie metod zapobiegania tym zjawiskom. Tak więc zdrowie publiczne daje podstawy epidemiologiczne i metodyczne, a polityka zdrowotna korzysta z nich i integruje działania państwa we wszystkich obszarach, które mają znaczenie dla życia w dobrostanie fizycznym i psychicznym społeczeństwa. Czynniki warunkujące zdrowie populacji to tzw. determinanty zdrowia: dochód, warunki mieszkaniowe, edukacja, bezpieczeństwo, środowisko, styl życia, relacje społeczne. Przykładami wpływania na te determinanty są: ograniczanie smogu i poprawa transportu publicznego, wartościowe posiłki w szkołach i miejscach pracy, ale przede wszystkim edukacja wskazująca na istotne znacznie aktywności fizycznej, stosowanie właściwej diety i unikanie używek, np. palenia papierosów czy nadużywania alkoholu. Podstawową metodą stosowaną w zdrowiu publicznym jest edukacja, wsparta także działaniami organizacyjnymi i zabezpieczaniem stosownych środków finansowych do ich wdrożenia.

Profilaktyka to projektowanie systemów, które ułatwiają zdrowe wybory. Najlepiej działają interwencje:

- strukturalne (np. czystsze powietrze, bezpieczne przejścia dla pieszych, podatki i regulacje ograniczające szkodliwe produkty),
- populacyjne (np. szczepienia, przesiewy, programy żywieniowe w szkołach),
- skierowane do grup ryzyka (np. wsparcie dla osób z chorobami przewlekłymi, profilaktyka w miejscu pracy).

Dobre decyzje opierają się na trzech filarach: danych epidemiologicznych, ocenie skuteczności (evidence-based) oraz analizie koszt–efekt. Czasem niewielka, dobrze zaprojektowana zmiana daje większy efekt niż kosztowna kampania informacyjna.

Przykład myślenia „danymi”: jeśli rośnie liczba udarów w danym regionie, warto sprawdzić nie tylko dostęp do neurologii, ale też: kontrolę nadciśnienia w POZ, dostęp do leków, jakość diety, aktywność fizyczną, poziom stresu i czynniki środowiskowe. Znakomitym przykładem tego typu działania jest program wdrożony w Karelii Północnej na terenie Finlandii.

Sukces w zdrowiu publicznym musi być mierzalny i poddawany ewaluacji. Potrzebne są wskaźniki na następujących poziomach:

- Wskaźniki nakładów i procesu (ile osób objęto programem, ile szkoleń zrobiono, jaka była dostępność usług).
- Wskaźniki efektu pośredniego (spadek palenia, lepsza kontrola ciśnienia, wyższy poziom wyszczepienia).
- Wskaźniki efektu zdrowotnego (spadek umieralności, mniej hospitalizacji, wydłużenie życia w zdrowiu, lepsza jakość życia).
- Warto też mierzyć nierówności zdrowotne: czy poprawa dotyczy wszystkich, czy tylko najlepiej sytuowanych. Program, który podnosi średnią, ale pogłębia różnice, trudno nazwać pełnym sukcesem.

Zdrowie publiczne wygrywa albo przegrywa na poziomie zaufania społecznego. W czasach nadmiaru informacji, dezinformacji i zmęczenia kryzysami komunikacja musi być:

- prosta (jasne instrukcje, bez żargonu),
- uczciwa (mówienie o niepewnościach i ograniczeniach),
- spójna (te same przekazy w różnych kanałach),
- empatyczna (zamiast zawstydzania: wspieranie i normalizowanie trudności),
- dopasowana do odbiorcy (inaczej rozmawia się z seniorami, inaczej z nastolatkami, inaczej z rodzicami małych dzieci).

Sukces osiągają strategie, które angażują lokalnych liderów i instytucje zaufania: lekarzy rodzinnych, szkoły, organizacje społeczne, pracodawców, a także społeczności lokalne.

W praktyce ludzie nie rezygnują z profilaktyki, bo „nie chcą”, tylko dlatego, że brakuje czasu, system jest nieintuicyjny, koszty (także pośrednie) są za wysokie, brakuje poczucia sensu lub też wolą żyć w swojej tradycji dotyczącej stylu życia. Dlatego skuteczny system zdrowia publicznego upraszcza ścieżkę pacjenta: dotarcie z informacją prozdrowotną w miejscu edukacji i pracy, pokazanie dobrych praktyk, mobilne punkty badań, dłuższe godziny, przypomnienia za pomocą SMS, integracja usług w jednym miejscu, wsparcie tłumacza, dostępność dla osób z niepełnosprawnościami, ale przede wszystkim edukacja od najmłodszych lat, aby ukształtować postawy na całe życie i zmienić niedobre nawyki na prozdrowotne zachowania.

Sukces w zdrowiu publicznym wymaga przygotowania systemu na szybkie wykrywanie zagrożeń (monitoring), jasnych procedur, rezerw kadrowych i logistycznych, współpracy instytucji, ćwiczeń i symulacji, strategii ochrony grup wrażliwych. Odporność to także zdrowie psychiczne: wsparcie społeczne, redukcja samotności, programy integracyjne społeczności w szkołach i miejscach pracy.

Najlepsze programy nie działają bez ludzi: epidemiologów, edukatorów, analityków danych, specjalistów promocji zdrowia, profilaktyków, pielęgniarek środowiskowych, pracowników socjalnych, liderów lokalnych. Sukces wymaga ciągłego szkolenia, stabilnego finansowania, jasnej odpowiedzialności, kultury uczenia się (ewaluacja, wyciąganie wniosków, korekty).

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=KkrQGNVj08s&t=3644s>



Dobre przywództwo w zdrowiu publicznym to nie tylko zarządzanie, ale też umiejętność łączenia interesariuszy, negocjowania kompromisów i podejmowania decyzji w niepewności. Ale przede wszystkim budowanie autorytetów, które potrafią przekonywać do polityki prozdrowotnej i wdrażania jej.

Podsumowanie:

Sukces w zdrowiu publicznym to połączenie: profilaktyki opartej na dowodach, sprawnej organizacji usług, zaufania społecznego, współpracy międzysektorowej, ciągłego mierzenia efektów oraz troski o równość i odporność systemu, a więc budowanie polityk regionalnych, krajowych i międzynarodowych. Najlepsze strategie nie opierają się na jednorazowych akcjach, lecz na długofalowej polityce: tworzeniu warunków, w których zdrowy wybór jest łatwy, dostępny i naturalny.

Wniosek:

Sukces zaczyna się od współpracy międzysektorowej – zdrowie publiczne musi działać razem z edukacją, samorządem, transportem, polityką społeczną, pracodawcami i mediami, być oparty o naukowe podstawy i sprawdzone pod kątem skuteczności metody działania. Potrzebny jest wieloletni narodowy program w zakresie polityki prozdrowotnej, włączający instytucje centralne, regionalne, szkolnictwo i organizacje pozarządowe. Pamiętajmy, efekty nie będą zależne od wyborczych kampanii, lecz od strategii ponadpartyjnej i perspektywicznej.

Wyzwania współczesnej psychiatrii dorosłych

Prof. Dominika Dudek

Współczesna psychiatria dorosłych mierzy się z gwałtownym wzrostem częstości zaburzeń psychicznych, w szczególności depresji, zaburzeń lękowych, uzależnień i zaburzeń związanych ze stresem. Zjawisko to jest nasilane przez czynniki społeczne i cywilizacyjne, takie jak pandemia COVID-19, kryzysy geopolityczne i ekonomiczne, niepewność jutra, przeciążenie zawodowe, osłabienie więzi społecznych oraz narastające poczucie samotności. Problemy psychiczne stały się jednym z kluczowych zagrożeń zdrowotnych populacji, obejmując znaczną część dorosłych w ciągu życia.

Depresja stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań klinicznych – zarówno ze względu na jej częstość, jak i heterogeniczny obraz kliniczny. Obejmuje ona pełne spektrum nasilenia: od łagodnych i umiarkowanych postaci leczonych ambulatoryjnie po ciężkie, lekooporne zespoły depresyjne wymagające hospitalizacji, często z towarzyszącymi tendencjami samobójczymi lub objawami psychotycznymi. Istotnym problemem jest współchorobowość – zwłaszcza z zaburzeniami lękowymi, chorobami somatycznymi oraz uzależnieniami (m.in. od alkoholu

i benzodiazepin) – która znacząco komplikuje diagnostykę i leczenie.

Rosnącego znaczenia nabierają zaburzenia związane z traumą. Ostra reakcja na stres (PTSD) oraz złożony zespół pourazowy (C-PTSD) często współwystępują z depresją, zaburzeniami lękowymi, uzależnieniami i zachowaniami autoagresywnymi. Długotrwała ekspozycja na przemoc, zagrożenie, wojny czy chroniczny stres prowadzi nie tylko do objawów intruzywnych i unikania, ale także do zaburzeń regulacji emocji, problemów poznawczych, objawów somatyzacyjnych oraz trwałego poczucia zagrożenia i bezradności.

Kolejnym istotnym wyzwaniem są samobójstwa i zachowania autoagresywne, które pozostają jedną z głównych przyczyn przedwczesnej śmierci, zwłaszcza w młodszych grupach wiekowych. Pomimo pierwszych oznak poprawy związanych z działaniami prewencyjnymi i wzrostem świadomości społecznej skala problemu nadal wymaga systemowych, długofalowych strategii profilaktycznych i łatwo dostępnej, zintegrowanej pomocy.

Psychiatria dorosłych coraz częściej konfrontuje się również z nowymi formami uzależnień i zachowań problemowych, w tym uzależnieniami behawioralnymi (internet, gry, hazard) oraz używaniem nowych substancji psychoaktywnych. Szczególnym wyzwaniem pozostaje „podwójna diagnoza”, czyli współwystępowanie zaburzeń psychicznych i uzależnień przy wciąż niewystarczającej liczbie wyspecjalizowanych ośrodków terapeutycznych.

Starzenie się populacji powoduje gwałtowny wzrost zapotrzebowania na opiekę psychiatryczną osób w wieku podeszłym. Depresja wieku starszego, otępienia, delirium, zespół kruchości, wielochorobowość i politerapia tworzą złożone obrazy kliniczne, często maskowane przez dolegliwości somatyczne. Nadal silnie obecne są szkodliwe mity, traktujące depresję i izolację społeczną seniorów jako „naturalne” elementy starości, co opóźnia rozpoznanie i leczenie.

Na poziomie systemowym kluczowymi barierami pozostają stygmatyzacja osób chorujących psychicznie, ograniczona dostępność świadczeń, niedobór specjalistów – szczególnie w opiece środowiskowej – oraz fragmentaryczność opieki nad pacjentem z wieloma problemami zdrowotnymi. Jednocześnie dynamicznie rozwijają się farmakoterapia, nowe technologie (telepsychiatria, narzędzia cyfrowe, sztuczna inteligencja) oraz modele opieki zintegrowanej, odchodzące od wyłącznie instytucjonalnego leczenia na rzecz wsparcia środowiskowego i aktywnej roli pacjenta w procesie zdrowienia.

Psychiatria dorosłych pozostaje dziedziną osadzoną jednocześnie w medycynie i humanistyce. Wymaga całościowego spojrzenia, łączącego kontekst biologiczny z psychologicznym i społecznym, leczenie farmakologiczne z psychoterapią, a skuteczność kliniczną z poszanowaniem godności, autonomii i praw pacjenta. Odpowiedź na współczesne wyzwania wymaga nie tylko nowych terapii, ale także działań antystygmatyzacyjnych, rozwoju profilaktyki oraz aktywnego zaangażowania psychiatrii w problemy kluczowe dla współczesnego człowieka.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=KkrQGNVj08s&t=20600s>



Depresja a zdrowie publiczne – znaczenie wczesnej identyfikacji i rola sztucznej inteligencji

Prof. Bożena Kostek

Depresja stanowi obecnie najczęściej diagnozowane zaburzenie psychiczne, będące jednym z najpoważniejszych wyzwań współczesnego zdrowia publicznego. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyka ona około 280 milionów osób na świecie, a w Polsce liczba zdiagnozowanych pacjentów przekracza 1,2 miliona. Niepokojące

trendy wskazują na stały wzrost zachorowań oraz obniżanie się wieku osób dotkniętych pierwszymi epizodami depresyjnymi, co jest szczególnie widoczne w środowisku akademickim. W odpowiedzi na te wyzwania niniejsze opracowanie przedstawia koncepcję aplikacji webowej wykorzystującej sztuczną inteligencję (AI) do wczesnej identyfikacji

symptomów depresji poprzez analizę mowy i kwestionariusze.

Skala problemu depresji w Polsce i na świecie wymaga wdrożenia innowacyjnych narzędzi diagnostycznych. Rosnąca presja społeczna, tempo życia oraz nowe rodzaje stresu, takie jak technostres czy lęk przed przeoczeniem (FOMO), sprawiają, że tradycyjne systemy opieki zdrowotnej stają się niewydolne. Kluczowym czynnikiem decydującym o powodzeniu terapii jest czas – im wcześniejsza identyfikacja zaburzenia, tym lepsze rokowania kliniczne. Niestety, bariery, takie jak stygmatyzacja osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz ograniczona dostępność do specjalistów, powodują, że wielu pacjentów trafia do systemu zbyt późno.

Prezentowane rozwiązanie opiera się na integracji metod subiektywnych (kwestionariusz PHQ-9) z obiektywną analizą bio-behawioralną mowy. Depresja znacząco wpływa na charakterystykę głosu i sposób wypowiedzi – obserwuje się m.in. mniejszą płynność mowy, wydłużone pauzy oraz znaczną monotonię (spłaszczenie konturu intonacyjnego).

Proces detekcji w opracowanej aplikacji obejmuje:

- 1. Anonimizację nagrań:** zastosowanie metod inteligentnego przetwarzania w celu ochrony prywatności użytkownika.
- 2. Ekstrakcję cech akustycznych:** analizę parametrów takich jak częstotliwość podstawowa, energia sygnału i rytm mowy.
- 3. Algorytmy klasyfikacji:** wykorzystanie klasycznego uczenia maszynowego (modele regułowe zwiększające interpretowalność wyników) oraz sieci neuronowych (uczenie głębokie), które pozwalają na wysoką precyzję wykrywania „mowy depresyjnej”.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=21647s>



Istotnym wyzwaniem zidentyfikowanym podczas prac jest deficyt ogólnodostępnych baz nagrań mowy osób chorych w języku polskim, co wymusza korzystanie z modeli obcojęzycznych i podkreśla potrzebę lokalnych badań.

Aplikacja ma potencjał, aby stać się elementem systemu prewencji. Może służyć nie tylko do wczesnego screeningu, ale także do monitorowania postępów leczenia – obiektywne zmiany w parametrach akustycznych mowy mogą stanowić cyfrowy biomarker poprawy stanu zdrowia pacjenta. Należy podkreślić, że AI nie zastępuje w tym przypadku lekarza, lecz pełni rolę zaawansowanego narzędzia pomocniczego, zwiększając dostępność pomocy psychologicznej.

Na podstawie przeprowadzonych analiz można sformułować następujące rekomendacje:

- 1. Rozwój krajowych zasobów danych:** niezbędne jest systemowe wsparcie dla tworzenia anonimowanych, polskich baz danych nagrań mowy depresyjnej, co pozwoli na budowę algorytmów uwzględniających specyfikę prozodyczną naszego języka.
- 2. Integracja z medycyną pracy:** warto by włączyć cyfrowe narzędzia przesiewowe wspomagane sztuczną inteligencją (np. PHQ-9/AI) do rutynowych badań profilaktycznych pracowników, co mogłoby pozwolić na wczesne wykrywanie wypalenia zawodowego i epizodów depresyjnych.
- 3. Ramy etyczno-prawne:** konieczne jest wypracowanie jasnych przepisów określających AI jako narzędzie wspomagające, a nie decyzyjne, przy zachowaniu pełnej odpowiedzialności lekarza za proces terapeutyczny.
- 4. Promocja samzarządzania zdrowiem:** należy wspierać rozwój aplikacji do e-coachingu i monitoringu zdrowia psychicznego jako elementu odciążającego system opieki systemowej.

Jak przygotować się do planowego pobytu w szpitalu

Dr Leszek Borkowski

Wylecz swoje zęby. Wylecz swoje zęby, martwe usuń, czasami niewielkie zmiany próchnicowe mogą spowodować brak prawidłowej reakcji na zapisane leki.

Bakterie chorobotwórcze /patogeny w jamie ustnej – chore zęby, to czynnik zapalny dla całego organizmu. Patogeny wzbudzają mediatory stanu zapalnego

jak Interleukina 6 i 1, TNF alfa czynnik martwicy nowotworów, cytokiny itd.

Te wzbudzone mediatory stanu zapalnego wyłączają nasz immunologiczny system obronny, rozwija się stan zapalny, pojawia się ryzyko sepsy.

Sanacja jamy ustnej, czyli wyleczenie ognisk chorobowych zlokalizowanych w jamie ustnej, przed leczeniem szpitalnym, jest niezbędna. Jama ustna ma wielomikroorganizmów, mówimy, że jest najbardziej skolonizowanym obszarem ciała ludzkiego.

Musimy wyleczyć próchnicę – przewlekłe zapalenie zębów. Czasami niewielkie zmiany próchnicowe czy choroby przyzębia wykluczają zaproponowane w terapii leki. Zęby martwe to ryzyko powikłań w czasie farmakoterapii, trzeba je usunąć. Wszelkie zmiany zapalne mogą przejść w fazę ostrą w trakcie leczenia produktami leczniczymi obniżającymi aktywność układu immunologicznego.

Paradontoza to dowód na infekcję w jamie ustnej, wyższe ryzyko zawału i udaru mózgu.

Szczepienia przedszpitalne

Leczenie /leki i choroby/ aktywuje patogeny w naszym organizmie. Organizm pacjenta jest bardzo osłabiony i staje się łatwym celem ataku patogenów.

Leczenie zakażeń w trakcie leczenia szpitalnego jest trudne – mogą pojawić się interakcje lekowe.

Szpital to także dom dla różnych patogenów niezradko uodpornionych na leki.

Na co warto być zaszczepionym:

- Półpasiec + ospa wietrzna.
- Błonica, tężec, krztusiec, poliomyelitis, haemophilus, WZW B – Hexacima (DTaP-IPV-HB-Hib), szczepionka przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (bezkomórkowa, złożona), wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (rDNA), poliomyelitis (inaktywowana) i haemophilus typ b, (skoniugowana), adsorbowana.
- WZW A i B, możliwy schemat przyspieszony Twinrix (0, 7, 21 dni + dawka po 12 miesiącach, uodpornienia już po 4 tygodniach kosztem użycia łącznie 4 dawek.
- Pneumokokom.
- Meningokokom *Neisseria meningitidis* – dwoinka zapalenia opon mózgowych, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i posocznica (sepsa), wspólnie określane mianem inwazyjnej choroby meningokokowej (ICHM). Jak mieszkamy we wspólnym gospodarstwie lub w przypadku zawodowych

kontaktów dzieci /żłobek lub przedszkole/. Meningokokom grupy A,C,W, Y i doszczepienie po 14 dniach. Szczepienie wskazane u dorosłych z grupy ryzyka inwazyjnej choroby meningokokowej, np. w sytuacji problemów ze śledzioną.

Zakażenia meningokokowe. Ze względu na mechanizm działania stosowanie produktu leczniczego eculizumab /*Soliris*/ zwiększa podatność pacjentów na zakażenie dwoinkami zapalenia opon mózgowych (*Neisseria meningitidis*). Może wystąpić zakażenie meningokokami jakiegokolwiek grupy serologicznej. Eculizumab – przeciwwskazanie u pacjentów, którzy nie mają aktualnego szczepienia przeciwko *Neisseria meningitidis*.

Na zakończenie:

Stosuj dietę lekko strawną, unikaj ostrych przypraw i jedzenia przygotowanego z niesprawdzonych produktów. Nie odchudzaj się farmakologicznie.

Unikaj drastycznych zmian nawyków żywieniowych, dbaj o wątrobę, nerki, trzustkę, śledzionę.

Nerki – badamy poziom kreatyniny i w sytuacji pilnej rozmawiamy z nefrologiem.

Ograniczamy czerwone mięso. Dużo płynów 2–3,5 litra dziennie, zależy od masy ciała 30ml/kg m.c.

Wątroba – pacjentów należy przestrzegać przed niekontrolowanym spożywaniem /suplementacją/ witaminy A, bowiem jej nadmiar sprzyja włóknieniu wątroby.

Prawie każdy przyjęty lek „przechodzi” przez wątrobę. Ich toksyczność jest różna i zależy od wielu czynników.

Przewlekłe, aktywne zakażenia wirusami hepatotropowymi, czyli zapalenie wątroby typu B lub C, również może być przeciwwskazaniem do leczenia, które w takiej sytuacji zostaje w miarę możliwości odroczone do czasu zakończenia terapii przeciw-wirusowej.

Byłoby dużo lepiej dla nas, gdyby wątroba bolała, ale nawet bardzo chora nie boli.

To jest problem. Można mieć zaawansowanego raka wątroby bez dolegliwości bólowych i zaburzeń w trawieniu. Wątroba jest nieunerwiona, więc nie boli.

Unerwiona jest torebka wątrobowa. Jeśli wątroba się powiększa, na przykład na skutek stłuszczenia, to „rozpycha” torebkę i wtedy w prawym podżebrzu pacjenci odczuwają kłucie.

Trzustka – istotne dla nosicieli mutacji BRCA1 i BRCA1. Objawy niewydolności trzustki rozwijają się przez lata, co sprzyja ich bagatelizacji.

Dbajmy o trzustkę, bo naszej trzustce szkodzi:

nadmierne spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, otyłość, kamica żółciowa, duże spożycie tłuszczów nasyconych, pokarmy przetworzone, nadmierne spożywanie czerwone mięso. W domu ograniczamy do minimum tłuszcze w posiłkach, które jemy 4–5 razy dziennie regularnie. Zaprzyjaźniamy się z dietetykiem. Gotujemy na wodzie lub parze albo pieczemy bez tłuszczu w folii chude mięso, w tym rybie. Pieczywo pszenne, chudy ser, ziemniaki i warzywa przetarte w postaci papki / niewydolność trzustki/. Wracamy do okresu niemowlęcego.

Śledziona – obok trzustki jest największym narządem układu odpornościowego

Jedenaście lat temu Infectious Diseases Society of America (IDSA) zaleciła, aby wszystkie osoby chore na choroby upośledzające czynność śledziony szczepić z uwagi na zwiększone ryzyko inwazyjnych

zakażeń wywołanych przez bakterie otoczkowe, przeciwko pneumokokom, meningokokom, *Haemophilus influenzae* typu b.

Zrezygnuj lub ogranicz alkohol, papierosy i inne używki.

Dbaj o higienę osobistą, bo każdy z nas jest nośnikiem wielu bakterii, wirusów i grzybów na skórze naszego ciała. Te patogeny tylko czekają, aby dostać się do środka naszego organizmu i zrobić nam krzywdę.

Nie stosuj żadnych „wzmacniaczy” odporności. Nie stosuj żadnych suplementów diety.

Nie stosuj żadnych leków: medycyny tybetańskiej, chińskiej, indyjskiej, mongolskiej, azteckiej, Indian z dorzecza Orinoko itd. Nie stosuj cudownych mikstur sąsiadki. Nie słuchaj porad niezbyt rozgarniętej celebrytki.



Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=1340s

Bariery w wykonywaniu onkologicznych badań profilaktycznych. Rekomendacje i postulaty praktyczne dla promocji zdrowia

Dr hab. Małgorzata Synowiec-Piłat

Choroby nowotworowe to jeden z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego w skali globalnej, powodujący poważne obciążenia fizyczne, emocjonalne, finansowe i społeczne zarówno dla chorujących jednostek i ich rodzin, jak i społeczności oraz systemów opieki zdrowotnej (WHO, 2024). W Polsce ogólna umieralność z powodu nowotworów należy do najwyższych w UE i jest o 15% wyższa od średniej w państwach UE, a także spada wolniej niż średnia w UE (OECD, 2023). Wskazuje to na opóźnienia w diagnozowaniu oraz potencjalne problemy w dostępie do specjalistycznego leczenia. Jednocześnie wyniki badań potwierdzają niską zgłaszalność na badania profilaktyczne w Polsce. Przykładowo: według danych Komisji Europejskiej (OECD, 2025) w 2023 r. udział kobiet w wielu 50–69 lat w badaniach skriningowych w kierunku raka piersi wyniósł 37%; cytologię w ramach badań przesiewowych wykonało zaledwie 11% Polek (OECD, 2025); natomiast udział w badaniu kolonoskopowym poza programem skriningowym deklarowało 18% populacji docelowej (OECD, 2023) i wskaźnik

ten był prawie trzykrotnie niższy niż średnia UE.

Utrzymująca się niska zgłaszalność na onkologiczne badania profilaktyczne wskazuje jednoznacznie na nagłą potrzebę wypracowania nowej strategii działań. Wymaga to jednak wnikliwej i wielowymiarowej analizy przyczyn niezgłaszania się ludzi na badania profilaktyczne, ale jednocześnie także – zbyt późnego zgłaszania się do specjalistów (onkologów, czy w początkowym etapie – do lekarzy rodzinnych) po zauważeniu niepokojących objawów oraz niestosowania się do zaleceń lekarskich lub odmowy leczenia. Analiza ta powinna uwzględniać szeroką perspektywę strukturalną oraz społeczno-kulturową, ściśle związaną z sytuacją danej społeczności.

Ważną przyczyną niezgłaszania się na onkologiczne badania profilaktyczne są nierówności w zdrowiu, które są uwarunkowane makrostrukturalnie (jakość i dostępność do onkologicznych usług profilaktycznych, zamożność społeczeństwa, dostęp i jakość edukacji, ustawodawstwo sprzyjające lub niesprzyjające prozdrowotnym wyborom etc.). Nierówności dotyczą zarówno różnic w dostępie

jednosteczki grup do usług medycznych/zdrowotnych ze względu na położenie społeczne (poziom wykształcenia, status materialny, miejsce zamieszkania), ale również dotyczą nierównego ze względu na położenie społeczne dostępu do możliwości prowadzenia prozdrowotnego stylu życia (Williams et al., 2020). Jak pokazują badania, im niższy poziom wykształcenia i gorsza sytuacja materialna, tym mniej prozdrowotny styl życia, a także mniejsze prawdopodobieństwo udziału w badaniach profilaktycznych.

Oprócz nierówności niska zgłaszalność na onkologiczne badania profilaktyczne jest silnie warunkowana czynnikami społeczno-kulturowymi. Po pierwsze, aby zrozumieć zachowania związane z chorobami nowotworowymi, warto zwrócić uwagę na symbolikę „raka”, czyli na społeczne znaczenia przepisywane tej chorobie. Generalnie, w społecznym odbiorze nowotwór jest postrzegany w kategoriach jednego z najbardziej traumatycznych doświadczeń w życiu. „Rak” w świadomości społecznej kojarzony jest z nieuchronnością śmierci, bólem i ogromnymi cierpieniami. Nie tylko zaobserwowanie niepokojących objawów, diagnoza, poddanie się terapii, ale nawet samo myślenie o chorobie nowotworowej przez osoby zdrowe obciążone jest lękiem.

Wysoki poziom lęku przez rakiem („rakofobii”) i przekonań fatalistycznych to kolejna bardzo istotna, a często niedoceniana i pomijana przez promotorów zdrowia bariera w wykonywaniu onkologicznych badań profilaktycznych. Fatalizm to przekonanie, zgodnie z którym wydarzenia i/lub problemy zdrowotne, z którymi mamy do czynienia, są kontrolowane przez czynniki zewnętrzne, a zatem są poza kontrolą indywidualną. Charakteryzują się pesymizmem, bezsilnością i zagubieniem odnośnie do uniknięcia raka. Wiele badań pokazuje jednoznacznie, że im wyższy poziom rakofobii i fatalizmu nowotworowego, tym mniejsze prawdopodobieństwo uczestnictwa w onkologicznych badaniach profilaktycznych (Synowiec-Piłat, 2020).

Spośród kluczowych przyczyn rakofobii i fatalizmu nowotworowego wyróżnić można: lęk przed zaburzeniem lub niemożnością odgrywania ról społecznych przez chorego, obawę przed skutkami choroby, które mogą ponieść ważne dla nas osoby, szum informacyjny wokół zagadnień związanych z chorobami nowotworowymi, piętno towarzyszące chorobom nowotworowym i chorym na raka czy tabuizację choroby nowotworowej.

Wnioski i podstawowe rekomendacje dla promocji zdrowia:

Uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych zależy jest z jednej strony od położenia społecznego jednostek (mówimy tutaj o istnieniu nierówności w zdrowiu), ale także od czynników społeczno-kulturowych, spośród których kluczową rolę zdają się odgrywać wysoki poziom rakofobii oraz fatalizmu nowotworowego.

Dlatego też istnieje konieczność szerokiego i wnikliwego poznania i uwzględniania czynników strukturalnych (czyli związanych z nierównościami w zdrowiu) oraz społeczno-kulturowych, w tym przekonań dotyczących nowotworów, w tworzonych i wdrażanych interwencjach prozdrowotnych. Dopiero ich zrozumienie pozwala na budowanie skutecznych relacji z pacjentem/osobą zdrową i jego rodziną oraz wdrażanie działań na rzecz upowszechnienia profilaktyki nowotworowej. Interwencje antynowotworowe, w tym działania edukacyjne, nie mogą być zatem oderwane od specyfiki grupy docelowej.

W związku z wysokim poziomem zależności chorób nowotworowych od stylu życia we współczesnej promocji zdrowia akcentuje się potrzebę podejmowania stałych i cyklicznych działań na rzecz wzmocnienia podmiotowości jednostek i grup społecznych w utrzymaniu i utrwalaniu potencjału zdrowia (w tym wypadku na rzecz przeciwdziałania nowotworom).

Podmiotowości tej, czyli braniu odpowiedzialności za swoje zdrowie, w tym uczestnictwu w onkologicznych badaniach profilaktycznych, nie sprzyjają jednak „rakofobia” oraz wysoki poziom przekonań fatalistycznych dotyczących chorób nowotworowych. Dlatego też konieczne jest prowadzenie cyklicznych działań edukacyjnych i kampanii prozdrowotnych mających na celu zmniejszenie poziomu lęku i fatalizmu nowotworowego.

Bardzo ważnym ogniwem w edukacji na temat znaczenia onkologicznych badań profilaktycznych oraz motywowaniu do uczestnictwa w nich są lekarze rodzinni oraz cały personel Podstawowej Opieki Zdrowotnej, którzy mają stały kontakt z pacjentami oraz – co bardzo istotne – znają specyfikę społeczności lokalnej.

Bibliografia:

1. OECD & European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Poland 2025, s. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/02/eu-country-cancer-profile-poland-2025_887fc266/fc2a5e54-en.pdf

2. OECD. (2023). Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/aab579a7-pl>.
3. 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.
4. WHO. (2024). Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
5. Williams, E., Buck, D., & Babalola, G. (2020). What are health inequalities? (Vol. 19).

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=15509s



Prewencyjne leczenie w encefalopatiach rozwojowych na przykładzie stwardnienia guzowatego w Polsce

Prof. Sergiusz Józwiak

W ostatnich latach w opiece nad chorymi z padaczką, coraz więcej uwagi poświęca się, oprócz leczeniu samych napadów, leczeniu jej konsekwencji – zaburzeń zachowania, zahamowania rozwoju, zaburzeń snu. Okazuje się, że te objawy towarzyszące, zdaniem rodziców i opiekunów dzieci z padaczką, mogą być bardziej uciążliwe i wpływać bardziej niekorzystnie na funkcjonowanie pacjenta i jego rodziny niż same napady.

Doprowadziło to do wyodrębnienia nowych definicji. Oprócz znanego już od lat terminu encefalopatii padaczkowej, w której napady prowadzą do spowolnienia lub regresu rozwoju poznawczego, w ostatniej dekadzie wyodrębniono termin „rozwojowe encefalopatie padaczkowe”, w których zahamowanie rozwoju spowodowane jest zarówno napadami padaczkowymi, jak i samą chorobą.

Do najczęściej wymienianych rozwojowych encefalopatii padaczkowych zalicza się zespół Dravet, zespół Lennox-Gastauta oraz stwardnienie guzowate. Choroby te charakteryzują się szczególnie trudnymi do leczenia napadami padaczkowymi, wymagającymi jednoczesnego podawania wielu leków przeciwpadaczkowych.

W ostatnich kilkunastu latach coraz więcej uwagi poświęca się leczeniu prewencyjnemu padaczki zastosowanemu po raz pierwszy w Klinice Neurologii i Epileptologii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w odniesieniu do stwardnienia guzowatego.

Stwardnienie guzowate charakteryzuje się wystąpieniem napadów padaczkowych około 4.–5. miesiąca życia, które szybko prowadzą do zahamowania rozwoju dziecka, opóźnienia poznawczego, cech

autystycznych. W badaniach prospektywnych noworodków ze stwardnieniem guzowatym 71% dzieci rozwija napady padaczkowe do 24. miesiąca życia.

Leczenie

Okolo 80% dzieci z padaczką ma różne stopnie opóźnienia rozwoju, w tym 32% ma je w stopniu umiarkowanym, znacznym lub głębokim.

Jednocześnie choroba charakteryzuje się występowaniem guzów serca wykrywanych w badaniu USG w okresie prenatalnym. Wykonanie pod koniec ciąży badania MR mózgu płodu i wykrycie charakterystycznych zmian dla tej choroby potwierdza rozpoznanie przed narodzeniem dziecka.

W 2011 roku zespół Kliniki Neurologii i Epileptologii IPCZD opublikował wstępne wyniki prewencyjnego leczenia padaczki u 14 chorych z rozpoznaniem stwardnienia guzowatego w okresie prenatalnym lub wkrótce po urodzeniu. Wykonywane u tych dzieci badania EEG co 4–6 tygodni do końca 2. roku życia i wykrycie w nich zmian napadowych umożliwiły włączenie leczenia przeciwpadaczkowego przed pojawieniem się klinicznych napadów. Takie postępowanie okazało się bardzo skuteczne w zapobieganiu napadom lekoopornym oraz poprawiło funkcjonowanie dzieci. W wieku 24 miesięcy tylko u jednego dziecka wystąpiły napady i żadne nie miało opóźnienia rozwoju w stopniu umiarkowanym, znacznym lub głębokim (Józwiak et al. 2011).

Od tego czasu wykonano dwa duże zaślepienie, randomizowane badania kliniczne i wprowadzono europejskie rekomendacje zalecające regularne wykonywanie badań EEG u niemowląt ze stwardnieniem guzowatym oraz włączanie leczenia przeciwpadaczkowego

w razie wykrycia zmian napadowych w EEG (Curatolo et al. 2018).

Przeprowadzona w 2021 roku ankieta w 60 ośrodkach na świecie zajmujących się leczeniem padaczki wykazała, że 70% ośrodków prowadzi regularne monitorowanie EEG u niemowląt ze stwardnieniem guzowatym, a 51% stosuje leczenie prewencyjne (Słowinska et al. 2021).

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=20062s



Zalecenia:

1. U noworodków i niemowląt z rozpoznaniem stwardnienia guzowatego (na podstawie obecności guzów serca oraz wyniku badania MRI mózgu) należy wykonywać badanie wideo EEG co 4–6 tygodni i w przypadku wystąpienia zmian napadowych włączyć leczenie wigabatryną w dawce 100–150 mg/kg m.c./dobę.
2. Leczenie należy utrzymać, nawet w przypadku braku napadów klinicznych, do końca 2. roku życia.

Terapie genowe w chorobie Parkinsona – Mazowsze ku medycynie przyszłości

Dr Adam Struzik

Przedsięwzięcie „Nowatorskie terapie genowe w leczeniu choroby Parkinsona oraz innych zaburzeń neurodegeneracyjnych” będzie realizowane w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim sp. z o.o. w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027. Prace będą prowadzone przez doświadczony zespół badaczy pod kierunkiem prof. Mirosława Ząbka – kierownika Kliniki Neurochirurgii.

Projekt ma charakter badawczo-rozwojowy i wpisuje się w Cel Polityki 1 polityki spójności UE Bardziej konkurencyjna i inteligentna Europa dzięki wspieraniu innowacyjnej i inteligentnej transformacji gospodarczej oraz regionalnej łączności cyfrowej, cel szczegółowy (vi) Wspieranie inwestycji przyczyniających się do realizacji celów Platformy na rzecz Technologii Strategicznych dla Europy (STEP). Celem STEP jest wspieranie rozwoju i wytwarzania technologii krytycznych. Za krytyczne uznaje się technologie wnoszące na rynek wewnętrzny innowacyjny, najnowocześniejszy i przelomowy element o znaczącym potencjale gospodarczym lub przyczyniające się do ograniczania lub zwalczania strategicznej zależności Unii. Za jedną z nich uznana jest biotechnologia. Projekt Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego spełnia powyższe kryteria.

Głównymi celami projektu są:

- Opracowanie nowych metod leczenia z wykorzystaniem terapii genowej, w szczególności

prowadzenie badań zmierzających do opracowania nowej technologii medycznej w leczeniu choroby Parkinsona i innych chorób neurodegeneracyjnych.

- Zbadanie możliwości zastosowania nowej metody leczenia chorób neurologicznych.
- Poprawa jakości życia pacjentów i przywrócenie ich normalnego funkcjonowania.

Choroba Parkinsona jest drugim najczęstszym schorzeniem neurodegeneracyjnym po chorobie Alzheimera. Jej objawy – drżenie, sztywność, spowolnienie ruchowe – z czasem uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie. Choroba jest powodowana niedoborem dopaminy wynikającym z degeneracji neuronów istoty czarnej.

Obecnie nie ma zarejestrowanej metody leczenia mogącej wpłynąć na zahamowanie postępu choroby, dostępne metody pozwalają jedynie łagodzić jej objawy. Z czasem skuteczność leków maleje, a działania niepożądane narastają.

Terapie genowe, których rozwój wspiera się na Mazowszu, dają szansę na realną zmianę przebiegu choroby Parkinsona i poprawę jakości życia pacjentów i ich rodzin.

Projekt przewiduje przeprowadzenie eksperymentu medycznego z zastosowaniem terapii genowej opartej na dostarczeniu brakującego genu – dekarboksylazy aminokwasów aromatycznych (AADC) do mózgu

przy użyciu bezpiecznego wektora wirusowego i przekształcanie lewodopy – standardowego leku doustnego – w dopaminę, bezpośrednio w miejscu jej niedoboru. W praktyce oznacza to przywracanie równowagi neurochemicznej mózgu, poprawę funkcji ruchowych i pozaruchowych, wydłużenie okresu sprawności pacjentów i hamowanie postępu choroby.

Opisane powyżej zabiegi to pierwsze tego typu operacje w Europie – pionierskie nie tylko w skali kraju, ale i kontynentu, dotychczas przeprowadzono ich zaledwie kilka w Stanach Zjednoczonych.

Badanie obejmie 60 pacjentów w wieku 40–70 lat, z co najmniej 5-letnim przebiegiem choroby Parkinsona w stadium umiarkowanym i zaawansowanym, spełniający określone kryteria diagnostyczne.

Na potrzeby badań zostaną wydzielone trzy grupy pacjentów:

1. pacjenci otrzymujący terapię genową,
2. pacjenci poddani procedurze pozorowanej,

następnie po 12 miesiącach odśledzeni i leczeni terapią genową,

3. pacjenci leczeni farmakologicznie, następnie również przechodzący terapię genową.

Do oceny efektów klinicznych zostaną wykorzystane skale ruchowe, skale objawów pozaruchowych i analiza zmniejszenia dawek farmakoterapii. Okres obserwacji wyniesie 24 miesiące, z fazą podwójnie ślepią i odślepioną.

Projekt będzie realizowany w latach 2025–2029, z budżetem blisko 150 milionów złotych, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej.

To inwestycja nie tylko w zdrowie, ale i w przyszłość Mazowsza jako europejskiego lidera innowacyjnych technologii medycznych. To medycyna przyszłości, w której nadzieja pacjentów zamienia się w realną szansę na lepsze życie.



Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=ybgycg0mtCl&t=27497s>

Nowa biologiczna definicja choroby Parkinsona – implikacje terapeutyczne

Prof. Urszula Fiszer

Choroba Parkinsona (chP) jest przewlekłe postępującym heterogennym schorzeniem neurodegeneracyjnym, którego etiologia jest wieloczynnikowa i zależy od współdziałania czynników genetycznych i środowiskowych. Model prionowy tej choroby zakłada zdolność transmisji nieprawidłowej α -synukleiny z jednego neuronu na inny neuron (bezpośrednio lub w egzosomach); czynnik inicjujący patologię w idiopatycznej chP pozostaje wciąż nieznan. Dotychczas stosowane jest jedynie leczenie objawowe. Liczba osób z chP wzrasta wraz z ogólnym starzeniem się społeczeństwa i stanowi duży problem społeczny.

Obecna kliniczna definicja choroby oparta na objawach ruchowych przestała być wystarczająca. Aktualnie jesteśmy na etapie formowania się nowego, biologicznego podejścia do definicji i klasyfikacji chP, co może umożliwić wczesne rozpoznawanie tej choroby. Simuni i wsp. (2024) przedstawili

koncepcję neuronalnej choroby α -synukleinowej z zintegrowanym z nią systemem podziału na stadia zaawansowania (neural α -synuclein disease integrated staging system – NSD-ISS). Natomiast Höglinger i wsp. (2024) opracowali klasyfikację, którą nazwali „SynNeurGe”, łączącą: „Syn” – obecność / brak nieprawidłowej α -syn w pobranych tkankach, „Neur” – wykazanie zmian neurodegeneracyjnych w badaniu neuroobrazowym i „Ge” – analizę podłoża genetycznego powodującego lub silnie predysponującego chP; dokładnie oceniane są także kryteria kliniczne.

Prowadzone są liczne badania kliniczne szeregu metod leczenia mających na celu spowolnienie postępu chP, planowane są kolejne. Terapie modyfikujące są potrzebne, aby zapobiec rozwojowi objawów najbardziej upośledzających funkcjonowanie, powodujących niesprawność chorych. Jednakże istotne dla opracowania skutecznych terapii jest wczesne

wykrywanie chP, niezbędna więc jest biologiczna definicja i klasyfikacja chP, ważne są także programy

edukacyjne skierowane do ogółu społeczeństwa oraz lekarzy.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=22275s>



Powódź, zdrowie, polityka. Wielka Woda w Polsce 1997

Prof. Cezary W. Włodarczyk

W społeczności międzynarodowej dominuje pogląd, że zmiany klimatyczne, a szczególnie skrajne zjawiska pogodowe – jak powodzie – wywierają bezpośredni, a niekiedy odległy w czasie wpływ na zdrowie. Organizowane, po przyjęciu w 1992 roku Ramowej Konwencji Narodów Zjednoczonych, w sprawie zmian klimatu konferencje oznaczane akronimem COP (Conferences of the Parties) służą wymianie doświadczeń mających prowadzić do ochrony klimatu. W dokumentach przygotowanych na ostatnią konferencję (Baku 2024) wskazano dwa obszary, gdzie ujawniają się niekorzystne, zdrowotne skutki tych zmian: w stanie zdrowia ludzi (zachorowania i następstwa zachorowań na choroby związane ze środowiskiem wodnym) oraz szkody poniesione przez systemy zdrowotne i ich infrastruktury. Liczne badania prowadzone wśród osób dotkniętych powodzią ujawniają bardzo często występujący wzrost częstotliwości zachorowań, a także zgonów związanych z chorobami, dla których woda jest środowiskiem sprzyjającym, wzrost hospitalizacji z powodu tych chorób, a także nasilenie się dolegliwości psychicznych, często długotrwałych,

w tym zachowań autodestrukcyjnych, a niekiedy samobójczych.

Wielka powódź, która nawiedziła południowo-zachodnie rejony Polski w lipcu 1997 roku, zwana powodzią tysiąclecia, spowodowała bardzo duże straty materialne, także szkody poniesione przez instytucje sektora zdrowotnego. Okazało się jednak, że mimo poważnych zakłóceń w dostawach czystej wody i dramatycznego pogorszenia się warunków epidemiologicznych wzrost zachorowań na typowe w tej sytuacji jednostki chorobowe – poza zatruciami pokarmowymi – nie wystąpił. Doszło natomiast do wyraźnego nasilenia zachowań autodestrukcyjnych, w tym samobójstw, choć informacje na ten temat pozostają szczątkowe i mało precyzyjne, a sam problem nie został bliżej przedyskutowany. Jednocześnie mało zręczne i zmanipulowane przez media wystąpienie Premiera przyczyniło się do upolitycznienia postrzegania powodzi i działań podejmowanych przez władze. Można formułować hipotezę, że miało to wpływ na wynik wyborów parlamentarnych, które odbyły się kilka miesięcy później i przyniosły przegraną stronnictwom dzierżącym władzę w czasie powodzi.

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=44s



Obecny stan muzykologii w Polsce: osiągnięcia i wyzwania

Dr hab. Krzysztof Stachyra, prof. UMCS

Wystąpienie koncentrowało się na analizie rozwoju muzykoterapii w Polsce, uwzględniając jej genezę historyczną, proces profesjonalizacji oraz aktualne uwarunkowania i wyzwania stojące przed środowiskiem zawodowym. Pomimo iż najstarsze wzmianki o terapeutycznym wykorzystaniu muzyki w Polsce pochodzą z końca XVII wieku z „Pamiętników” Jana

Chryzostoma Paska, to podobnie jak w innych krajach intensywny rozwój muzykoterapii nastąpił jednak dopiero w drugiej połowie XX wieku, kiedy zaczęły się pojawiać pierwsze opracowania naukowe oraz praktyczne zastosowania muzyki w terapii.

Za pionierów polskiej muzykoterapii uznaje się Tadeusza Natansonę oraz Andrzeja Janickiego, którzy

w 1972 roku powołali Zakład Muzykoterapii w Wyższej Szkole Muzycznej we Wrocławiu – jeden z pierwszych ośrodków kształcenia muzykoterapeutów w Europie. Równolegle w Warszawie rozwijane były autorskie koncepcje terapeutyczne, m.in. metoda „Portretu Muzycznego” Elżbiety Galińskiej i nieco później Mobilna Rekreacja Muzyczna Macieja Kieryła. Obie metody zyskały międzynarodowe uznanie i zostały ujęte na światowej liście praktyk muzykoterapeutycznych.

Lata 70. XX wieku były okresem intensywnego rozwoju i międzynarodowej aktywności polskich muzykoterapeutów, czego dowodem była liczna reprezentacja Polski na pierwszym Światowym Kongresie Muzykoterapii w 1974 roku w Paryżu. Pomimo ograniczeń wynikających z realiów politycznych polskie środowisko aktywnie uczestniczyło w kształtowaniu światowej muzykoterapii, zaś prof. Tadeusz Natanson znalazł się w gronie założycieli Światowej Federacji Muzykoterapii (World Federation of Music Therapy). Wydarzenia lat 80. spowolniły rozwój dziedziny, jednak w latach 90. Zainteresowanie nią stopniowo zaczęło powracać, m.in. poprzez powstanie Stowarzyszenia Muzykoterapeutów Polskich.

Istotnym momentem dla profesjonalizacji muzykoterapii w Polsce było utworzenie w 2012 roku Polskiego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów (PSMT), które postawiło sobie za cel dostosowanie polskich standardów do międzynarodowych, wdrożenie systemu certyfikacji muzykoterapeutów oraz rozwój współpracy zagranicznej. Od 2013 roku PSMT realizuje Model Zrównoważonego Rozwoju Muzykoterapii, obejmujący standardy kształcenia, staże, superwizję, certyfikację i recertyfikację muzykoterapeutów. Model ten ma

zapewniać wysoką jakość pracy terapeutycznej, ciągły rozwój zawodowy oraz wiarygodność muzykoterapii jako profesji medyczno-terapeutycznej.

Współcześnie muzykoterapeuci w Polsce pracują z osobami w każdym wieku – od noworodków po seniorów – w placówkach edukacyjnych, terapeutycznych, opiekuńczych, szpitalach oraz w prywatnej praktyce. Szacuje się, że liczba wykwalifikowanych muzykoterapeutów wynosi od 500 do 1000 osób, z czego niewielki odsetek należy do stowarzyszeń zawodowych. Dziedzina zmagają się jednak z licznymi problemami, przede wszystkim z brakiem regulacji prawnych zawodu, niskimi zarobkami, niewystarczającą liczbą certyfikowanych specjalistów oraz niską świadomością społeczną. Powszechne jest mylne używanie terminu „muzykoterapia” wobec działań niemających podstaw naukowych, praktyk „uzdawiania” dźwiękiem etc., co osłabia zaufanie środowiska medycznego.

Podsumowując, mimo licznych trudności przyszłość muzykoterapii w Polsce rysuje się obiecująco. Szczególną rolę odgrywa młode pokolenie muzykoterapeutów, aktywnie uczestniczące w międzynarodowych projektach badawczych i współpracy zagranicznej, co daje realną szansę na dalszy rozwój i umocnienie pozycji muzykoterapii w Polsce w nadchodzących latach. Polscy muzykoterapeuci są rozpoznawalni na świecie, zapraszani do komitetów naukowych i organizacji międzynarodowych, są współautorami znaczących publikacji. Dostrzec można coraz większe zainteresowanie środowiska medycznego włączaniem muzykoterapeutów do zespołu leczącego, aby zapewnić kompleksowe i holistyczne podejście do pacjenta.



Link do nagrania:

<https://youtu.be/G4dy8L2yTJQ>

Europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia. Nowe regulacje Unii Europejskiej

Prof. Gertruda Uścińska

Europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia (EPDZ; European Health Data Space – EHDS) otwiera nowy rozdział w zarządzaniu danymi zdrowotnymi w Unii Europejskiej. Przyjęcie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2025/327 z dnia 11 lutego 2025 roku w sprawie europejskiej przestrzeni

danych dotyczących zdrowia, zmieniającego dyrektywę 2011/24/UE oraz rozporządzenie (UE) 2024/2847, stanowi istotny krok w kierunku budowy Europejskiej Unii Zdrowotnej.

Europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia ma na celu zasadniczą zmianę sposobu, w jaki

obywatele Unii Europejskiej oraz przedstawiciele zawodów medycznych korzystają z danych zdrowotnych. EPDZ powinna zapewnić każdemu pacjentowi w UE łatwy, bezpieczny i natychmiastowy dostęp do własnej dokumentacji medycznej, zarówno w państwie zamieszkania, jak i w każdym innym państwie członkowskim.

Dzięki europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia pacjenci zyskają pełną kontrolę nad swoimi danymi zdrowotnymi. Oznacza to, że będą mogli samodzielnie decydować, kto oraz w jakim zakresie uzyska dostęp do ich elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM).

Co istotne, niezależnie od miejsca pobytu pacjenta – zarówno w Polsce, jak i w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej – lekarz, za zgodą pacjenta, będzie mógł szybko uzyskać dostęp do niezbędnych informacji medycznych, takich jak wyniki badań, historia leczenia czy dane dotyczące e-recept.

Pacjenci będą mieli zapewniony natychmiastowy i bezpłatny dostęp do kluczowych informacji zdrowotnych, w szczególności do:

- skróconych kart zdrowia pacjenta,
- e-recept oraz informacji o ich realizacji,
- wyników badań obrazowych (np. RTG, rezonans magnetyczny) wraz z opisami,
- wyników badań laboratoryjnych oraz innych badań diagnostycznych,
- wypisów, w tym wypisów ze szpitali.

Europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia nie ogranicza się wyłącznie do korzyści dla pacjentów i personelu medycznego. Stanowi ona również istotną szansę dla środowiska naukowego oraz instytucji odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia. Dane zdrowotne – po odpowiednim przetworzeniu, w tym anonimizacji – będą mogły być wykorzystywane do prowadzenia badań naukowych, monitorowania stanu zdrowia populacji oraz opracowywania skutecznych polityk i strategii zdrowotnych na poziomie krajowym i europejskim.

Europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia stanowi również istotne wyzwanie dla szeroko rozumianego sektora technologii informacyjnych. Sprawne funkcjonowanie EPDZ będzie wymagało zapewnienia interoperacyjności systemów elektronicznej dokumentacji medycznej stosowanych w poszczególnych państwach członkowskich. Tylko wówczas możliwe będzie, aby lekarz w dowolnym kraju Unii

Europejskiej mógł odczytać, zinterpretować i wykorzystać dokumentację medyczną pacjenta, nawet jeśli została ona wytworzona w innym państwie.

Wdrażanie europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia będzie miało charakter etapowy. Do 26 marca 2027 roku przewidziane jest ustanowienie kluczowych instytucji oraz wejście w życie części przepisów niezbędnych do funkcjonowania systemu. W tym czasie Komisja Europejska opracuje szczegółowe zasady dotyczące gromadzenia, przechowywania oraz wymiany danych zdrowotnych, natomiast państwa członkowskie wyznaczą podmioty odpowiedzialne za zarządzanie krajowymi systemami elektronicznej dokumentacji medycznej.

Komisja Europejska przygotowała dokument w formie zestawu odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania (FAQ) dotyczące funkcjonowania europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia. Powinien on być przydatny w przygotowaniu realizacji nowych przepisów unijnych w krajach członkowskich na temat europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia.

W Polsce funkcjonują już rozwiązania, które wpisują się w zakres tych wymagań unijnego prawa. Są to głównie elektroniczne zwolnienia lekarskie (tzw. e-ZLA) czy e-recepty. Zagadnienia te były przedmiotem badań w literaturze przedmiotu, a także różnych wystąpień na konferencjach i debatach krajowych oraz europejskich.

Bibliografia:

1. European Commission, Frequently Asked Questions on the European Health Data Space, źródło: https://health.ec.europa.eu/latest-updates/frequently-asked-questions-european-health-data-space-2025-03-05_en
2. Uścińska G., Prawo zabezpieczenia społecznego, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2021.
3. Uścińska G., E-państwo – wybrane reformy finansów publicznych, w: „Zatrudnienie w epoce postindustrialnej”, red. Barbara Godlewska-Bujok i Krzysztof Walczak, Wydział Zarządzania UW, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2021, s. 477–485.
4. Uścińska G., Elektroniczna administracja publiczna (współautor Jolanta Itrich-Drabarek), w: „Administracja publiczna. Zarys wykładu”, red. nauk. Agnieszka Pawłowska, Katarzyna Radzik-Maruszak, Jolanta Itrich-Drabarek, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2023, s. 331–348.
5. Uścińska G., Działania na rzecz zdrowia w zakładzie pracy – stan faktyczny i wyzwania na przyszłość, w: „Otyłość, Zdrowie i Zrównoważony Rozwój: Medycyna, Biznes, ESG”, redakcja naukowa Anna Rulkiewicz i Justyna Domienik-Karłowicz,

- Wydawnictwo Bukmarks sp. z o.o., Warszawa 2025, s. 377–407.
6. Uścińska G., E-państwo na przykładzie reform w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2020, nr 3, s. 3–10, doi. 10.33226/0032–6186.2020.3.1.
 7. Uścińska G., Elektroniczne zwolnienia lekarskie – przygotowania do pełnego wdrożenia. Rozmowa z prof. Gertrudą Uścińską, prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, oraz Magdaleną Mazur-Wolak, dyrektor Departamentu Obsługi Klientów ZUS, „Doradztwo Podatkowe – Biuletyn Instytutu Studiów Podatkowych” 2018, nr 9, s. 43–44.
 8. Uścińska G., ICT Solutions in the Activities of the Social Insurance Institution (ZUS) as an E-Administration. Evolution During the COVID-19 Epidemic (Case Study) [Rozwiązania teleinformatyczne w działalności ZUS jako e-administracji. Ewolucja w warunkach epidemii COVID-19 (case study)], „Problemy Zarządzania–Management Issues” 2021, vol. 19, no. 3(39), s. 73–99.
 9. Uścińska G., New technologies in the Social Insurance Institution [Nowe technologie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych] „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2021, nr 4(151), s. 51–69, DOI: 10.5604/01.3001.0015.5731.
 10. Uścińska G., Rozwój e-urzędu na przykładzie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, „Studia Iuridica” 2022, nr 16 tom 92 Miscellanea, s. 367–383, doi. <https://doi.org/10.31338/2544–3135.si.2022–92.21>.
 11. Uścińska G., wystąpienie w debacie panelowej pt. Full speed ahead into the digital decade: What benefits for the insured and for social security institutions? podczas międzynarodowej konferencji pt. „E-social security 2.0. High-level conference on the digitalisation of social security”, zorganizowanej przez European Social Insurance Platform (ESIP) pod auspicjami Prezydencji Czeskiej w Radzie Unii Europejskiej, Bruksela, 22 września 2022 r.
 12. Uścińska G., referat pt. Digitalisation and social security – the experience of Social Security Institution wygłoszony podczas spotkania z przedstawicielami Departamentu ds. Gospodarczych i Społecznych ONZ w Nowym Jorku 13 września 2022 r.
 13. Uścińska G., referat pt. Digitalisation and social security – the experience of Poland, wygłoszony podczas seminarium pt. „Digital Transition and EU Social Security Coordination”, zorganizowanego online przez Italian Social Security Institute, Rzym, 19 listopada 2021 r.
 14. Uścińska G., referat pt. New Digitalisation Strategies in Public Institutions. Polish Social Insurance Institution as an Example, Budapest Pension Seminar, wygłoszony podczas seminarium pt. „Kapitał fizyczny i ludzki w starzejącym się społeczeństwie” zorganizowanym przez Hungarian State Treasury w Budapeszcie, 23 września 2021 r.
 15. Uścińska G., udział w panelu pt. Rekomendacje dotyczące kompleksowej optymalizacji systemu ochrony zdrowia, w ramach bloku tematycznego „Koncepcja kompleksowej naprawy polskiego systemu ochrony zdrowia”, podczas V Kongresu Wizja Zdrowia Diagnoza i Przyszłość Foresight Medycyny, zorganizowanego przez Wydawnictwo Termedia, Warszawa 13–14 października 2021
 16. Uścińska G., udział w panelu pt. Digitalizacja usług publicznych podczas X edycji Europejskiego Forum Nowych Idei, Sopot 20–22 października 2021 r.
 17. Uścińska G., wystąpienie w panelu pt. Biznes – Zdrowie – Praca podczas I edycji Kongresu Zdrowia Kobiet pn. „Polka – Europa – Zmiana”, zorganizowanego przez Fundację Żyjmy Zdrowo, Warszawa, 26 maja 2022 r.
 18. Uścińska G., udział w debacie panelowej pt. Cyfryzacja sektora publicznego podczas XXXI Forum Ekonomicznego 2022, Karpacz, 6–8 września 2022 r.
 19. Uścińska G., wystąpienie w panelu dyskusyjnym pt. Zdrowie pracowników – niedoceniany punkt wyjścia do działań profilaktycznych podczas 4. Kongresu Zdrowie Polaków, 17 października 2022 r.
 20. Uścińska G., wystąpienie w sesji pt. Wzajemne oddziaływanie gospodarki i systemu ochrony zdrowia podczas V Kongresu Ekonomia dla Zdrowia pt. „Wzajemne oddziaływanie gospodarki i systemu ochrony zdrowia”, zorganizowanego przez Szkołę Główną Handlową oraz Innowo Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju, Warszawa, 6 grudnia 2022 r.
 21. Uścińska G., wystąpienie w debacie pt. Zdrowie Polaków w kontekście chorób cywilizacyjnych, z okazji prezentacji raportu będącego zbiorem wniosków i rekomendacji powstałych podczas 4. Kongresu „Zdrowie Polaków” 2022, zorganizowanej przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa, 17 kwietnia 2023 r.
 22. Uścińska G., udział w panelu dyskusyjnym pt. E-zdrowie. Osiągnięcia, wyzwania, kierunki rozwoju podczas I Forum Ochrony Zdrowia pt. „Jakość, dostępność, etyka – europejski wymiar zdrowia” w ramach Forum Ekonomicznego, zorganizowanego przez Fundację Instytut Studiów Wschodnich, Wąsowo, 19 czerwca 2023 r.
 23. Uścińska G., referat pt. Reflections on the digitalization of pension systems in the EU context, with emphasis on the coordination of social security systems and challenges posed by intra-EU mobility, wygłoszony podczas międzynarodowej konferencji naukowej pt. „Digitalization of pension systems and the movement of EU citizens. Challenges in coordination social security” w Lizbonie, 30 maja 2025 r.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=n5GDgm0zG4k&t=26488s>



Epigenetyka w zdrowiu publicznym – mierzalne KPI profilaktyki

Dr Artur Białoszewski

System ochrony zdrowia wyrasta z połączenia wysiłku wielu zawodów medycznych, etyki i sztuki pomagania, ale jego rytm wciąż wyznaczają liczby. Przez lata to właśnie te liczby, w postaci zgonów, hospitalizacji czy kosztów leczenia, były naszym głównym punktem odniesienia. Traktowaliśmy je jak Kompas polityki zdrowotnej, choć w rzeczywistości pokazują jedynie moment, w którym system już przegrał walkę o zdrowie pacjenta. Jeśli chcemy budować ochronę zdrowia, która jest nie tylko empatyczna i profesjonalna, lecz także nowoczesna i skuteczna, musimy przesunąć uwagę z mierzenia skutków na mierzenie procesów, które je poprzedzają. Potrzebujemy wskaźników, które pokazują, co dzieje się w organizmie dziś – zanim pojawią się objawy i zanim choroba nabierze rozpędu. Epigenetyka otwiera właśnie taką perspektywę, dostarczając narzędzi pozwalających uchwycić wczesne biologiczne sygnały ryzyka tam, gdzie tradycyjne statystyki pozostają ślepe.

W dużym uproszczeniu możemy powiedzieć, że geny to nuty zapisane w naszym DNA, a epigenetyka to dyrygent orkiestry, który decyduje, kiedy i jak głośno te nuty są grane. Nie zmienia samego zapisu genów, ale wpływa na to, jak są odczytywane. W praktyce oznacza to chemiczne „znaczniki” na DNA i białkach, które mogą włączać lub wyłączać aktywność genów. Co najważniejsze, te znaczniki reagują na środowisko i styl życia – na przykład na palenie tytoniu, dietę, stres czy brak ruchu – i można je mierzyć w krwi, ślinie czy tkankach. Dzięki temu epigenetyka dostarcza nowej kategorii wskaźników, które nie czekają na rozwiniętą chorobę, ale pokazują, co dzieje się w organizmie wcześniej, na poziomie biologicznym.

W języku praktycznym mówimy o epigenetycznych KPI, czyli kluczowych miernikach efektywności profilaktyki. Zamiast patrzeć tylko na to, ilu pacjentów trafiło do szpitala z zawałem serca, możemy mierzyć, czy zmienił się biologiczny ślad palenia w DNA populacji objętej programem antynikotynowym. Zamiast oceniać wyłącznie spadek masy ciała po zabiegu bariatrycznym, możemy monitorować, czy w tkance tłuszczowej i krwi rzeczywiście przestawia się „metaboliczny program” organizmu na zdrowszy tor. To jest różnica między zarządzaniem skutkami a zarządzaniem ryzykiem.

Żeby zrozumieć, jak to działa, trzeba wyjaśnić trzy

podstawowe mechanizmy epigenetyczne, ale w sposób przyjazny dla laika. Pierwszy z nich to metylacja DNA. Można to zobrazować jako drobne „pinezki chemiczne” doczepiane do łańcucha DNA. Często, choć nie zawsze, ich pojawienie się powoduje wyciszenie danego genu – tak jakby dyrygent powiedział: „ten instrument gra ciszej albo wcale”. Drugi mechanizm to modyfikacje histonów, czyli białek, wokół których nawinięte jest DNA. Jeżeli DNA jest mocniej zwinięte, geny są trudniej dostępne do odczytu, jeśli luźniej – łatwiej. Trzeci mechanizm to mikroRNA – niewielkie cząsteczki, które działają jak regulatory tłumaczenia informacji genetycznej na białka. Wszystko to brzmi specjalistycznie, ale sprowadza się do jednego: organizm ma elastyczny system regulacji genów, który reaguje na to, jak żyjemy i w jakim środowisku funkcjonujemy.

Kluczową wartością dla zdrowia publicznego są te markery epigenetyczne, które spełniają kilka warunków. Po pierwsze, pomiary muszą być powtarzalne w różnych laboratoriach, a więc wiarygodne. Po drugie, markery powinny reagować na interwencje – jeśli pacjent rzuca palenie, zmienia dietę lub podejmuje aktywność fizyczną, biologiczny ślad powinien się zmieniać. Po trzecie, muszą mieć związek z rzeczywistymi wynikami zdrowotnymi, na przykład ryzykiem zawału serca, wystąpienia nowotworu czy poprawą stanu psychicznego. Dopiero wtedy taki marker nadaje się na solidny wskaźnik do polityki zdrowotnej.

Dobrym, bardzo namacalnym przykładem jest palenie tytoniu. Wiemy, że dym tytoniowy zwiększa ryzyko wielu chorób, ale epigenetyka pokazuje to wprost w DNA. W określonych miejscach w genomie – między innymi w genie AHRR i F2RL3 – u palaczy obserwuje się charakterystyczny spadek poziomu metylacji. Co istotne, ten „podpis palacza” jest widoczny nawet wtedy, gdy ktoś w ankiecie nie przyznaje się do palenia. Badania populacyjne pokazały, że na podstawie samej metylacji w tych miejscach można z dużą dokładnością odróżnić osoby palące od nigdy niepalących. A po rzuceniu palenia sygnał stopniowo się normalizuje, choć pełen powrót może zająć kilka lat. To oznacza, że mamy do dyspozycji wskaźnik, który jest czuły, odwracalny i „pamięta” historię zachowań

pacjenta. W programach antynikotynowych można go traktować jak biologiczny licznik skuteczności – zamiast wierzyć wyłącznie deklaracjom, widzimy, co wydarzyło się w organizmie.

Podobnie sytuacja wygląda w otyłości, choć mechanizm jest bardziej złożony. Kiedy masa ciała spada o kilkadziesiąt kilogramów po operacji bariatrycznej, zmienia się nie tylko wygląd pacjenta i parametry metaboliczne, takie jak cukier czy cholesterol. Dochodzi także do głębokiej przebudowy profilu metylacji DNA w tkance tłuszczowej i we krwi. Badania, w których pobierano próbki przed zabiegiem i po nim, pokazują dziesiątki tysięcy miejsc w genomie, gdzie metylacja ulega istotnej zmianie. Co ważne, część tych sygnałów można zaobserwować w krwi, a więc bez konieczności pobierania fragmentów tkanki tłuszczowej. To ogromna zaleta z perspektywy zdrowia publicznego, bo krew jest materiałem łatwo dostępnym w badaniach przesiewowych i populacyjnych.

Jednocześnie okazuje się, że tak zwany epigenetyczny wiek tkanki tłuszczowej – czyli biologiczna miara „zużycia” tej tkanki, wyliczana na podstawie wzorców metylacji – nie zawsze szybko się odmładza po zabiegu. Innymi słowy, nawet jeśli pacjent schudnie, część „pamięci otyłości” pozostaje zapisana w jego epigenomie. Wyjaśnia to, dlaczego otyłość tak często nawraca i dlaczego nie możemy opierać się wyłącznie na wadze jako wskaźniku sukcesu terapii. Epigenetyczne KPI pozwalają sprawdzić, czy organizm faktycznie przestawił się na nowy, zdrowszy tryb funkcjonowania, czy tylko tymczasowo stracił kilogramy.

Kolejny ważny obszar to stres i zdrowie psychiczne. W naszym organizmie działa oś stresu, w której istotną rolę odgrywa receptor glikokortykosteroidowy, kodowany przez gen NR3C1. Badania nad pacjentami z zespołem stresu pourazowego (PTSD) pokazały, że po skutecznej terapii psychologicznej zmienia się poziom metylacji w określonych miejscach tego genu. Co więcej, osoby o określonym wyjściowym poziomie metylacji reagują lepiej na terapię niż inne. Oznacza to, że mamy marker, który nie tylko pokazuje stan obciążenia stresem, ale także pozwala przewidzieć skuteczność interwencji.

Do tego dochodzą telomery – zakończenia chromosomów, które skracają się wraz z wiekiem biologicznym. Programy zmiany stylu życia, obejmujące dietę i aktywność fizyczną, mogą spowolnić skracanie telomerów. To przykład wskaźnika nadającego się do długoterminowej ewaluacji zdrowia populacji: nie zmienia

się z dnia na dzień, ale pokazuje, czy populacja „starzeje się szybciej”, czy wolniej, niż można by oczekiwać.

Epigenetyka pozwala też spojrzeć inaczej na zdrowie środowiskowe. Ekspozycja na metale ciężkie czy zanieczyszczenia powietrza może przyspieszać epigenetyczny wiek biologiczny i pogarszać funkcje poznawcze. Analizy statystyczne wskazują, że część tego wpływu jest pośredniczona przez zmiany metylacji DNA. Innymi słowy, epigenom stanowi brakujące ogniwo między środowiskiem a funkcją mózgu. Dla farmakologii i farmakogenomiki oznacza to, że przy ocenie skuteczności i bezpieczeństwa leków, zwłaszcza działających na układ nerwowy i krążenia, trzeba brać pod uwagę nie tylko genetykę, ale także historię ekspozycji środowiskowych, które „przestroikiły” epigenetykę pacjenta.

Z tego wszystkiego wynika nowy model działania, określane jako precision public health – precyzyjna, oparta na danych polityka zdrowotna. W praktyce obejmuje on cztery kroki. Po pierwsze, integrację danych o stylu życia, środowisku i stanie biologicznym jednostki, w tym epigenetyki. Po drugie, budowę profili ryzyka i tak zwanych okien modyfikowalności, czyli momentów w życiu, kiedy interwencja jest szczególnie skuteczna. Po trzecie, wdrożenie interwencji dopasowanych do potrzeb – od programów rzucania palenia przez aktywność fizyczną i dietoterapię po redukcję ekspozycji środowiskowych. Po czwarte, pomiar zmiany – zarówno w biomarkerach epigenetycznych, jak i w wynikach klinicznych, takich jak liczba zawałów, udarów czy epizodów depresji.

Epigenetyka nie zastępuje klasycznych narzędzi polityki zdrowotnej – podatków cukrowych, regulacji dotyczących reklam czy kampanii społecznych. Raczej je uzbraja w twarde, mierzalne wskaźniki skuteczności. Zamiast opierać się na deklaracjach („pacjenci mówią, że mniej palą”) mamy możliwość zobaczyć, czy ich DNA rzeczywiście przestało nosić ślad dymu tytoniowego. Zamiast wierzyć, że program redukcji zanieczyszczeń przyniósł efekt, możemy sprawdzić, czy epigenetyczny wiek biologiczny populacji przestał przyspieszać.

Warunkiem poważnego wdrożenia epigenetycznych KPI jest jednak bardzo wysoki standard etyczny i techniczny. Po pierwsze, wskaźniki muszą być zwalidowane w polskich populacjach, aby mieć pewność, że naprawdę odzwierciedlają ryzyko w naszych warunkach. Po drugie, należy zadbać o równość dostępu – aby badania epigenetyczne nie stały się kolejnym narzędziem pogłębiania nierówności zdrowotnych,

dostępnym wyłącznie dla zamożnych. Po trzecie, trzeba wprowadzić jasne zasady ochrony prywatności i wykorzystania tych danych – tak, aby służyły prewencji i lepszemu planowaniu polityki zdrowotnej, a nie stygmatyzacji czy dyskryminacji.

Wszystko to prowadzi do kluczowej tezy: jakość decyzji zdrowotnych zależy od jakości wskaźników, którymi się posługujemy. Jeśli mierzymy tylko zgony, koszty i hospitalizacje, to zawsze działamy po fakcie. Jeżeli natomiast zaczniemy mierzyć to, co rzeczywiście zmienia biologię człowieka – zmiany metylacji, ekspresję genów, tempo starzenia komórkowego – zyskujemy szansę, by reagować wcześniej, gdy interwencja jest jeszcze skuteczna i relatywnie tania. Epigenetyka staje się wówczas językiem wczesnego ostrzegania dla epidemiologii i zdrowia publicznego, narzędziem do tego, aby nie tylko leczyć choroby, ale przede wszystkim przewidywać i zapobiegać.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=6079s>



Urządzenia robotyczne jako skuteczne wsparcie w rehabilitacji pacjentów po endoprotezoplastykach w zakresie kończyn dolnych: w ich szybszym powrocie do samodzielności i w zapobieganiu upadkom

Dr Justyna Mazurek

Trening chodu ukierunkowany na zadania jest coraz częściej stosowany w rehabilitacji choroby zwyrodnieniowej stawów, jednak porównawcze efekty bieżni antygravitacyjnej oraz bieżni z częściowym odciążeniem masy ciała (BWSTT) pozostają nieznane. Celem badania było określenie, czy włączenie którejkolwiek z tych metod do standardowej rehabilitacji stacjonarnej poprawia ogólny stan kliniczny i funkcjonalny, w tym mobilność i równowagę, dobrostan psychologiczny oraz lęk przed upadkiem u osób starszych poddanych rehabilitacji stacjonarnej.

W jednoosrodkowym, równoległym, zaślepionym dla oceniających randomizowanym badaniu klinicznym pacjenci poddawani rehabilitacji stacjonarnej po pierwotnej całkowitej artroplastce stawu biodrowego lub kolanowego z powodu choroby zwyrodnieniowej zostali przydzieleni do treningu na bieżni antygravitacyjnej, BWSTT lub do standardowej rehabilitacji.

Rekomendacje:

- Włączyć epigenetyczne wskaźniki do programów profilaktyki – szczególnie w obszarach palenia tytoniu, otyłości i zdrowia psychicznego, aby monitorować skuteczność interwencji na poziomie biologicznym, a nie wyłącznie deklaratywnym.
- Zintegrować dane epigenetyczne z systemami zdrowia publicznego – łącząc je z informacjami środowiskowymi, klinicznymi i behawioralnymi, co umożliwi budowę bardziej precyzyjnych modeli ryzyka i szybsze podejmowanie decyzji zdrowotnych.
- Wdrożyć standardy jakości, walidacji i etyki – tak aby epigenetyczne KPI były powtarzalne, wiarygodne i bezpieczne, zapewniając równość dostępu oraz pełną ochronę prywatności pacjentów.

Interwencje trwały 6 tygodni. Punktem końcowym była sprawność funkcjonalna oceniana po 6 tygodniach, mierzona podskalą funkcji w kwestionariuszu Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) i analizowana za pomocą ANCOVA z korektą o wartości wyjściowe. Dodatkowymi obszarami oceny były mobilność/równowaga, dobrostan psychologiczny oraz lęk przed upadkiem.

Stwierdzono istotną statystycznie różnicę między grupami w zakresie sprawności funkcjonalnej ($F(2,43)=7.38$, $p<0.001$, $\eta^2=0.26$). Trening na bieżni antygravitacyjnej okazał się bardziej efektywny w porównaniu z grupą kontrolną ($\Delta=-7.08$, 95% PU -11.60 do -2.57 ; $p<0.001$), natomiast trening na BWSTT nie wykazał takiej przewagi ($\Delta=-2.79$; $p=0.28$), a różnica między bieżnią antygravitacyjną a BWSTT była na granicy istotności ($\Delta=+4.29$; $p=0.06$). W zakresie punktów drugorzędowych

trening na bieżni antygravitacyjnej przyczynił się do poprawy równowagi ($\Delta=+2.56$; $p=0.01$) i zmniejszenia lęku przed upadkiem ($\Delta=-3.08$; $p=0.04$) w porównaniu ze standardowym programem usprawniania; w grupie BWSTT obserwowano jedynie nieistotne statystycznie tendencje ($p=0.07$ i $p=0.09$). Natężenie bólu i sztywność nie różniły się między grupami.

Wnioski:

Jako uzupełnienie rehabilitacji stacjonarnej po alloplastyce stawu kolanowego lub biodrowego u osób starszych bieżnia antygravitacyjna poprawiła sprawność funkcjonalną, równowagę oraz lęk

przed upadkiem w porównaniu ze standardową opieką, podczas gdy BWSTT nie przyniosła takich efektów. Potrzebne są większe, wieloośrodkowe badania kliniczne w celu potwierdzenia tej obserwacji.

Współautorzy:

Adam Wrzeciono¹, Małgorzata Ratajczyk², Olga Witczak², Joanna Szczepańska-Gieracha¹, Błażej Cieślak³

¹Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego im Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu

²Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

³Healthcare Innovation Technology Lab, IRCCS San Camillo Hospital, Venezia, Italy



Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=16385s>

Zdrowie pracownika w erze nowych technologii i nowych wyzwań

Prof. Jolanta Walusiak-Skorupa

Wykład poświęcony był analizie dynamicznych zmian środowiska pracy w perspektywie rozwoju sztucznej inteligencji, automatyzacji oraz transformacji rynku pracy i ich konsekwencji dla zdrowia pracowników oraz funkcjonowania systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.

Prezentowano globalne prognozy dotyczące rynku pracy do 2030 roku, wskazujące na równoczesne powstawanie nowych miejsc pracy i likwidację części dotychczasowych zawodów, przy wyraźnym wzroście zapotrzebowania na kompetencje cyfrowe, analityczne, adaptacyjne oraz odporność psychiczną. Omówiono kluczowe siły napędowe transformacji – rozwój sztucznej inteligencji, robotyzacji, energetyki oraz wpływ zmian klimatycznych i starzenia się populacji – podkreślając ich bezpośrednie przełożenie na strukturę zatrudnienia, organizację pracy oraz profile ryzyka zdrowotnego.

Szczególną uwagę poświęcono zarówno potencjalnym korzyściom automatyzacji dla bezpieczeństwa pracy (eliminacja prac ciężkich, niebezpiecznych i monotonicznych, ograniczenie narażeń fizycznych i chemicznych), jak i nowym zagrożeniom zdrowotnym, zwłaszcza w obszarze psychospołecznym. Zaprezentowano dane krajowe dotyczące narastającego obciążenia

problemami zdrowia psychicznego, dystresu oraz ograniczonego dostępu do świadczeń zdrowotnych. W tym kontekście omówiono zjawisko technostresu jako nowego czynnika ryzyka zawodowego, obejmującego m.in. przeciążenie informacyjne, niepewność zatrudnienia, zaburzenie równowagi praca–życie oraz trudności adaptacyjne związane z szybkim tempem zmian technologicznych.

Istotnym elementem wykładu była krytyczna analiza aktualnych wyzwań stojących przed służbą medycyny pracy. Zwrócono uwagę na niewykorzystany potencjał systemu w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych, promocji zdrowia oraz wczesnej identyfikacji zagrożeń utraty zdolności do pracy. Podkreślono potrzebę wzmocnienia roli badań profilaktycznych jako narzędzia kompleksowej oceny stanu zdrowia, planowania interwencji zdrowotnych, identyfikacji czynników ryzyka oraz integracji działań z systemem ochrony zdrowia.

Zaprezentowano kierunki rozwoju nowoczesnego, holistycznego modelu opieki profilaktycznej, obejmującego wczesną interwencję, działania w miejscu pracy, interdyscyplinarną współpracę, wykorzystanie narzędzi cyfrowych i telemedycyny oraz większy nacisk na zdrowie psychiczne i ryzyko psychospołeczne. Podkreślono konieczność

systemowych rozwiązań legislacyjnych i finansowych wzmacniających potencjał profilaktyczny służby medycyny pracy.

W podsumowaniu wskazano, że skuteczna ochrona zdrowia pracujących w erze nowych technologii wymaga przesunięcia akcentu z modelu reaktywnego na model proaktywny, zintegrowany

z podejściem zdrowia publicznego, uwzględniający zarówno fizyczne, jak i psychospołeczne determinanty zdrowia oraz długofalową zdolność do pracy. Rola lekarza medycyny pracy ewoluuje w kierunku koordynatora działań profilaktycznych, edukatora i partnera w kształtowaniu bezpiecznego, zdrowego i adaptacyjnego środowiska pracy.

Link do nagrania:

<https://youtu.be/tusnMnZQe9E?t=11657>



Mapowanie przedoperacyjne funkcji językowych w neurochirurgii z perspektywy nieinwazyjnej metody neuroobrazowania

Dr Jakub Wojciechowski

Wystąpienie dotyczy przedoperacyjnego mapowania funkcji językowych w neurochirurgii z perspektywy czynnościowego rezonansu magnetycznego (fMRI) jako metody nieinwazyjnej. fMRI wspiera planowanie zabiegów (m.in. resekcji guzów i leczenia padaczki lekoopornej) poprzez identyfikację i ochronę struktur odpowiedzialnych za produkcję i rozumienie mowy oraz inne kluczowe funkcje poznawcze. Procedura obejmuje przygotowanie pacjenta do wykonywania zadań językowych i poznawczych podczas skanowania, rejestrację odpowiedzi hemodynamicznych oraz nałożenie map aktywacji na obraz strukturalny mózgu w celu wyznaczenia „stref krytycznych” dla neuronawigacji.

Zaletą fMRI jest zwiększenie precyzji planowania dostępu operacyjnego i granic resekcji, co u części chorych przekłada się na zmianę strategii zabiegowej oraz skrócenie czasu operacji (raportowano redukcję o 15–60 minut). fMRI może również wspierać świadome decyzje kliniczne (np. wybór podejścia bardziej zachowawczego lub terapii uzupełniającej przy wysokim ryzyku deficytu) oraz ułatwiać komunikację z pacjentem poprzez wizualne przedstawienie relacji guza do obszarów mowy.

Współautorzy:

Agnieszka Pluta, Tomasz Wolak

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=1991s



Ocena skuteczności leczenia szumów usznych z zastosowaniem różnych metod terapeutycznych oraz własnych doświadczeń w tym zakresie z wykorzystaniem prototypowego urządzenia do elektromagnetostymulacji nerwu słuchowego

Prof. Jurek Olszewski

Szumy uszne to słuchowa percepcja fantomowa występująca w jednym lub obu uszach przy braku bodźca

akustycznego w otoczeniu. Jest to „odczucie dźwięku, które wynika wyłącznie z patologicznej aktywności

w obrębie układu nerwowego, bez jakiegokolwiek odpowiadającej aktywności mechanicznej w obrębie ślimaka". Dolegliwość ta stanowi istotny problem społeczny i kliniczny ze względu na dużą częstość występowania, brak w pełni skutecznej metody leczenia oraz częste występowanie problemów emocjonalnych u pacjentów z szumami usznymi. Pomimo prowadzenia wieloletnich, intensywnych badań nad etiologią wciąż nie jest rozstrzygnięte, jaki czynnik bezpośrednio odpowiada za percepcję szumu. To z kolei skutkuje brakiem właściwej metody terapeutycznej opartej na działaniu przyczynowym.

Podstawą diagnostyki szumów usznych powinien być wywiad lekarski i przeprowadzenie odpowiednich badań audiologicznych (audiometrii tonalnej oraz impedancyjnej) w celu dokonania oceny stanu narządu słuchu. W szczególnych przypadkach zaleca się również wykonanie badania rezonansu magnetycznego oraz ultrasonografii USG, tomografii komputerowej, angiografii rezonansu magnetycznego – MRA czy konwencjonalnej angiografii.

Autorzy badania dokonali oceny efektywności leczenia szumów usznych z zastosowaniem

różnych metod terapeutycznych: farmakoterapii, wykorzystania aparatów słuchowych, za pomocą generatorów szumu, metody TRT (Tinnitus Retraining Therapy), terapii poznawczo-behawioralnej, stymulacji nerwu błędnego, stymulacji bimodalnej, prototypowego urządzenia do elektromagnetostymulacji ucha i aplikacji mobilnych. W opublikowanych w październiku 2014 przez Amerykańską Akademię Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi wytycznych do postępowania z pacjentami z szumami usznymi w praktyce klinicznej – umieszczono rekomendację przeciw stosowaniu farmakoterapii w początkowym etapie leczenia przewlekłych, uciążliwych szumów usznych. Na podstawie analizowanych prac naukowych i badań własnych do najnowszych i najbardziej skutecznych metod wykorzystywanych w terapii szumów usznych należą: stymulacja nerwu błędnego tVNS oraz stymulacja bimodalna łącząca w sobie stymulację słuchową i somatosensoryczną oraz nowatorska metoda elektromagnetostymulacji ucha z wykorzystaniem prototypowego urządzenia własnej konstrukcji.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=KkrQGNVj08s&t=1967s>



Nadwrażliwość słuchowa u dzieci – obraz kliniczny, możliwości diagnostyczne i terapeutyczne

Dr hab. Danuta Raj-Koziak, prof. IFPS

Nadwrażliwość słuchowa u dzieci jest powszechnie spotykana w klinicznej praktyce audiologicznej i otolaryngologicznej. Częstość występowania nadwrażliwości w populacji pediatrycznej waha się w zakresie od 3,2%–17,1%. U niektórych dzieci może to być poważny problem, mający wyraźny wpływ na aktywność dziecka i całej rodziny.

Celem prezentacji było przedstawienie profilu klinicznego dziecka z nadwrażliwością słuchową oraz stosowanych metod diagnostyki i terapii tej dolegliwości na podstawie doświadczeń własnych oraz przeglądu piśmiennictwa. Przedstawiono: objawy i przyczyny oraz patomechanizm nadwrażliwości słuchowej, testy diagnostyczne oraz postępowanie terapeutyczne

Nadwrażliwość słuchowa może wystąpić jako dolegliwość izolowana lub towarzyszyć innym

schorzeniom. Najczęściej obserwowaną reakcją obronną dziecka na niechciane dźwięki jest zatykanie uszu. Diagnostyka nadwrażliwości jest oparta na wywiadzie i jeśli to możliwe wykonuje się zestaw testów audiologicznych. Zespoły chorobowe, w przebiegu których najczęściej występuje nadwrażliwość słuchowa, to spectrum autyzmu, zespół Williamsa oraz wysiękowe zapalenia ucha środkowego. Prawdopodobny mechanizm powstawania nadwrażliwości słuchowej może wynikać z niedojrzałości układu słuchowego, deprivacji słuchowej, nieprawidłowości w procesie integracji sensorycznej. Postępowanie terapeutyczne polega na leczeniu przyczynowym, desensytyzacji, terapii kognitywno-behawioralnej, stosowaniu generatorów szumu szerokopasmowego.

Wnioski:

Znajomość profilu klinicznego dzieci z nadwrażliwością słuchową może pomóc lekarzom i terapeutom w określeniu prawdopodobnej prognozy i indywidualizacji planu leczenia.

Istnieje potrzeba kontynuacji badań w tej dziedzinie, aby lepiej poznać mechanizmy leżące u podstaw nadwrażliwości słuchowej.

Rekomendacje:

Dotyczące propozycji postępowania w przypadku występowania nadwrażliwości w następujących sytuacjach:

- Postępowanie wyjaśniające rodzicom i dziecku, że dolegliwości z czasem ustąpią w przypadku

dzieci z prawidłowym rozwojem układu słuchowego,

- Leczenie przyczynowe, operacyjne (drenaż wentylacyjny jamy bębenkowej, adenotomia lub adenotonsillotomia) – dzieci z aktywnym procesem w uchu środkowym oraz w przypadku perforacji błony bębenkowej po drenażu wentylacyjnym jamy bębenkowej (myringoplastyka),
- Leczenie objawowe (słuchowa deszenzytyzacja) u dzieci z idiopatyczną nadwrażliwością słuchową,
- Konsultacja psychiatryczna i psychologiczna, behawioralna deszenzytyzacja u dzieci, które wykazują reakcje lękowe lub ataki paniki.

**Link do nagrania:**

<https://youtu.be/KkrQGNVj08s?t=619>

Technologie cyfrowe i interwencje adekwatne w czasie w terapii szumów usznych

Izabela Sarnicka

Rozwój technologii cyfrowych w ostatnich dwóch dekadach znacząco zmienił krajobraz interwencji zdrowotnych. Szczególnym obszarem ich zastosowania są Behavioral Intervention Technologies (BITs), łącznie psychologię, interwencje kliniczne i narzędzia cyfrowe. Celem BITs jest wspieranie zmiany zachowania oraz poprawa funkcjonowania zdrowotnego i psychicznego poprzez łatwy dostęp do technik terapeutycznych, monitorowania objawów oraz personalizowanych strategii wspomagających. W kontekście szumów usznych (tinnitus), które często wiążą się z upośledzeniem jakości życia, snu, koncentracji i nastroju, technologie cyfrowe stanowią obiecujące narzędzie umożliwiające bardziej zindywidualizowaną, skalowalną i dostępną terapię.

Charakterystyka BITs i ich znaczenie kliniczne

BITs obejmują szerokie spektrum rozwiązań: aplikacje mobilne, platformy internetowe, systemy czujników śledzących zachowania oraz narzędzia przypominające i monitorujące stan zdrowia. Ich kluczowe zalety obejmują:

- szybki rozwój i powszechny dostęp do technologii cyfrowych,

- możliwość korzystania z interwencji w dowolnym miejscu i czasie,
- wysoki stopień personalizacji zgodnej z celami i potrzebami pacjenta,
- integrację wielu urządzeń – smartfonów, czujników, baz danych i sztucznej inteligencji,
- znaczenie dla zdrowia publicznego poprzez możliwość skalowania usług bez proporcjonalnego wzrostu zasobów systemu opieki zdrowotnej.

Jednocześnie BITs, będąc nowatorską technologią, stoją przed wyzwaniami, w tym barierami metodologicznymi, wymogami skutecznego wdrożenia w systemie zdrowotnym czy konkretnych populacjach, potrzebą rozwijania modeli teoretycznych oraz koniecznością pomiaru takich zmiennych jak akceptacja, adopcja czy trwałość korzystania.

Szумы uszne jako problem kliniczny i wyzwanie dla interwencji cyfrowych

Szумы uszne definiowane są jako percepcja dźwięku (np. dzwonienia, szumu, huczenia) bez zewnętrznego źródła. Stan ten charakteryzuje się dużą zmiennością oraz podatnością na czynniki środowiskowe, zdrowotne i psychologiczne. Jego przewlekły charakter oraz współwystępowanie problemów takich jak zaburzenia

nastroju, trudności ze snem i obniżona jakość życia sprawiają, że szумы uszne wymagają wielodyscyplinarnego podejścia terapeutycznego, obejmującego m.in. poprawę słuchu oraz techniki CBT.

BITs w tym kontekście stwarzają możliwość monitorowania objawów w czasie rzeczywistym, identyfikowania momentów ryzyka oraz dostarczania wspomagających interwencji – od relaksacji i terapii dźwiękowej po psychoedukację i elementy terapii akceptacji i zaangażowania (ACT).

Just-In-Time Adaptive Interventions (JITAI) i ocena chwilowa (EMA)

Kluczowym trendem w cyfrowej terapii szumów usznych jest rozwój JITAI – interwencji dostarczanych „we właściwym momencie”, które dynamicznie dostosowują się do stanu pacjenta. Ich funkcjonowanie opiera się na danych Ecological Momentary Assessment (EMA), czyli powtarzanych pomiarach w czasie rzeczywistym. Zbierane dane obejmują m.in. nastroj, stres, poziom szumów, sen oraz kontekst środowiskowy.

Działanie JITAI wykorzystuje:

- powiadomienia, wiadomości tekstowe, interwencje konwersacyjne (chatboty),
- wizualne i dźwiękowe wskazówki terapeutyczne,
- integrację z siecią wsparcia medycznego i społecznego,
- modyfikowane przez klinicystów reguły decyzyjne,
- algorytmy uczenia maszynowego analizujące dane z czujników (tętno, ruch, dźwięk otoczenia).

Wprowadzenie JITAI tworzy możliwość nie tylko automatyzowanych interwencji, lecz również zdalnych, adekwatnych czasowo reakcji lekarza, a także programowania interwencji hybrydowych (manualnych i automatycznych). Jest to zgodne z ideą „smart platform” – spersonalizowanego, ciągłego systemu terapii i monitorowania.

Zastosowania technologii mobilnych i czujników

Trzy główne kierunki technologiczne wykorzystywane w terapii szumów usznych obejmują:

Samobadanie (self-monitoring) – mobilne pomiary psychoakustyczne, testy słuchu i kwestionariusze dysfunkcyjności.

Ekologiczną ocenę chwilową (EMA) – wielokrotne w ciągu dnia pomiary objawów i stanów emocjonalnych, pozwalające badać zmienność i czynniki wywołujące.

Mobile Crowd Sensing (MCS) – agregację big data pochodzących od tysięcy użytkowników, umożliwiającą modelowanie wzorców objawów i rozwoju choroby.

Nowoczesne urządzenia noszone umożliwiają zbieranie danych fizjologicznych w czasie rzeczywistym, np. dotyczących snu, aktywności fizycznej czy parametrów krążenia, co pozwala badać ich związek ze zmiennością szumów usznych. Mimo ogromnego potencjału wdrożenia wymagają odpowiedniego zaplecza technologicznego i ekonomicznego. Istotnym krokiem jest stworzenie platformy MCS do zbierania danych o szumach usznych z wykorzystaniem EMA – Track Your Tinnitus (TYT) dostępnej w systemach iOS, Android, Web.

Terapie cyfrowe oparte na CBT i ACT

Na rynku dostępnych jest kilka mobilnych aplikacji terapeutycznych wstępnie zweryfikowanych klinicznie. Przykładowo:

- Resound Tinnitus Relief – zawiera 33 dźwięki do wyboru, możliwość miksowania dźwięków zgodnie z osobistymi preferencjami oraz timer. Dodatkowo aplikacja posiada elementy edukacyjne i trening relaksacyjny.
- Kalmeda Tinnitus App – oferuje terapię poznawczo-behawioralną (CBT) oraz terapię akceptacji i zaangażowania (ACT). Aplikacja posiada certyfikat wyrobu medycznego w Niemczech i jest dostępna od początku 2019 roku.
- Tinnibot – opiera się na podobnym podejściu terapeutycznym jak Kalmeda Tinnitus App, jednak głównie wykorzystując konwersacyjne możliwości oparte na sztucznej inteligencji – chatbota.

Badania potwierdzają ich krótkoterminową skuteczność w redukcji dokuczliwości szumów usznych (Kutyba i in., 2022; Walter i in., 2023; Bardy i in., 2024). Istnieje jednak potrzeba oceny długoterminowych efektów oraz czynników zwiększających zaangażowanie i utrzymanie korzystania z aplikacji.

Wyzwania i przyszłe kierunki badań

Mimo dynamicznego rozwoju obszaru istnieją istotne wyzwania:

- Ograniczenia metodologiczne (np. brak standaryzacji badań JITAI),
- Konieczność stosowania zaawansowanych metod analizy danych czasowych (np. Micro-Randomized Trials),
- Trudności w zapewnieniu motywacji użytkownika do regularnych pomiarów EMA,

- Integracja danych z systemem opieki zdrowotnej,
- potrzeba wypracowania protokołów bezpieczeństwa i reagowania kryzysowego,
- Luka pomiędzy rozwojem technologicznym a oceną naukową i kliniczną.

Rekomendacje:

1. Dla praktyki klinicznej w rehabilitacji szumów usznych wskazane jest:
 - Włączanie technologii cyfrowych jako uzupełnienia terapii tradycyjnej, szczególnie w obszarze CBT i ACT, co umożliwi stały dostęp do technik terapeutycznych,
 - Stosowanie EMA i JITAI do identyfikacji momentów nasilenia objawów, szczególnie u pacjentów z wysoką zmiennością szumów usznych,
 - Monitorowanie efektów terapii w sposób ciągły, wykorzystując dane z aplikacji i urządzeń noszonych,
 - Wprowadzanie interwencji adekwatnych czasowo (np. relaksację, wskazówki behawioralne, psychoedukację), kiedy pacjent realnie ich potrzebuje,
 - Rozważenie hybrydowych modeli leczenia: automatyczne interwencje + wsparcie specjalisty.
2. Dla projektantów technologii wskazane jest:
 - Zwiększanie personalizacji poprzez uczenie maszynowe i modele predykcyjne,
 - Utrzymywanie wysokiego poziomu użyteczności i prostoty, aby minimalizować obciążenie użytkownika,
 - Wprowadzanie gamifikacji i technik zwiększania motywacji, aby poprawić adherencję do programu,
3. Dla badaczy wskazane jest:
 - Zapewnienie interoperacyjności między aplikacjami, czujnikami i systemami medycznymi.
3. Dla badaczy wskazane jest:
 - Prowadzenie badań z wykorzystaniem MRT oraz analizy danych czasowych, aby ustalić skuteczność interwencji w czasie i ich optymalny timing,
 - Ocena długoterminowa skuteczność terapii mobilnych (6–12 miesięcy), szczególnie pod kątem utrzymania efektów i ryzyka nawrotów dolegliwości,
 - Tworzenie centralnych baz danych dla analiz big data, ułatwiają rozwój predykcyjnych modeli szumów usznych,
 - Standaryzowanie pomiarów EMA oraz stworzenie rekomendacji dotyczących ich stosowania w praktyce klinicznej.
4. Dla systemu ochrony zdrowia wskazania dotyczą:
 - Inwestowania w platformy zdalnego monitorowania, które usprawniają proces terapeutyczny i zmniejszają obciążenie poradni,
 - Wprowadzania cyfrowych terapii monitorowanych przez klinicystów jako elementu refundowanego leczenia, zwłaszcza w obszarze przewlekłych dolegliwości,
 - Wspierania szkoleń klinicystów z zakresu interpretacji danych cyfrowych i projektowania interwencji JITAI.

Współautor:

Danuta Raj-Koziak



Link do nagrania:

<https://youtu.be/KkrQGNVj08s?t=2662>

Genetyka niedosłuchu a zdrowie społeczeństwa

Prof. Monika Ołdak

Niedosłuch stanowi istotny problem zdrowia publicznego, obejmujący znaczną część populacji, zarówno dzieci, jak i osoby dorosłe, ze szczególnym nasileniem w grupie osób starszych. Jest to jedno z najczęstszych zaburzeń narządów zmysłów, którego konsekwencje obejmują m.in. opóźnienia rozwoju mowy u dzieci, trudności w procesie edukacyjnym, ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym oraz

zmniejszenie aktywności zawodowej osób dorosłych.

Istotny odsetek przypadków niedosłuchu ma podłoże genetyczne. Dotychczas zidentyfikowano ponad 150 genów związanych z procesem słyszenia, przy czym mechanizmy dziedziczenia są zróżnicowane i obejmują m.in. dziedziczenie autosomalne recesywne, autosomalne dominujące, sprzężone z chromosomem X oraz mitochondrialne. Postęp w zakresie

badan genetycznych umożliwia coraz dokładniejsze określenie etiologii niedosłuchu.

Badania genetyczne mają kluczowe znaczenie w diagnostyce niedosłuchu. Pozwalają one na identyfikację przyczyny choroby, ocenę ryzyka jej wystąpienia u członków rodziny, potwierdzenie statusu nosicielstwa wariantów patogennych oraz lepsze prognozowanie przebiegu choroby. Zastosowanie nowoczesnych strategii diagnostycznych, takich jak panele wielogenowe oraz analizy eksomu lub genomu, umożliwia ukierunkowanie dalszego postępowania klinicznego oraz personalizację opieki medycznej, w tym rozwój terapii genowych.

Rekomendacje:

- Systematyczne wzmacnianie programów wczesnego wykrywania niedosłuchu, w szczególności

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=3198s



badan przesiewowych noworodków i dzieci.

- Uwzględnienie badań genetycznych jako standardowego elementu diagnostyki niedosłuchu.
- Zapewnienie powszechnego dostępu do specjalistycznego poradnictwa genetycznego dla pacjentów oraz ich rodzin.
- Wspieranie badań naukowych nad integracją danych genetycznych i klinicznych, w tym z wykorzystaniem narzędzi opartych na sztucznej inteligencji.
- Prowadzenie działań edukacyjnych skierowanych do społeczeństwa oraz personelu medycznego w zakresie genetycznych uwarunkowań niedosłuchu oraz możliwości nowoczesnej diagnostyki i leczenia.

Środowisko czy genetyka? Przyczyny niedosłuchu i aktualne opcje diagnostyczne

Dr Dominika Oziębło

Niedosłuch należy do chorób o wysokim rozpowszechnieniu w populacji i charakteryzuje się istotnym zróżnicowaniem przyczyn. Może występować na każdym etapie życia, a jego konsekwencje obejmują zarówno funkcjonowanie jednostki, jak i obciążenie systemu ochrony zdrowia. Dane epidemiologiczne wskazują na znaczący udział niedosłuchu zarówno w populacji dzieci, jak i osób starszych.

Etiologia niedosłuchu jest heterogenna i obejmuje czynniki genetyczne oraz środowiskowe. Jednocześnie znaczna część przypadków ma podłoże ściśle monogenowe, wynikające z obecności patogennych wariantów w pojedynczych genach odpowiedzialnych za prawidłowe funkcjonowanie narządu słuchu i równowagi. Do czynników środowiskowych sprzyjających rozwojowi niedosłuchu należą m.in. infekcje, ekspozycja na hałas, leki ototoksyczne oraz urazy mechaniczne, przy czym ich obecność nie wyklucza istnienia jednoznacznej przyczyny genetycznej.

W wielu postaciach niedosłuchu, zarówno izolowanych, jak i zespołowych, możliwe jest wskazanie pojedynczego genu jako bezpośredniego czynnika

sprawczego, co ma istotne znaczenie diagnostyczne i kliniczne. Rozwój diagnostyki molekularnej umożliwił zastosowanie zróżnicowanych strategii badań genetycznych, w tym analiz pojedynczych genów, badań panelowych oraz sekwencjonowania całego eksomu lub genomu. Kluczowe znaczenie ma również właściwa interpretacja wyników zgodna z międzynarodowymi standardami oraz integracja danych genetycznych z wynikami badań klinicznych i audiologicznych, co sprzyja trafniejszemu prognozowaniu przebiegu choroby i planowaniu postępowania terapeutycznego.

Rekomendacje:

- Stosowanie kompleksowego podejścia diagnostycznego uwzględniającego zróżnicowaną etiologię niedosłuchu.
- Rozwijanie i standaryzowanie nowoczesnych metod diagnostyki genetycznej w ośrodkach klinicznych.
- Zapewnienie interdyscyplinarnej współpracy pomiędzy specjalistami w procesie diagnostyki i leczenia pacjentów z niedosłuchem.
- Wykorzystanie narzędzi analitycznych opartych

na integracji danych genetycznych i klinicznych w celu poprawy jakości opieki nad pacjentami z niedostuchem.

- Wspieranie dalszych badań naukowych nad mechanizmami powstawania niedostuchu oraz możliwościami ich klinicznego zastosowania.

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=4832s



Niedostuch rodzinny – czy jego przyczyna zawsze ukrywa się w genach?

Marcin Leja

Niedostuch (HL) rodzinny często kojarzony jest bezpośrednio z podłożem genetycznym, jednak jego interpretacja kliniczna nie zawsze jest jednoznaczna. Wśród dziedzicznych postaci szczególne miejsce zajmuje niedostuch autosomalnie dominujący (ADHL), który zwykle ma charakter postępujący, rozpoczyna się głównie na wysokich częstotliwościach i może ujawniać się zarówno w dzieciństwie, jak i w wieku dorosłym. Dotychczas zidentyfikowano 68 genów związanych z ADHL, co podkreśla dużą heterogenność genetyczną tego typu HL.

W Zakładzie Genetyki IFPS przeprowadzono badania obejmujące 108 rodzin z wielopokoleniowym występowaniem niedostuchu. W celu poznania podłoża genetycznego zastosowano sekwencjonowanie następnej generacji z użyciem panelu wielogenowego obejmującego 237 genów związanych z procesem słyszenia. Wykonane badania umożliwiły poznanie genetycznych przyczyn HL w 52% badanych rodzin. Wśród zidentyfikowanych wariantów aż 63% stanowiły warianty nowe, dotychczas niepowiązane z HL, wymagające dalszej oceny ich znaczenia klinicznego w toku badań.

Uzyskane wyniki wskazują, że nawet w rodzinach, w których rodowód sugeruje autosomalnie dominujący sposób dziedziczenia, przyczyna niedostuchu nie zawsze może zostać jednoznacznie potwierdzona na

poziomie molekularnym. Dodatkowe trudności diagnostyczne wynikają z występowania fenokopii, niepełnej penetracji oraz zmiennej ekspresji. Zjawiska te mogą maskować rzeczywisty mechanizm dziedziczenia i wymagają ostrożnej interpretacji wyników genetycznych w ścisłym kontekście klinicznym.

Rekomendacje:

- Zaleca się przeprowadzanie szczegółowego wywiadu podmiotowego, w tym wywiadu rodzinnego obejmującego co najmniej dwa pokolenia, u pacjentów z niedostuchem w celu oceny prawdopodobieństwa autosomalnego dominującego mechanizmu dziedziczenia.
- W przypadku stwierdzenia niedostuchu u kilku członków tej samej rodziny zasadne jest skierowanie pacjenta do poradni genetycznej w celu dalszej diagnostyki i poradnictwa.
- W praktyce klinicznej należy uwzględniać, że brak jednoznacznych cech klinicznych nie wyklucza genetycznego podłoża niedostuchu autosomalnie dominującego ze względu na możliwą niepełną penetrację, zmienną ekspresję fenotypową oraz występowanie fenokopii.

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/live/n5GDgm0zG4k?si=_qNyYLVuVnla0Bej&t=20896



Niedostrzegane wady – podłoże genetyczne malformacji ucha wewnętrznego

Nina Gan

U około 20% dzieci z niedostuchem prelingwalnym wykrywane są wady wrodzone ucha wewnętrznego. Ich obecność w istotny sposób wpływa na możliwość zastosowania interwencji medycznych, takich jak implant ślimakowy. Skutki takich interwencji są mniej przewidywalne i niestety często gorsze niż u pacjentów z prawidłową budową ucha wewnętrznego. Mimo ogromnego postępu w genetyce niedostuchu na przestrzeni ostatnich dekad podłoże genetyczne wad ucha wewnętrznego pozostaje słabo poznane.

U 79 pacjentów Poradni Genetycznej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, u których rozpoznano niedostuch oraz obustronną wadę wrodzoną ucha wewnętrznego, przeprowadzono celowane sekwencjonowanie panelowe (237 lub 263 geny związane z procesem słyszenia), a wykryte warianty genetyczne poddano analizie eksperckiej zgodnie ze standardami ACMG/AMP z uwzględnieniem wytycznych dla niedostuchu dziedzicznego. W badanej grupie większość pacjentów stanowili pacjenci z niedostuchem izolowanym (51/79, 65%) oraz z zespołem skrzelowo-usznym (12/79, 15%). Pod względem wady wrodzonej ucha wewnętrznego najczęstszą było poszerzenie wodociągu przedsionka

z niepełnym podziałem ślimaka typu 2 (30/79, 38%) oraz wada ze spektrum hipoplazji ślimaka (19/79, 24%). Przyczynę genetyczną niedostuchu oraz wady wrodzonej ucha wewnętrznego udało się określić dla 57% pacjentów (45/79).

Genetyczne przyczyny wad ucha wewnętrznego okazały się bardzo zróżnicowane – wśród rozwiązanych przypadków znaleźli się pacjenci z bardzo rzadkimi zespołami uwarunkowanymi genetycznie, takim jak zespół LAMM (ang. Labyrinthine Aplasia, Microtia, Microdontia) czy zespół skrzelowo-oczno-twarzowy, gdzie właśnie znalezienie przyczyny genetycznej pozwoliło na odpowiednie rozpoznanie. Wysoka wykrywalność (45/79, 57%) przyczyn genetycznych w tej grupie pacjentów dowodzi zasadności i wartości badań genetycznych pod tym kątem. Dla każdego z tych pacjentów znalezienie molekularnego podłoża ich choroby pozwala na personalizację leczenia.

Rekomendacje:

Włączenie do standardu opieki nad pacjentem z niedostuchem, szczególnie w przypadku występowania wady ucha wewnętrznego, poradnictwa genetycznego.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=17091s>



Współwystępowanie zaburzeń słuchu i wzroku – badania nad zespołem Ushera

Natalia Bałdyga

Zespół Ushera jest rzadką chorobą genetyczną dziedziczną autosomalnie recesywnie, charakteryzującą się współwystępowaniem zaburzeń słuchu i wzroku. Stanowi on istotną przyczynę niedostuchu prelingwalnego oraz postępującego zwyrodnienia barwnikowego siatkówki. Podłoże choroby związane jest z mutacjami w genach kodujących białka niezbędne do prawidłowego funkcjonowania komórek rzęsatych ślimaka oraz fotoreceptorów siatkówki. W patogenie zespołu Ushera najczęściej identyfikowane są warianty w genach USH2A, ADGRV1, MYO7A, CDH23

i CLRN1. Badania przeprowadzono w grupie 68 pacjentów z wykorzystaniem sekwencjonowania następczej generacji panelu wielogenowego obejmującego 237 genów związanych z procesem słyszenia oraz zestawu sond MIP ukierunkowanych na gen USH2A. Warianty sprawcze zidentyfikowano u 96% badanych, przy czym skuteczność diagnostyczna wyniosła 85% u pacjentów analizowanych z wykorzystaniem panelu wielogenowego oraz 100% u pacjentów badanych za pomocą sond MIP. Najczęściej wykrywane patogenne warianty dotyczyły genu USH2A, natomiast zmiany

w genie ADGRV1 wykryto u 3 pacjentów. Łącznie zidentyfikowano 56 wariantów sprawczych, w tym 18 nowych, dotychczas nieopisywanych w literaturze. Dodatkowo wykazano, że u 39% pacjentów z lekkim lub umiarkowanym niedosłuchem, bez patogennych wariantów w genie STRC, obecne były zmiany w genach USH2A lub ADGRV1. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność uwzględniania zespołu Ushera

w diagnostyce różnicowej pacjentów z niedosłuchem o nieustalonej etiologii oraz podkreślają zasadność stosowania paneli wielogenowych w rutynowej diagnostyce molekularnej. Wczesne rozpoznanie umożliwia objęcie pacjentów wielospecjalistyczną opieką, wdrożenie odpowiedniego postępowania rehabilitacyjnego oraz zapewnienie poradnictwa genetycznego pacjentom i ich rodzinom.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=21193s>



Sztuczna inteligencja w detekcji zaburzeń głosu w chorobach krtani

Prof. Agata Szkiełkowska

Głos jest kluczowym elementem w procesie komunikacji międzyludzkiej. Zawiera nie tylko treść merytoryczną, ale i charakterystykę mówcy. Wymiana informacji jest motorem naszej współczesnej cywilizacji. Pręźnie rozwijająca się technika, a szczególnie telekomunikacja, sprawia, że głos ludzki odgrywa kluczową rolę w kontaktach społecznych. Według prognoz na XXI wiek, jego znaczenie będzie stale rosło, nie tylko jako elementu w procesie komunikacji międzyludzkiej, ale również jako nośnika emocji oraz wykładnika stanu psycho-fizycznego i zdrowia każdego człowieka. Od wielu lat w praktyce klinicznej foniatrycznej wykorzystuje się analizę akustyczną głosu jako metodę uzupełniającą, potwierdzającą diagnozę schorzeń w obrębie traktu głosowego. Doświadczenia kliniczne oraz rozwój bioinżynierii i technik informatycznych spowodowały, że głos spostrzegamy dzisiaj jako biomarker, a zatem wskaźnik obiektywnie mierzalny, wskazujący na istnienie stanu chorobowego. Możliwość zastosowania algorytmów sztucznej inteligencji umożliwia dzisiaj tworzenie nowych narzędzi diagnostycznych w obszarze audiologii i foniatrii oraz laryngologii. W Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu prowadzone są badania, w których rozkład struktury akustycznej głosu wykorzystany jest do opisanego jakości głosu, czynności fonacyjnej krtani oraz opisanego chorób zaburzających fizjologiczną produkcję głosu. Prace badawcze koncentrują się na opracowaniu algorytmu do kategoryzacji głosów patologicznych wykorzystujących strukturę akustyczną głosu ludzkiego

w różnych chorobach krtani w oparciu o metody przetwarzania sygnałów biomedycznych, w szczególności dla sygnałów niestacjonarnych mowy dla ekstrakcji istotnych cech ilościowych, stanowiących wektor parametrów dla etapu klasyfikacji w oparciu o metody uczenia maszynowego i algorytmy sztucznej inteligencji. Celem tych badań jest opracowanie systemu przesiewowo-diagnostycznego do automatycznego wykrywania chorób krtani. Badania ukierunkowane są na kategoryzację głosów patologicznych opierającej się na parametrach akustycznych głosu w różnych chorobach krtani z wykorzystaniem algorytmów sztucznej inteligencji oraz na opracowaniu systemu pomiarowego do długookresowej akwizycji, analizy i sygnalizacji zmian w głosie w warunkach rzeczywistego obciążenia traktu głosowego. Równolegle prowadzone są również badania dotyczące wpływu stanu emocjonalnego na fizjologiczne parametry akustyczne głosu. Efektem tych prac jest opracowanie profilu behawioralno-fizjologicznego w celu różnicowania czynnościowych zaburzeń głosu oraz podniesienia stopnia obiektywizacji badania, zwłaszcza w warunkach silnego stresu. Opracowany system wykorzystuje wskaźniki biometryczne w ocenie istniejącej patologii krtani o podłożu czynnościowym.

Podsumowanie:

- Głos ludzki może stanowić biologiczny wskaźnik fizjologiczno-behawioralny w zakresie nowoczesnej diagnostyki chorób krtani.

- Każda jednostka chorobowa krtani posiada swoją charakterystykę akustyczną i powoduje charakterystyczne zmiany w strukturze akustycznej głosu.
- W zakresie chorób czynnościowych krtani konieczne jest włączenie do diagnostyki panelu określonych wskaźników behawioralnych umożliwiających ocenę profilu emocjonalnego.
- Zaburzenia wskaźników elektrofizjologicznych w organizmie współistniejące z zaburzoną strukturą akustyczną głosu mogą stanowić czynnik określający ryzyko wystąpienia pełnoobjawowej dysfonii w przyszłości.
- Wyznaczenie wskaźników predykcyjnych w dysfonii czynnościowej daje możliwość podjęcia działań zaradczych przed rozwinięciem się pełnoobjawowej choroby.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=23512s>



Problemy komunikacyjne w rzadkich chorobach krtani

Dr hab. Paulina Krasnodębska

Problemy komunikacyjne stanowią istotne, choć często niedostatecznie dostrzegane wyzwanie w przebiegu chorób krtani. Zaburzenia te obejmują nie tylko deficyty w zakresie emisji głosu, mowy i oddychania, ale również złożone konsekwencje psychospołeczne, zawodowe oraz jakości życia pacjentów. Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie specyfiki problemów komunikacyjnych w wybranych rzadkich chorobach krtani, omówienie aktualnych standardów diagnostycznych oraz wskazanie kierunków rozwoju opieki interdyscyplinarnej, zgodnie z nowoczesnym podejściem opartym na wartości zdrowotnej (Value-Based Healthcare, VBHC).

Problemy komunikacyjne definiowane są jako trudności w przekazywaniu, odbieraniu lub rozumieniu informacji pomiędzy ludźmi. Obejmują one zarówno zaburzenia biologiczno-medyczne aparatu głosu i mowy, jak i czynniki językowo-poznawcze, emocjonalno-społeczne oraz środowiskowe. W kontekście chorób krtani szczególne znaczenie ma możliwość samooceny stanu zdrowia, funkcjonowania oraz jakości życia pacjentów, które stanowią integralny element kompleksowej oceny klinicznej.

Obowiązujący protokół oceny głosu, opracowany przez Unię Europejskich Foniatorów we współpracy z Europejskim Towarzystwem Otorynologicznym, opiera się na pięciu filarach: badaniu endoskopowym krtani (laryngowideostroboskopia), ocenie percepcyjnej głosu, analizie akustycznej, ocenie aerodynamicznej oraz samoocenie pacjenta z wykorzystaniem standaryzowanych kwestionariuszy. W przypadku chorób rzadkich krtani zakres

diagnostyki musi być jednak poszerzony o dodatkowe metody, takie jak badania obrazowe, laboratoryjne oraz neurofizjologiczne, w tym elektromiografię krtani (LEMG), pozwalającą na ocenę funkcji nerwowo-mięśniowej struktur krtani.

Choroby rzadkie definiowane są jako jednostki chorobowe występujące u mniej niż 1 osoby na 2000 w populacji ogólnej. Szacuje się, że liczba pacjentów z różnymi chorobami rzadkimi w Polsce wynosi około 2–3 milionów. Istotnym problemem pozostaje brak centralnego rejestru oraz niewystarczająca świadomość społeczna i systemowa dotycząca tych schorzeń, co przekłada się na opóźnienia diagnostyczne i ograniczony dostęp do specjalistycznej opieki.

Rzadkie choroby krtani stanowią wąską, lecz klinicznie istotną grupę schorzeń w foniatrii i otorynolaryngologii. Obejmują one zarówno choroby wrodzone i genetyczne, jak i nabyte jednostki o niskiej częstości występowania. Do głównych grup etiologicznych należą: wrodzone i genetyczne choroby krtani, rzadkie choroby neurologiczne z zajęciem krtani, choroby zapalne, autoimmunologiczne i infekcyjne, nowotwory oraz inne rzadkie zaburzenia strukturalne i czynnościowe.

Wrodzone i genetyczne choroby krtani, takie jak laryngomalacja, wrodzone porażenie fałdu głosowego, wrodzona płetwa krtaniowa czy zespół laryngotracheobronchomalacji, ujawniają się zwykle w okresie noworodkowym. Drugą istotną grupę stanowią rzadkie choroby neurologiczne z zajęciem krtani, takie jak dystonia krtaniowa, samoistne drżenie głosu, miastenia czy zespół

demielinizacyjne. Kolejną grupę stanowią choroby zapalne, autoimmunologiczne i infekcyjne, w tym sarkoidoza krtani, amyloidoza krtani, ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń czy gruźlica krtani. Głos w rzadkich chorobach krtani często charakteryzuje się przewlekłą chrypką, niestabilnością oraz obniżoną wydolnością fonacyjną, co prowadzi do skrócenia fraz wypowiedzi i zwiększonego wysiłku podczas mówienia. Zaburzenia te ograniczają także możliwości modulacji intonacyjnej i dynamicznej głosu, utrudniając wyrażanie emocji oraz przekazu pozajęzykowego w komunikacji interpersonalnej, niekiedy uniemożliwiając wykonywanie pracy zawodowej.

Model opieki nad pacjentem z rzadkimi chorobami krtani powinien opierać się na skoordynowanej, interdyscyplinarnej współpracy w ośrodkach

referencyjnych. Kluczową rolę odgrywa lekarz audiolog i foniatra, we współpracy z otorynolaryngologiem, neurologiem, psychiatrą, logopedą, psychologiem oraz innymi specjalistami. Ocenę skuteczności terapii należy prowadzić w oparciu o mierzalne efekty kliniczne oraz subiektywną poprawę jakości życia pacjentów, co jest zgodne z założeniami VBHC.

Podsumowując, rzadkie choroby krtani stanowią realny i wielowymiarowy problem komunikacyjny. Choć występują rzadko, ich wpływ na funkcjonowanie pacjentów jest znaczący. Współczesna diagnostyka, interdyscyplinarna współpraca oraz podejście skoncentrowane na wartości zdrowotnej są kluczowe dla skutecznego leczenia i poprawy jakości życia tej grupy chorych. Rzadkie nie oznacza niewidzialne – przeciwnie, wymaga szczególnej uwagi klinicznej i systemowej.



Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=1944s>

Higiena głosu w codziennej komunikacji w społeczeństwie

Dr Dorota Kapustka

Głos jest podstawowym narzędziem komunikacji międzyludzkiej. Jest nie tylko narzędziem przekazywania informacji, ale także nośnikiem emocji oraz ważnym elementem w budowaniu relacji społecznych. Dla znacznej liczby osób – w Polsce jest ich ok. 3 mln – jest narzędziem pracy. Zaburzenia głosu są powszechnym problemem – dotyczą blisko 1/3 społeczeństwa, a ok. 7% osób dorosłych doświadcza problemów z głosem przewlekłe. Wśród dzieci odsetek ten sięga nawet 15%. Higiena głosu jest skutecznym narzędziem w profilaktyce zaburzeń głosu. Obejmuje uniwersalne zalecenia, dzięki którym mówienie w mniejszym stopniu eksploatuje narząd głosu, jest bardziej ekonomiczne. Wśród nich znajdują się zalecenia, aby unikać mówienia zbyt głośno, ale także mówienia szeptem. Należy mówić powoli, robiąc częste przerwy na oddech. Ważne jest dostosowanie wysokości głosu do własnych predyspozycji, które zależą od budowy naszego narządu głosu, ale także ulegają zmianie w ciągu życia. Warto unikać mówienia w głośnym otoczeniu oraz ograniczyć wysiłki głosowe w czasie infekcji górnych dróg oddechowych. Osoby pracujące zawodowo

głosem mogą skorzystać z konsultacji specjalistów takich jak logopeda czy foniatra w celu zapoznania się z ćwiczeniami z zakresu koordynacji oddechowo-fonacyjnej, których regularne stosowanie pozwala utrzymać narząd głosu w dobrej kondycji. W przypadku większych wystąpień warto korzystać z nagłośnienia. Należy także pamiętać o odpoczynku głosowym po większych wysiłkach głosowych. Kluczowym zaleceniem z zakresu higieny głosu jest utrzymanie nawilżenia błony śluzowej gardła i krtani. W tym celu należy zapewnić odpowiednią podaż płynów, czyli min. 2 l dziennie, a także można się wspomagać powszechnie dostępnymi preparatami nawilżającymi do gardła czy inhalacjami nawilżającymi. Należy także unikać przebywania w suchym oraz zapyłonym otoczeniu. Również zasady zdrowego trybu życia są niezwykle ważne w profilaktyce zaburzeń głosu. Istotna jest zdrowa dieta, odpowiednia ilość snu, ograniczenie stresu, eliminacja używek oraz unikanie infekcji. A ponieważ narząd głosu jest integralną częścią układu ruchu, nie można zapominać także o aktywności fizycznej. Ostatnim elementem jest wczesna diagnostyka w przypadku

chrypki utrzymującej się powyżej 3 tygodni. Jest to szczególnie ważne w kontekście profilaktyki chorób nowotworowych, ale także w przypadku łagodnych

zmian organicznych czy zaburzeń czynnościowych. Wczesna interwencja zwiększa szanse na dobry efekt leczenia.

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=21133s



Rozwój mowy u dzieci z wrodzoną jednostronną głuchotą korzystających z implantu ślimakowego

Dorota Pastuszek

Dzieci z wrodzoną jednostronną głuchotą częściej niż ich rówieśnicy ze słuchem prawidłowym wykazują opóźnienia w rozwoju mowy i języka, a także napotykają trudności w procesie uczenia się. Główną przyczyną tych problemów jest brak możliwości słyszenia dwuuszynowego, które w tej grupie może zostać przywrócone dzięki zastosowaniu implantu ślimakowego.

Celem pracy było przeanalizowanie rozwoju mowy biernej i czynnej u dzieci z wrodzoną jednostronną głuchotą, ze szczególnym uwzględnieniem zmian związanych z użytkowaniem implantu ślimakowego.

Badaniem objęto grupę 27 dzieci z wrodzoną jednostronną głuchotą w wieku od 4 miesięcy do 9 lat, diagnozowanych w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu oraz leczonych za pomocą implantu ślimakowego. W celu oceny rozwoju mowy wykorzystano narzędzie diagnostyczne Karty Oceny Logopedycznej (KOLD). Badanie przeprowadzono w dwóch etapach: podczas diagnostyki audiologicznej oraz po upływie 18 miesięcy od wszczęcia implantu ślimakowego. Analizowane obszary obejmowały rozumienie mowy oraz jej nadawanie.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=KkrQGNVj08s&t=97s>



W obszarze rozumienia mowy: przed operacją 63% dzieci osiągnęło niskie wyniki, 37% – przeciętne, natomiast żadne dziecko nie osiągnęło wyniku wysokiego. Po operacji odsetek dzieci z wysokimi wynikami wzrósł do 18,5%, z przeciętnymi wyniósł 55,6%, a z niskimi zmniejszył się do 25,9%. W odniesieniu do mowy czynnej (nadawania) przed operacją 70,4% dzieci charakteryzowało się niskim poziomem umiejętności, 29,6% prezentowało poziom przeciętny, a żadne nie osiągnęło poziomu wysokiego. Po operacji odsetek dzieci z wysokimi wynikami wzrósł do 3,7%, z przeciętnymi do 66,7%, a z niskimi spadł do 29,6%.

Wnioski:

Niniejsze badanie wskazuje, że zastosowanie implantu ślimakowego korzystnie wpływa zarówno na rozwój mowy czynnej, jak i biernej u dzieci z wrodzoną jednostronną głuchotą. Oznacza to, że wszczęcie implantu może stanowić skuteczną metodę wspomagającą rozwój kompetencji językowych w tej grupie pacjentów.

Między ciszą a harmonią – muzyka w doświadczeniu osób z implantem ślimakowym

Dr Anna Ratuszniak

Muzyka stanowi jedno z najbardziej złożonych i wielowymiarowych zjawisk percepcyjnych, w które

zaangażowane są liczne systemy neuronalne uczestniczące w przetwarzaniu słuchowym, regulacji emocji,

pamięci, przewidywaniu oraz neuroplastyczności. Współczesne badania wskazują, że zarówno percepcja muzyki, jak i zdolność rozpoznawania emocji zakodowanych w strukturach dźwiękowych odgrywają kluczową rolę w rozwoju i funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym oraz społecznym człowieka.

W wykładzie przedstawiono aktualny stan wiedzy na temat postrzegania muzyki przez użytkowników implantów ślimakowych. Dzięki nowoczesnej technologii uzyskują oni ogólnie dobre wyniki w testach rozumienia mowy, jednak muzyka nadal pozostaje bodźcem znacznie bardziej złożonym percepcyjnie, wymagającym przetwarzania wysokości dźwięku, barwy, harmonii i struktury melodycznej. Według danych opublikowanych w źródłach naukowych użytkownicy implantów ślimakowych często lepiej radzą sobie z odbiorem rytmu i tempa niż melodii i harmonii. Mają większe trudności w zakresie rozpoznawania konturu melodii muzycznej oraz w zadaniach związanych z rozróżnianiem barwy dźwięku niż osoby prawidłowo słyszące. Ponadto doświadczenie muzyczne bywa odmienne od tego znanego sprzed utraty słuchu lub od percepcji osób słyszących prawidłowo.

Pomimo to badania i doświadczenia pacjentów pokazują, że muzyka nadal może pełnić niezwykle ważną rolę w ich życiu. Mimo pewnych ograniczeń wielu użytkowników implantów odzyskuje możliwość czerpania radości z muzyki – zarówno jako słuchacze, jak i aktywni uczestnicy, np. w formie śpiewu czy gry na instrumentach.

Wykład akcentował rolę rehabilitacji słuchowej

ukierunkowanej na muzykę, wskazując, że odpowiednio dobrane treningi muzyczne mogą wspierać rozwój percepcji dźwięków oraz ogólnych kompetencji słuchowych. Podkreślono również, że doświadczenie muzyki u osób z implantem ślimakowym ma charakter indywidualny i zależy od wielu czynników. Jednocześnie zwrócono uwagę na znaczenie emocjonalne i społeczne muzyki, która może pozytywnie wpływać na jakość życia, motywację do rehabilitacji oraz poczucie uczestnictwa w życiu kulturalnym.

Rekomendacje:

- Uwzględnianie muzyki w procesie rehabilitacji słuchowej – włączanie elementów treningu muzycznego do programów rehabilitacji osób z implantem ślimakowym.
- Indywidualizacja podejścia terapeutycznego – dostosowane do możliwości percepcyjnych, wieku, doświadczeń muzycznych oraz preferencji pacjenta.
- Współpraca interdyscyplinarna – w spóldziałanie audiologów, surdologopedów, protetyków słuchu oraz muzykoterapeutów w celu kompleksowego wsparcia pacjentów.
- Rozwój i promocja badań nad percepcją muzyki – potrzeba dalszych badań nad metodami poprawy odbioru muzyki przez osoby z implantem ślimakowym oraz nad wpływem treningów muzycznych na jakość życia i funkcjonowanie słuchowe.



Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=3981s

Nowe życie z implantem ślimakowym – jak technologia przywraca zdrowie i radość codzienności?

Kornelia Zawistowska

Wykład obejmował kompleksowe omówienie problematyki niedosłuchu jako narastającego wyzwania zdrowia publicznego w skali globalnej. Zwrócono uwagę na dane Światowej Organizacji Zdrowia wskazujące, że do 2050 roku nawet jedna na dziesięć osób na świecie będzie dotknięta ubytkiem słuchu [1]. Akcentowano również fakt, że około miliarda młodych ludzi już obecnie znajduje się w grupie ryzyka trwałej utraty słuchu, głównie na skutek

nadmiernej ekspozycji na hałas, nieprawidłowego korzystania ze słuchawek oraz braku świadomości zasad profilaktyki.

W dalszej części wykładu zwrócono uwagę, że niedosłuch nie stanowi wyłącznie problemu zdrowotnego jednostki, lecz pociąga za sobą istotne konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Wskazano, że globalne koszty wynikające z nieleczonego ubytku słuchu, obejmujące m.in. utratę produktywności,

trudności edukacyjne i ograniczenia komunikacyjne, szacowane są na około 1 bilion dolarów rocznie [1]. Podkreślono, że profilaktyka oraz wczesna diagnostyka słuchu powinny stanowić priorytet zdrowia publicznego.

Wykład akcentował wielowymiarowy wpływ niedosłuchu na codzienne funkcjonowanie pacjentów. Zwrócono uwagę na trudności w komunikacji prowadzące do frustracji, nieporozumień oraz stopniowej izolacji społecznej. Wskazano także na ograniczenia w rozwoju osobistym i zawodowym, utrudnione uczestnictwo w kulturze oraz rosnącą liczbę doniesień łączących niedosłuch z pogorszeniem funkcji poznawczych, w tym pamięci i koncentracji. Podkreślono negatywny wpływ tych czynników na zdrowie psychiczne oraz relacje rodzinne i społeczne.

Istotną część wykładu poświęcono nowoczesnym metodom leczenia głębokiego niedosłuchu, ze szczególnym uwzględnieniem implantów ślimakowych. Zwrócono uwagę, że implanty te umożliwiają bezpośrednią stymulację nerwu słuchowego, omijając uszkodzone struktury ucha wewnętrznego, co pozwala na odbiór dźwięków u pacjentów, u których tradycyjne aparaty słuchowe są nieskuteczne. Akcentowano znaczenie pierwszego w Polsce wszczepienia implantu ślimakowego w 1992 roku, które zapoczątkowało rozwój nowoczesnej implantologii słuchu w kraju [2].

Wykład obejmował również omówienie budowy i zasady działania implantu ślimakowego, ze wskazaniem na rolę zewnętrznego procesora dźwięku oraz części wewnętrznej z elektrodami wszczepionymi do ślimaka. Zwrócono uwagę na szerokie wskazania do implantacji, obejmujące obustronny i jednostronny głęboki niedosłuch oraz częściową głuchotę w zakresie wysokich częstotliwości.

Szczególną uwagę poświęcono ocenie skuteczności leczenia z perspektywy pacjenta. Wskazano na znaczenie standaryzowanego kwestionariusza APHAB (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit), umożliwiającego ilościową ocenę subiektywnych trudności komunikacyjnych w codziennych sytuacjach [3]. Przedstawione wyniki badania obejmującego 463 użytkowników implantów ślimakowych wykazały istotną poprawę funkcjonowania – poziom trudności komunikacyjnych

zmniejszył się z około 67% przed implantacją do około 38% po 1,5 roku użytkowania implantu. Akcentowano, że poprawa ta przekłada się na realny wzrost jakości życia, aktywności społecznej oraz samodzielności pacjentów.

Podsumowując, zwrócono uwagę, że implant ślimakowy nie jest jedynie rozwiązaniem technicznym kompensującym ubytek słuchu, lecz technologią umożliwiającą pacjentom pełniejsze uczestnictwo w życiu społecznym oraz poprawę dobrostanu psychicznego. Wykład akcentował potrzebę kompleksowego podejścia do leczenia niedosłuchu, uwzględniającego zarówno wyniki badań audiologicznych, jak i subiektywne doświadczenia pacjentów.

Wnioski i rekomendacje:

- Zwrócono uwagę na konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych i edukacyjnych w zakresie ochrony słuchu, szczególnie wśród dzieci i młodzieży.
- Akcentowano znaczenie wczesnej diagnostyki niedosłuchu jako kluczowego elementu skutecznego leczenia i rehabilitacji.
- Wskazano implanty ślimakowe jako skuteczną i bezpieczną metodę leczenia głębokiego ubytku słuchu, istotnie poprawiającą jakość życia pacjentów.
- Zalecono rutynowe stosowanie standaryzowanych kwestionariuszy, takich jak APHAB, w ocenie efektów terapii słuchowej.

Współautorzy:

Anita Obrycka, Artur Lorens, Henryk Skarżyński, Piotr H. Skarżyński

Bibliografia:

1. World Health Organization. Deafness and hearing loss. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Dec 31]. Dostęp online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
2. Lorens A, Skarżyński H. Technologia implantów ślimakowych. *Nowa Audiofonologia*. 2012;1(3):18–23.
3. Cox RM, Alexander GC. The Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit. *Ear Hear*. 1995;16(2):176–186.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=10350s>



Jak zapytać, żeby zrozumieć – o tym, jak kwestionariusze pomagają ocenić efekty leczenia implantem słuchowym

Dr hab. inż. Anita Obrycka

W medycynie badania kwestionariuszowe stanowią kluczowy łącznik między obiektywnym wynikiem leczenia, obserwowanym przez lekarza, a subiektywnym efektem, którego oczekuje i doświadcza pacjent. Umożliwiają one uwzględnienie perspektywy pacjenta – jego indywidualnych potrzeb, wartości, poziomu satysfakcji oraz stopnia poprawy funkcjonowania w codziennym życiu. Dzięki kwestionariuszom specjalista może lepiej zrozumieć, co jest rzeczywistym powodem, dla którego pacjent szuka pomocy. Takie podejście pozwala nie tylko na ocenę skuteczności leczenia w wymiarze klinicznym, ale również na dopasowanie terapii do indywidualnych celów i oczekiwań pacjenta.

W praktyce klinicznej kwestionariusze pełnią rolę mostu komunikacyjnego między medycyną opartą na dowodach a medycyną zorientowaną na pacjenta. Integrują dane ilościowe (np. wyniki badań, parametry funkcjonalne) z danymi jakościowymi, opisującymi doświadczenia, emocje i motywacje chorego. Dzięki temu możliwe jest prowadzenie bardziej holistycznej i partnerskiej opieki, w której pacjent staje się aktywnym uczestnikiem procesu terapeutycznego.

Choć wywiad z pacjentem jest nieocenionym elementem kontaktu klinicznego, nie zastępuje on kwestionariuszy. Wywiad opiera się na rozmowie i subiektywnej interpretacji wypowiedzi pacjenta przez specjalistę, natomiast kwestionariusz stanowi wystandaryzowane narzędzie pomiaru, którego konstrukcja wymusza jednoznaczną interpretację odpowiedzi, eliminując niejasności, które mogą pojawić się w swobodnej rozmowie. Dzięki temu dane uzyskane z kwestionariusza są bardziej precyzyjne, a specjalista może na ich podstawie formułować trafniejsze wnioski kliniczne.

Rekomenduje się stosowanie kwestionariuszy jako istotnego elementu procesu diagnostycznego i terapeutycznego, gdyż stanowią one wartościowe uzupełnienie tradycyjnego wywiadu klinicznego oraz wyników badań, dostarczając obiektywnych danych na temat stanu pacjenta. Jednocześnie zaleca się wykorzystywanie wyłącznie kwestionariuszy opracowanych zgodnie z obowiązującymi standardami metodologicznymi oraz poddanych procesowi walidacji, ponieważ tylko takie narzędzia charakteryzują się wysoką wartością diagnostyczną i zapewniają rzetelność uzyskiwanych wyników.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=n5GDgm0zG4k&t=12586s>



Słyszeć mózgiem – nauka o potencjałach korowych po wszczepieniu implantu ślimakowego

Dr inż. Adam Walkowiak

W prezentacji przedstawiono neurofizjologiczne podstawy słyszenia ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmów funkcjonowania implantu ślimakowego oraz roli ośrodkowego układu nerwowego w przetwarzaniu bodźców słuchowych. W warunkach prawidłowego słyszenia bodźce akustyczne są odbierane przez ucho zewnętrzne, środkowe i wewnętrzne, a następnie przekształcane w impulsy nerwowe przekazywane do kory słuchowej mózgu. W przypadku implantu

ślimakowego proces ten przebiega odmiennie, gdyż urządzenie elektroniczne omija uszkodzony ślimak i bezpośrednio stymuluje nerw słuchowy impulsami elektrycznymi.

Pojęcie „słyszenia mózgiem” odnosi się do zdolności ośrodkowego układu nerwowego do interpretowania sygnałów elektrycznych generowanych przez implant jako wrażenia słuchowych. Proces ten opiera się na neuroplastyczności mózgu, czyli jego

zdolności do funkcjonalnej i strukturalnej reorganizacji w odpowiedzi na nowe formy stymulacji sensorycznej. Po wszczępieniu implantu, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych mózg stopniowo uczy się nowego sposobu kodowania i rozpoznawania dźwięków.

Prezentacja omawia obiektywne metody oceny słyszenia, w szczególności słuchowe potencjały wywołane (Auditory Evoked Potentials, AEP). Szczególną wartość diagnostyczną mają korowe słuchowe potencjały wywołane (Cortical Auditory Evoked Potentials, CAEP), które odzwierciedlają aktywność kory słuchowej w odpowiedzi na bodźce akustyczne lub na stymulację elektryczną przez implant. Analiza odpowiedzi, takich jak P1, N1 i P2, oraz ich latencji umożliwia ocenę rozwoju i funkcjonowania centralnych struktur słuchowych. Wraz z rozwojem układu nerwowego obserwuje się skracanie latencji fali P1 – od około 300 ms u noworodków przez około 125 ms we wczesnym dzieciństwie do około 60 ms u osób dorosłych.

Podkreślono kluczowe znaczenie wieku wszczępienia implantu dla rozwoju słuchowego, zwłaszcza

u dzieci. Badania wskazują na istnienie okresu krytycznego w rozwoju centralnego układu słuchowego, w którym mózg wykazuje największą plastyczność. Wczesna implantacja, optymalnie do 1. roku życia, sprzyja prawidłowemu rozwojowi percepcji słuchowej i przetwarzania dźwięków. U dorosłych proces adaptacji do implantu jest zazwyczaj dłuższy, jednak dzięki zachowanej plastyczności kory słuchowej również możliwe jest osiągnięcie funkcjonalnych efektów słyszenia.

W części aplikacyjnej przedstawiono praktyczne zastosowania badań elektrofizjologicznych, obejmujące personalizację ustawień implantu ślimakowego, obiektywną ocenę słyszenia u małych dzieci niezdolnych do współpracy behawioralnej oraz wczesną diagnostykę centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego. Podkreślono, że skuteczność słyszenia po implantacji zależy nie tylko od technologii urządzenia, lecz przede wszystkim od zdolności mózgu do adaptacyjnego uczenia się i reorganizacji funkcjonalnej.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=24404s>



Czy badania słuchu powinny być wykonywane wyłącznie przez specjalistów?

Prof. Krzysztof Kochanek

Rozwój nowoczesnych technologii medycznych umożliwia nowe podejście do wielu pomiarów biomedycznych, w tym także do pomiarów słuchu. Wiele pomiarów słuchu, np. badań obiektywnych, zostało w dużym stopniu zautomatyzowanych. Przykładami w pełni zautomatyzowanych badań słuchu, w których procesy stymulacji, akwizycji i analizy odbywają się według ustalonych algorytmów, mogą być badania audiometrii impedancyjnej, emisji otoakustycznych oraz przesiewowe badania słuchu noworodków za pomocą słuchowych potencjałów wywołanych pnia mózgu. Pozostałe czynności związane z wykonaniem badania, takie jak np. poinstruowanie pacjenta o istocie i przebiegu badania, umieszczenie elektrod pomiarowych w odpowiednich miejscach na głowie pacjenta lub umieszczenie sond pomiarowych bądź słuchawek w przewodzie słuchowym zewnętrznym należą

do czynności wykonywanych przez wykwalifikowany personel.

Badania prowadzone od wielu lat przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu we współpracy ze studentami kierunku logopedia i audiologia UMCS dowodzą, że te czynności związane z wykonaniem wymienionych powyżej pomiarów, po odpowiednim instruktażu, można powierzyć w niektórych przypadkach pacjentowi lub rodzicom dziecka. Pomiaru tympanometrycznego i emisji otoakustycznych wykonywane samodzielnie przez osoby dorosłe lub rodziców okazały się tak samo dobre pod względem jakości jak pomiary wykonywane przez specjalistów. Oznacza to, że w wielu przypadkach, przy wykorzystaniu nowoczesnych urządzeń oraz przy spełnieniu określonych warunków gwarantujących odpowiednią jakość pomiarów, można niektóre z nich powierzyć samym pacjentom lub rodzicom dziecka.

Koncepcja pomiarów słuchu wykonywanych samodzielnie przez pacjentów lub rodziców dziecka jest także możliwa do realizacji w przypadku podstawowych badań słuchu wykonywanych za pomocą audiometrii tonalnej przy użyciu aplikacji smartfоновych. Dowiodły tego wyniki badań prowadzonych

przez różne ośrodki audiologiczne oraz Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu.

Możliwa jest zatem praktyczna realizacja wybranych pomiarów słuchu samodzielnie przez pacjentów dorosłych oraz przez rodziców dzieci po uprzednim przeszkoleniu i przy zdalnym wsparciu specjalistów.



Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=2747s

Rola przesiewowych badań zmysłów we wczesnej diagnostyce chorób neurodegeneracyjnych

Nina Lignar

Choroby neurodegeneracyjne, takie jak choroba Alzheimera i choroba Parkinsona, powodują postępujące uszkodzenia komórek nerwowych. Na wczesnym etapie rozwoju choroby mogą prowadzić do zaburzeń węchu, smaku, słuchu oraz zmian w głosie. Objawy zmysłowe mogą pojawiać się na długo przed objawami neurologicznymi, dlatego też stanowią one cenne źródło wczesnych sygnałów ostrzegawczych.

Badania naukowe wskazują, że na rozwój chorób wpływają zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe m.in. brak aktywności fizycznej, niezdrowa dieta, stres oraz kontakt z toksynami. Ważną rolę odgrywają również procesy zapalne i stres oksydacyjny. Wczesne wykrycie zaburzeń zmysłów jest kluczowe, ponieważ umożliwia szybsze podjęcie działań terapeutycznych, które mogą spowolnić rozwój choroby. W Światowym Centrum Słuchu rozwinięto innowacyjne metody przesiewowe, w tym Test Smaku, Test Węchu oraz kompleksową przesiewową ocenę

zmysłów w Kapsule Badań Zmysłów. Dzięki mobilnej wersji Kapsuły Badań Zmysłów, z jaką badania przesiewowe mogą dotrzeć praktycznie wszędzie, rozwiązanie to wykorzystano, by objąć badaniami opisaną grupę pacjentów.

Podsumowując, niezbędne jest wykonywanie regularnych badań przesiewowych, które mogą wykryć wczesne zaburzenia zmysłowe i poprawić opiekę nad pacjentami. Pozwala to na szybszą diagnostykę oraz lepszą profilaktykę. Łączenie prostych testów zmysłów z innymi badaniami profilaktycznymi oraz korzystanie z nowoczesnych narzędzi, takich jak testy węchu i smaku, pomagają szybciej reagować na zauważone zmiany i podejmować działania spowalniające rozwój choroby.

Współautorzy:

Małgorzata Talarek, Aleksandra Duda, Adam Piłka, Wojciech Będziński, Natalia Czajka, Piotr H. Skarżyński, Henryk Skarżyński



Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=18665s>

Kapsuła Badań Zmysłów – innowacyjne urządzenie do przesiewowych badań zmysłów

Aleksandra Duda

Kapsuła Badań Zmysłów to innowacyjne, zintegrowane stanowisko diagnostyczne, umożliwiające przesiewową

ocenę pięciu zmysłów: słuchu, wzroku, węchu, smaku i równowagi. Urządzenie zaprojektowano z myślą

o szerokim zastosowaniu w profilaktyce i wczesnej diagnostyce zaburzeń zmysłowych w różnych grupach wiekowych. Badania przeprowadzane są bez udziału personelu medycznego – proces jest w pełni zautomatyzowany i nadzorowany przez system komputerowy, co zapewnia powtarzalność, bezpieczeństwo oraz komfort użytkownika. Kapsuła znajduje zastosowanie zarówno w badaniach przesiewowych populacji, jak i w badaniach naukowych oraz we wdrożeniach innowacyjnych metod diagnostycznych, umożliwiając systematyczne gromadzenie i analizę danych w dużych grupach badanych.

Projekt Kapsuły Badań Zmysłów powstał z inicjatywy prof. Henryka Skarżyńskiego, dyrektora Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. Został zrealizowany w ramach programu STRATEGMED, finansowanego przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju.

Rekomendacje:

- Kapsułę Badań Zmysłów można stosować jako kompleksowe narzędzie do przesiewowej oceny słuchu, wzroku, węchu, smaku i równowagi.
- Dane gromadzone na Portalu Pacjenta mogą służyć do przeprowadzenia analiz epidemiologicznych zaburzeń zmysłów oraz do monitorowania skuteczności realizowanych programów przesiewowych.
- Kapsuła Badań Zmysłów wspiera profilaktykę zaburzeń zmysłów, ponieważ wczesne wykrycie nieprawidłowości umożliwia szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia.

Współautorzy:

*Małgorzata Talarek, Adam Piłka, Wojciech Będziński,
Natalia Czajka, Nina Lignar, Piotr H. Skarżyński,
Henryk Skarżyński*

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=23078s>



Niedosłuch w przebiegu otosklerozy – rozwój choroby, diagnostyka i możliwości leczenia

Dr Andrzej Pastuszak

Otoskleroza jest przewlekłą chorobą ucha środkowego i wewnętrznego, prowadzącą do stopniowo narastającego niedosłuchu i stanowiącą istotny problem zdrowia publicznego. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia zaburzenia słuchu dotyczą ponad 430 milionów osób na świecie, a jedną z ich przyczyn jest otoskleroza. Objawowa postać choroby występuje u około 0,3–0,4% populacji i najczęściej ujawnia się u osób młodych oraz w średnim wieku.

Istotą otosklerozy jest patologiczna przebudowa tkanki kostnej w obrębie ucha, szczególnie w okolicy strzemiączka, kosteczki słuchowej odpowiedzialnej za przekazywanie drgań dźwiękowych do ucha wewnętrznego. W wyniku procesu chorobowego dochodzi do jego stopniowego unieruchomienia, co zaburza przewodzenie dźwięku i prowadzi do niedosłuchu przewodzeniowego lub mieszanego. Choroba rozwija się zwykle stopniowo, dlatego początkowe objawy bywają długo niezauważane.

Etiologia otosklerozy nie jest w pełni poznana. Wskazuje się na rolę czynników genetycznych,

hormonalnych i środowiskowych oraz możliwy związek z infekcjami wirusowymi. Schorzenie częściej dotyczy kobiet, zwłaszcza między 20. a 40. rokiem życia, a nasilenie objawów bywa obserwowane w okresie ciąży, co sugeruje wpływ hormonów na przebudowę kostną w uchu.

Dominującym objawem klinicznym jest postępujący, zwykle obustronny niedosłuch, któremu często towarzyszą szumy uszne. U części pacjentów występuje subiektywne wrażenie lepszego rozumienia mowy w hałasie niż w ciszy. W miarę postępu choroby niedosłuch może się pogłębiać, prowadząc do istotnego ograniczenia komunikacji i obniżenia jakości życia. Diagnostyka opiera się głównie na badaniach audiologicznych. W audiometrii tonalnej stwierdza się niedosłuch przewodzeniowy lub mieszany, niekiedy z charakterystycznym załamkiem Carharta w okolicy 2 kHz, natomiast w audiometrii impedancyjnej obserwuje się brak odruchów z mięśnia strzemiączkowego. Uzupełnieniem diagnostyki może być tomografia komputerowa kości skroniowych, choć ostateczne rozpoznanie

często potwierdzone jest dopiero w trakcie leczenia operacyjnego.

Leczenie otosklerozy zależy od stopnia zaawansowania choroby oraz preferencji pacjenta. Postępowanie zachowawcze polega głównie na stosowaniu aparatów słuchowych. Złotym standardem leczenia pozostaje jednak zabieg chirurgiczny – stapedotomia polegająca na częściowym usunięciu strzemiączka i zastąpieniu go protezką. Zabieg ten cechuje się wysoką skutecznością i w większości przypadków prowadzi do

trwałej poprawy słuchu. W zaawansowanych postaciach choroby, przebiegających z głębokim ubytkiem słuchu, alternatywą terapeutyczną jest wszczępienie implantu ślimakowego.

Podsumowując, otoskleroza jest chorobą prowadzącą do stopniowego pogarszania słuchu, jednak dzięki nowoczesnym metodom diagnostycznym i rozwojowi otolaryngologii w wielu przypadkach możliwe jest skuteczne leczenie oraz znacząca poprawa jakości życia pacjentów.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=19818s>



Znaczenie drożności nosa dla ogólnego stanu zdrowia

Dr Małgorzata Buksińska

Niedrożność nosa może być spowodowana zarówno przyczynami anatomicznymi, jak i chorobowymi. Do najczęstszych przyczyn anatomicznych należą skrzywiona przegroda nosowa oraz przerost lub obrzęk małżowin nosowych dolnych, które ograniczają przepływ powietrza przez jamy nosa. Rzadziej występują wady wrodzone, takie jak atrezja nozdrzy tylnych czy niedorozwój nosa zewnętrznego. Bardzo ważną grupę przyczyn stanowią choroby wywołujące stan zapalny błony śluzowej nosa. W alergicznym nieżycie nosa w wyniku kontaktu z alergenami dochodzi do przewlekłego obrzęku błony śluzowej i uczucia zatkanego nosa. Podobne objawy daje przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa i zatok przynosowych oraz nawracające infekcje górnych dróg oddechowych, które powodują przekrwienie i obrzęk błony śluzowej oraz nadprodukcję wydzieliny. W przebiegu przewlekłego stanu zapalnego mogą również powstawać polipy nosa, dodatkowo utrudniające oddychanie, a w zaawansowanych przypadkach całkowicie uniemożliwiające oddychanie przez nos. Rzadziej niedrożność nosa jest spowodowana nowotworami nosa i zatok przynosowych. Podejrzenie nowotworu zawsze wymaga dokładnej i szybkiej diagnostyki oraz leczenia specjalistycznego, zwłaszcza w przypadku jednostronnych dolegliwości i zmian w badaniu przedmiotowym. U dzieci częstą przyczyną trudności w oddychaniu przez nos jest przerost migdałka gardłowego, który często wymaga leczenia chirurgicznego.

Konsekwencją niedrożności nosa może być rozwój lub nasilenie objawów przewlekłego zapalenia zatok przynosowych, w tym z rozwojem polipów nosa. Pacjenci, u których dochodzi do mechanicznej blokady oddychania przez nos lub do przewlekłego stanu zapalnego błony śluzowej nosa zgłaszają zaburzenia węchu oraz często towarzyszące im zaburzenia smaku. Oddychanie przez usta powoduje, że powietrze trafiające do dróg oddechowych nie jest wystarczająco ogrzane, nawilżone i oczyszczone, co może wiązać się z występowaniem częstych infekcji górnych dróg oddechowych oraz przewlekłego nieżyty błony śluzowej gardła i krtani. Nieleczony alergiczny nieżyt nosa może być przyczyną rozwoju astmy oskrzelowej.

Nieprawidłowy sposób nabierania powietrza może powodować rozwój zaburzeń oddychania w czasie snu pod postacią chrapania oraz obturacyjnego bezdechu sennego, co może prowadzić do czasowego obniżenia saturacji w czasie snu. Konsekwencją powtarzających się epizodów niedotlenienia mogą być zaburzenia koncentracji, obniżenie zdolności poznawczych, drażliwość oraz bóle głowy. Dodatkowo obturacyjny bezdech senny może wywoływać zaburzenia związane z układem sercowo-naczyniowym – nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, niewydolność serca. Zwiększa również ryzyko wystąpienia zawału serca oraz udaru mózgu.

Nieprawidłowy tor oddechowy może wpływać na rozwój dziecka, przez powstawanie wad

postawy, m.in. płaskiej klatki piersiowej. Długotrwałe oddychanie przez uchylone usta powoduje nieprawidłowy rozwój zgryzu oraz powstawanie wad wymowy. Zaburzenia drożności nosa mogą również wpływać na pracę trąbek słuchowych, powodując ich dysfunkcję lub niedrożność. Długotrwałe zaburzenia trąbek słuchowych prowadzą początkowo do obniżenia ciśnienia w jamie bębenkowej, a następnie gromadzenia się wysięku w obrębie ucha środkowego, co często wiąże się z występowaniem niedostuchu i szumu usznego.

Rekomendacje:

1. Pacjenci z niedrożnym nosem wymagają diagnostyki w celu zidentyfikowania przyczyn poprzez dokładne badania podmiotowe i przedmiotowe oraz badania dodatkowe, takie jak badania laboratoryjne czy badania obrazowe.
2. W przypadku istotnych odchyłań anatomicznych najczęściej konieczne jest leczenie chirurgiczne w celu umożliwienia oddychania przez nos.
3. Choroby wywołujące obrzęk i stan zapalny

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=n5GDgm0zG4k&t=16517s>

w obrębie nosa i zatok przynosowych wymagają leczenia farmakologicznego, a często także leczenia operacyjnego, zgodnie z aktualnymi wytycznymi towarzystw naukowych. W schorzeniach tych istotne jest również zwrócenie uwagi pacjenta na czynniki środowiskowe sprzyjające rozwojowi tych chorób oraz na właściwą higienę nosa.

4. Pacjenci z obturacyjnym bezdechem sennym mogą wymagać leczenia operacyjnego niedrożności nosa w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia poważnych powikłań oraz możliwości zastosowania aparatury wspomagającej oddychanie w czasie snu.
5. Wszyscy pacjenci z niedrożnym nosem wymagają dokładnego badania otoskopowego, a w przypadkach budzących wątpliwości badania tympanometrycznego, oceny drożności trąbek słuchowych oraz badania słuchu.
6. Pacjenci z niedrożnym nosem mogą wymagać opieki wielospecjalistycznej – nie tylko otorynolaryngologa, ale także alergologa, kardiologa, pulmonologa, ortodonta czy logopedy.



Wada słuchu u dzieci i dorosłych – potrzeba pomocy

Agnieszka Pankowska

Prezentacja omawiała problem wad słuchu w różnych grupach wiekowych, podkreślając, że zarówno u dzieci, jak i dorosłych zaburzenia słyszenia mogą znacząco wpływać na codzienne funkcjonowanie, rozwój oraz jakość życia. Przedstawiono rolę badań przesiewowych, które umożliwiają wczesne wykrycie niedostuchu. Szybka diagnoza pozwala zapobiec opóźnieniom w rozwoju mowy i komunikacji. U dorosłych badania kontrolne pozwalają wcześniej reagować na stopniowe pogarszanie się słuchu, często ignorowane przez wiele lat. Zaprezentowano także formy wsparcia dla

osób z wadą słuchu. U dorosłych omówiono m.in. korzystanie z aparatów słuchowych i implantów, trening słuchowy, rehabilitację oraz znaczenie wsparcia środowiskowego. W przypadku dzieci podkreślono wagę wczesnej interwencji, terapii logopedycznej, współpracy rodziców i innych osób z najbliższego otoczenia. Podsumowując, prezentacja zwracała uwagę na to, że odpowiednio wcześnie przeprowadzone badania i właściwie dobrana pomoc znacząco zwiększają szanse na prawidłowy rozwój dziecka oraz utrzymanie dobrej jakości życia dorosłego.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=KkrQGNVj08s&t=15715s>



Rozwój psychoruchowy u dzieci w młodszym wieku szkolnym z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego i rozwoju mowy na tle rówieśników o typowym rozwoju

Małgorzata Ganc

Centralne zaburzenia słuchu (APD) występują u 2–3% populacji dzieci w wieku wczesnoszkolnym.

Definiowane są jako trudności w przetwarzaniu informacji słuchowych w ośrodkowym układzie nerwowym. J. Katz zdefiniował je jako niemożność pełnego wykorzystania słyszanego sygnału akustycznego przy prawidłowym jego odbiorze w strukturach obwodowych (Katz J, 1994).

Według Amerykańskiego Towarzystwa Mowy, Języka i Słuchu (ASHA) u osób z APD nieprawidłowo realizowane są wyższe funkcje słuchowe, do których zalicza się lokalizację źródła dźwięku, różnicowanie dźwięków, rozpoznawanie wzorców dźwięków, umiejętność rozumienia mowy zniekształconej bądź w obecności sygnałów zagłuszających.

Zaburzenia te można stwierdzić u osób z prawidłową czułością słuchu, będących w normie intelektualnej.

Często współwystępują z innymi zaburzeniami, w tym z zaburzonym rozwojem mowy.

W Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu przeprowadziliśmy badania dzieci, w których dokonaliśmy oceny rozwoju psychoruchowego dzieci w wieku od 6,5 do 10 lat, a które mają zdiagnozowane APD oraz zaburzenia rozwoju mowy i języka, a także dokonaliśmy porównania ich w tym zakresie z uwzględnieniem podziału na dzieci młodsze i starsze.

W badaniach wzięło udział 75 dzieci (57 chłopców i 18 dziewczynek) podzielonych na dwie grupy wiekowe: 6,6–7,11 lat (dzieci młodsze) oraz 8–9,9 lat (dzieci starsze) rozpoczynające terapię Stymulacji Percepcji Słuchowej metodą Skarżyńskiego (SPS-artykulacja).

Do badania rozwoju psychoruchowego zastosowano wystandaryzowane i znormalizowane polskie narzędzie, jakim są Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego (KORP) (Bogacz et al., 2018), które umożliwia dokonanie takiej oceny dzieci w wieku od 1. miesiąca życia do ukończenia 9. roku życia przez specjalistę, który przeszedł wymagane przeszkolenie w jego stosowaniu i posiada certyfikat.

Dokonano oceny rozwoju dziecka w następujących sferach funkcjonowania: ruchowej, motoryki precyzyjnej i lateralizacji, spostrzegania wzrokowego i koordynacji wzrokowo-ruchowej, komunikowania się i mowy, emocji i relacji społecznych, funkcji behawioralnych oraz umiejętności szkolnych (dla dzieci w wieku od 6. do 9,11 r.ż.).

Przeprowadzona analiza wyników badań wykazała niski poziom rozwoju psychoruchowego w obu grupach wiekowych.

U dzieci młodsze w zakresie rozwoju ruchowego niski poziom posiadania tych umiejętności stwierdzono u ponad połowy dzieci (58%). Zaledwie 9% dzieci prezentuje wysoki, a 33% prawidłowy poziom rozwoju ruchowego w obszarze dużej motoryki. Zadania sprawdzające umiejętności w sferze motoryki precyzyjnej i lateralizacji 58% dzieci wykonało na poziomie prawidłowym, a 42% na niskim w odniesieniu do dzieci o typowym rozwoju. W grupie starszej odsetek wyników niskich był jeszcze większy i wyniósł w sferze rozwoju ruchowego ponad 66%, a w motoryce precyzyjnej i lateralizacji 92%.

Lepsze rezultaty dzieci osiągnęły w zakresie spostrzegania wzrokowego i koordynacji wzrokowo-ruchowej. Wyniki prawidłowe uzyskało 47% badanych dzieci, 28% uzyskało wyniki świadczące o niskich, a 25% o wysokich umiejętnościach w tym zakresie. Wśród dzieci starszych 48% dzieci uzyskało wyniki niskie, 33% prawidłowe i 18% wysokie.

Analizując wyniki uzyskane przez dzieci młodsze w obszarze komunikacji i mowy, u 53% badanych stwierdzono niski poziom umiejętności w tej sferze, a pozostałe 47% dzieci osiągnęło wyniki prawidłowe. W grupie starszej rozkład wyników przedstawiał się następująco: 82% dzieci osiągnęło wyniki niskie, a zaledwie 18% prawidłowe w porównaniu do dzieci o typowym rozwoju.

Wyniki osiągnięte przez dzieci młodsze w zakresie rozwoju emocjonalno-społecznego – 17% badanej grupy otrzymało wyniki niskie, 47% wysokie, a u 36% wyniki były prawidłowe. Wśród 8–9-latków rozkład

uzyskanych wyników przedstawiał następująco: 57% dzieci uzyskało wyniki niskie, 38% prawidłowe, a 5% wysokie w odniesieniu do dzieci o typowym rozwoju.

W obszarze rozwoju funkcji behawioralnych w młodszej grupie okazało się, że 45% dzieci uzyskało wyniki świadczące o niskim poziomie opanowania umiejętności samoobsługowych i orientacji w otaczającym świecie, 40% dzieci osiągnęło wyniki prawidłowe, a 18% wykazało wysokie umiejętności w tej sferze funkcjonowania. W grupie dzieci starszych rozkład wyników przedstawiał się w ten sposób, że aż 77% badanych dzieci uzyskało wyniki niskie, a zaledwie 23% wyniki prawidłowe.

W ostatniej badanej sferze sprawdzającej wiedzę i umiejętność uczenia się 45% dzieci młodszych uzyskało wyniki prawidłowe, 36% wykazało niski poziom, a 19% zaprezentowało wysoki poziom tych umiejętności w stosunku do grupy dzieci o typowym rozwoju. Spośród dzieci starszych wyniki prawidłowe uzyskało 15% dzieci, 20% wyniki wysokie i aż 64% dzieci wyniki niskie w tej sferze.

Wykazano, że trudności występują u dzieci z APD

przede wszystkich w zakresie motoryki precyzyjnej, komunikacji i mowy, funkcji behawioralnych oraz sferze emocjonalno-społecznej. Co więcej, wykazano także, że nasilają się one znacząco w wymienionych sferach rozwoju psychoruchowego wraz z wiekiem dzieci z APD. Istotnym wydaje się monitorowanie rozwoju dzieci z APD nie tylko pod kątem ich trudności związanych z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego, lecz także z rozwojem dziecka oraz funkcjonowaniem jego rodziny, która również może wymagać specjalistycznego wsparcia, by z kolei móc efektywnie wspierać zarówno funkcjonowanie słuchowe dziecka z APD, jak i jego rozwój psychoruchowy.

Przedstawione wyniki zawarte są w artykule: Ganc M, Kobosko J, Jędrzejczak WW, Skoczyła A, Skarżyński H. *Rozwój psychoruchowy u dzieci w młodszym wieku szkolnym z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego i rozwoju mowy na tle rówieśników rozwijających się typowo*. Nowa Audiofonologia. 2022;11(2):65–73. doi:10.17431/11.2.4.



Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=20535s

Nie słyszy czy nie słucha? Zaburzenia słuchu czy uwagi?

Dr Natalia Czajka

Słyszenie to złożony proces, w którym sprawnie działający narząd słuchu odgrywa kluczową rolę, jednak należy pamiętać, że właściwe „słuchanie” zachodzi w mózgu. Docierające do błony bębenkowej bodźce akustyczne są przekształcane w impulsy elektryczne, które po dotarciu do kory mózgowej podlegają wieloaspektowemu przetwarzaniu, a procesy te nazywamy ośrodkowymi procesami przetwarzania słuchowego.

Uwaga zaś to proces poznawczy polegający na selektywnym ukierunkowaniu świadomości na określone bodźce, informacje lub działania przy jednoczesnym ignorowaniu innych. Dzięki niej możemy skupić zasoby poznawcze (np. percepcję, pamięć, myślenie) na tym, co w danej chwili jest najistotniejsze. Uwagę charakteryzuje wiele funkcji takich jak: selekcja, kontrola, koncentracja, podzielność czy przerzutność. Uwaga może być mimowolna

(niezamierzona) – pojawia się spontanicznie, np. nagły hałas przyciąga uwagę, lub dowolna (zamierzona) – gdy świadomie kierujemy uwagę na coś, np. skupiamy się na nauce.

Objawy zaburzeń ośrodkowych procesów przetwarzania słuchowego (ang. Central Auditory Processing Disorders) mylnie mogą być kojarzone z zaburzeniami uwagi ze względu na podobieństwo zgłaszanych trudności m.in.: łatwe rozpraszanie się, problemy z koncentracją uwagi czy rozumieniem złożonych poleceń.

Ze względu na proces terapeutyczny prowadzenie pacjenta z CAPD a z zaburzeniami uwagi jest zupełnie inne, dlatego bardzo ważna jest diagnoza różnicowa tych dwóch jednostek.

Współautor:

Piotr H. Skarżyński



Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=9712s>

Hałas w szkołach podstawowych. Dlaczego szkoła bywa najgłośniejszym miejscem dla dziecka?

Dominika Zagórska

Hałas szkolny stanowi istotny problem środowiskowy o znaczeniu zdrowotnym i edukacyjnym, wpływający na funkcjonowanie uczniów oraz nauczycieli. Szkoła jest jednym z najgłośniejszych środowisk, w których dzieci przebywają regularnie. Zgodnie z przyjętą definicją, hałas rozumiany jest jako każdy dźwięk niepożądany, który może być uciążliwy lub szkodliwy dla zdrowia. W warunkach szkolnych głównym źródłem hałasu jest aktywność osób przebywających wewnątrz budynku, w szczególności rozmowy, zabawy oraz nasilony ruch uczniów, zwłaszcza w czasie przerw międzylekcyjnych i zajęć wychowania fizycznego. Dostępne dane literaturowe wskazują, że w polskich szkołach podstawowych średni równoważny poziom dźwięku w trakcie lekcji wynosi około 65–75 dB, natomiast podczas przerw na korytarzach szkolnych często przekracza wartości 80–90 dB. Najwyższe poziomy hałasu odnotowywane są w salach gimnastycznych w czasie zajęć wychowania fizycznego oraz na korytarzach w trakcie przerw.

Nadmierna ekspozycja na hałas w środowisku szkolnym wywiera niekorzystny wpływ na procesy poznawcze. Wysokie poziomy dźwięku utrudniają przetwarzanie informacji językowych, obniżają zdolność koncentracji i uwagi oraz negatywnie wpływają na funkcjonowanie pamięci roboczej. Hałas zwiększa obciążenie poznawcze uczniów, prowadząc do spowolnienia tempa czytania, pogorszenia rozumienia tekstu oraz trudności w nauce języków obcych. Dzieci, ze względu na trwający proces rozwoju oraz ograniczone możliwości radzenia sobie ze stresem, wykazują szczególną wrażliwość na hałas. Oddziaływanie hałasu szkolnego obejmuje również aspekty zdrowotne. Nadmierna stymulacja akustyczna sprzyja występowaniu zmęczenia i rozdrażnienia oraz wiąże się ze wzrostem poziomu hormonów stresu. Co więcej, niesprzyjające warunki akustyczne są szczególnie istotne

w odniesieniu do uczniów z wadami słuchu oraz zaburzeniami językowymi, którzy są bardziej narażeni na trudności w odbiorze mowy i przyswajaniu treści edukacyjnych. Wysokie poziomy hałasu w środowisku szkolnym wpływają także na nauczycieli. Konieczność funkcjonowania w warunkach niekorzystnej akustyki oraz stałego podnoszenia głosu sprzyja zmęczeniu głosu, a co za tym idzie – chorobom narządu głosu. Praca w hałaśliwym środowisku szkolnym zwiększa również poziom stresu oraz obniża komfort pracy. Z tego względu nauczyciele należą do grup zawodowych szczególnie narażonych na negatywne konsekwencje zdrowotne związane z hałasem.

Z perspektywy zdrowia publicznego hałas szkolny należy traktować jako istotny czynnik determinujący jakość środowiska edukacyjnego. Przedstawione wyniki wskazują na potrzebę podejmowania działań ukierunkowanych na ograniczanie poziomu hałasu oraz poprawę komfortu akustycznego w szkołach. Szczególne znaczenie ma organizacja przestrzeni szkolnej, w tym wyodrębnianie stref cisy, które mogą pełnić funkcję miejsc umożliwiających odpoczynek od nadmiernej stymulacji akustycznej. Uwzględnianie zagadnień związanych z akustyką pomieszczeń, strefami cisy oraz organizacją codziennego funkcjonowania szkoły może przyczynić się do zmniejszenia obciążenia poznawczego uczniów, poprawy koncentracji i efektywności procesu dydaktycznego, a także do ograniczenia negatywnych skutków zdrowotnych wynikających z przewlekłej ekspozycji na hałas. Jednocześnie działania te wpływają na poprawę warunków pracy nauczycieli, zmniejszając obciążenie głosu i sprzyjając tworzeniu środowiska szkolnego o lepszym komforcie akustycznym.

Współautor:

Henryk Skarżyński

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=19393s>



Zmęczenie dźwiękami, czyli o tym, jak hałas wpływa na nasz słuch

Kalina Cyz

Pomimo kompleksowych działań mających na celu ograniczanie wszechobecnego hałasu w środowisku to właśnie hałas jest najczęstszą przyczyną nabytych czuciowo-nerwowych uszkodzeń słuchu.

Od wielu lat uszkodzenia te uznawane są za chorobę cywilizacyjną, ponieważ hałas jest nie tylko stałym elementem środowiska pracy człowieka, lecz występuje także niemal podczas każdej innej czynności pozazawodowej.

Co więcej, wpływ hałasu na organizm ludzki obejmuje zarówno skutki słuchowe, jak i pozasłuchowe.

Hałas możemy definiować jako: „niepożądane, nieprzyjemne, dokuczliwe lub szkodliwe drgania mechaniczne ośrodka sprężystego, działające za pośrednictwem powietrza na organ słuchu, zmysły oraz części organizmu człowieka” [Śliwińska-Kowalska „Audiologia Kliniczna” 2005]].

Z raportu na temat słuchu Światowej Organizacji Zdrowia można wywnioskować, o jakiej skali problemu mowa. Szacuje się bowiem, iż aktualnie na całym świecie ponad 1,5 miliarda ludzi w ciągu całego życia doświadczy w różnym stopniu i z różnego powodu utraty słuchu. Prognozuje się, że w bieżącym – roku 2025 – liczba ta może wzrosnąć nawet do 2,5 miliarda. W raporcie czytamy ponadto, że obecnie ponad miliard – w tym wypadku – młodych ludzi jest zagrożonych trwałą utratą słuchu z uwagi na słuchanie głośnej muzyki przez słuchawki, czyli de facto przez długotrwałą ekspozycję na hałas. Z kolei na mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2022–2026 opublikowanej przez Ministerstwo Zdrowia „utrata słuchu związana z wiekiem i innymi przyczynami” zajmuje 13. miejsce na liście aktualnych problemów zdrowotnych Polaków.

Wpływ hałasu na człowieka

1. Skutki zdrowotne:

- Problemy ze słuchem: długotrwałe narażenie na hałas o wysokim natężeniu może prowadzić do zmęczenia słuchowego, szumów usznych, a w konsekwencji do trwałej utraty słuchu.
- Stres i zmęczenie: hałas może powodować stres, napięcie nerwowe, co wpływa na realne pogorszenie samopoczucia.
- Problemy ze snem: hałas, zwłaszcza nocny, prowadzi do zmęczenia i obniżonej koncentracji.

- Podwyższone ciśnienie krwi i choroby serca: długotrwałe narażenie na hałas zwiększa ryzyko nadciśnienia i chorób układu sercowo-naczyniowego.
 - Problemy z koncentracją i wydajnością: hałas utrudnia skupienie się, obniża efektywność pracy i nauki.
 - Zaburzenia psychiczne: przewlekły hałas może przyczyniać się do rozwoju lęków, depresji i innych problemów psychicznych.
- #### 2. Skutki dotyczące środowiska:
- Zakłócenia w funkcjonowaniu zwierząt: hałas zakłóca komunikację, migrację i reprodukcję zwierząt – nierzadko prowadzi do ich śmierci.
 - Degradacja środowiska: nadmierny hałas wpływa negatywnie na jakość życia w danym ekosystemie.
- #### 3. Skutki społeczno-ekonomiczne:
- Pogorszenie relacji międzyludzkich.
 - Ciągły hałas utrudnia rozmowy, powoduje zniecierpliwienie i frustrację.
 - Może prowadzić do konfliktów sąsiedzkich (np. głośna muzyka, hałaśliwe imprezy, remonty).
 - Ludzie unikają głośnych miejsc publicznych, przez co spada integracja społeczna i więzi lokalne.
 - Wykluczenie społeczne osób starszych.
 - Osoby z problemami ze słuchem gorzej funkcjonują w hałaśliwym otoczeniu, co może prowadzić do izolacji i osamotnienia.
 - Wydatki na ochronę przed hałasem.
 - Budowa ekranów akustycznych, modernizacja dróg, izolacja akustyczna budynków – to duże koszty dla państwa i samorządów.
- #### 4. Straty pośrednie:
- Głośne środowisko może zniechęcać turystów, inwestorów i obniżyć atrakcyjność regionu.

Nieocenioną jest rola programów profilaktycznych, edukacyjnych i programów wczesnego wykrywania uszkodzeń słuchu oraz metod ochrony słuchu. W Klinice Rehabilitacji IFPS prowadzone są aktualnie badania nad Kwestionariuszem oceny zmęczenia słuchowego w grupie zawodowej muzyków orkiestrowych jako narzędziem diagnostycznym – otwierającym pole do kolejnych badań związanych z ochroną słuchu przed

szeroko rozumianym hałasem. Muzycy to szczególnie grupa zawodowa – słuch jest w ich przypadku determinantą wykonywania zawodu. Niestety, muzykowanie to również narażenie na dźwięki o natężeniu często przekraczającym normy określone w Prawie Pracy. Co jest tylko dowodem na konieczność wdrożenia programów profilaktycznych nie tylko u muzyków zawodowych, ale już u uczniów szkół muzycznych i studentów.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=n5GDgm0zG4k&t=25643s>



Hałas ma poważne konsekwencje zdrowotne i ekologiczne, dlatego ważne jest stałe monitorowanie i ograniczanie jego poziomu w przestrzeni publicznej i miejscach pracy.

Cisza to nie luksus, to podstawa dobrego życia. Im mniej hałasu w naszym otoczeniu, tym lepsze zdrowie, lepszy sen, większa koncentracja i lepsze relacje z ludźmi.

Rola słuchu w rozwoju emocjonalnym dziecka

Emilia Czaplicka

Zdrowie, zgodnie z definicjami przyjmowanymi m.in. przez WHO oraz NFZ, należy rozumieć nie tylko jako brak choroby, ale jako pełen dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny, umożliwiający rozwój, samorealizację oraz budowanie relacji. W obliczu narastających wyzwań w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce i na świecie rola słuchu w rozwoju emocjonalnym dziecka nabiera szczególnego znaczenia. Słuch jest zmysłem, który kształtuje się już w okresie życia płodowego. Bódcze dźwiękowe docierające do płodu wpływają na regulację pobudzenia układu nerwowego oraz na budowanie wczesnej więzi z matką. W późniejszych etapach rozwoju brak rozpoznania zaburzeń słuchu może istotnie zakłócać rozwój mowy, myślenia, rozumienie emocji wyrażanych m.in. poprzez ton głosu, a także funkcjonowanie w relacjach społecznych. Dzieci z niedosłuchem częściej doświadczają frustracji wynikającej z trudności komunikacyjnych, poczucia izolacji oraz mają nawet dwukrotnie wyższe ryzyko rozwoju zaburzeń afektywnych. Istotnym elementem prewencji tych trudności jest wczesna diagnostyka niedosłuchu oraz szybka interwencja, możliwe m.in. dzięki powszechnym badaniom przesiewowym noworodków. Diagnostyka niedosłuchu u dziecka bywa dla rodziców silnym obciążeniem emocjonalnym. Ich reakcja ma bezpośredni wpływ na relację z dzieckiem oraz na jego poczucie bezpieczeństwa, które stanowi podstawową potrzebę i fundament dalszego rozwoju psychospołecznego. W okresie dorastania dodatkowym wyzwaniem staje się stygmatyzacja

związana z noszeniem aparatów słuchowych lub implantów, co może prowadzić do obniżonej samooceny, wycofania społecznego oraz trudności w budowaniu relacji rówieśniczych. Badania nad dobrostanem jednoznacznie wskazują, że jakość relacji społecznych jest jednym z najważniejszych predyktorów szczęścia oraz zdrowia psychicznego. Tym samym dzieci z trudnościami słuchowymi wymagają kompleksowego, interdyscyplinarnego wsparcia, obejmującego zarówno pomoc medyczną, jak i wsparcie psychologiczne oraz działania edukacyjne realizowane w środowisku szkolnym.

Rekomendacje:

1. Dalszy rozwój programów przesiewowych umożliwiających wczesną diagnostykę niedosłuchu oraz interwencję, w tym dobór odpowiednich metod wspomagających słyszenie.
2. Zapewnienie wsparcia psychologicznego w procesie diagnozy niedosłuchu dziecka oraz psychoedukacji rodziców dotyczącej rozwoju i potrzeb dziecka z niedosłuchem.
3. Interdyscyplinarna rehabilitacja dziecka, obejmująca skoordynowaną opiekę audiologiczną, logopedyczną i psychologiczną, dostosowaną do wieku oraz indywidualnych potrzeb dziecka.
4. Profilaktyka stygmatyzacji i wykluczenia społecznego poprzez edukację nauczycieli i rówieśników w zakresie potrzeb dzieci z niedosłuchem oraz budowanie empatii, akceptacji i bezpiecznego środowiska szkolnego.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=17746s>



Tożsamość i przynależność kulturowa implantowanych osób niesłyszących

Zuzanna Pankowska

Na proces kształtowania się tożsamości ma wpływ szereg czynników, m.in. wychowanie w domu rodzinnym, wydarzenia i przeżycia okresu dorastania, środowisko, w którym żyjemy i inne znaczące sytuacje, których doświadczamy przez całe życie. Wszystkie wymienione powyżej czynniki wiążą się z kształtowaniem tożsamości, doświadczaniem relacji, przeżywaniem emocji, niekiedy zaś z oddziaływaniem wielu czynników stresogennych. Implantowane osoby niesłyszące na co dzień zmagają się również z wykluczeniem z grup społecznych.

Celem badania jest poznanie tożsamości i przynależności kulturowej przez dorosłe osoby z implantem ślimakowym i głębokim ubytkiem słuchu oraz to, jak ukształtowała się tożsamość implantowanych osób niesłyszących.

Materiał do badania stanowi 9 wywiadów przeprowadzonych według scenariusza wywiadu. Scenariusz został podzielony na 3 obszary życia: emocje towarzyszące relacjom ze środowiskiem słyszących i głuchych; doświadczenie operacji wszczęcia implantu ślimakowego; poczucie przynależności do grup społecznych. Badanie wykorzystuje jedną z metod badań jakościowych, jaką jest autobiograficzny wywiad narracyjny. Dane zebrane zostały w okresie od września 2020 roku do maja 2021 roku. W badaniu wzięło udział 3 mężczyzn i 6 kobiet w wieku od 33 lat do 45 lat.

Analiza wyników wykazała, że badani mają świadomość swojego deficytu względem normy zdrowego ciała, ale każdy z nich wskazywał na skłonność do budowania relacji ze społecznością zarówno słyszących, jak i niesłyszących. Co

istotne, zdecydowana większość (poza jedną badaną) zaznaczyła swoją przynależność do społeczności słyszących. Badani podkreślali również, że nie żałują wyboru przyłączenia się do tej grupy, a głównym aspektem wpływającym na taką deklarację jest użytkowanie implantu ślimakowego. Pozytywne znaczenie implantu ślimakowego dla badanych w dużej mierze wiązało się z poprawą jakości życia, możliwością słyszenia i pełnego funkcjonowania w społeczeństwie. Wiek, w którym został wszczępiony implant, także nie wpływa na kształtowanie się obrazu innych środowisk, niż te, w którym respondent się wychował. Wpływ taki wynika z samego faktu posiadania implantu, a nie daty jego wszczępienia.

Wnioski:

Poczucie tożsamości i przynależność do grup społecznych zmienia się na przestrzeni życia. Zmienia się środowisko w jakim funkcjonujemy oraz jego wpływ na nasze postrzeganie siebie. Badanie indywidualnych tożsamości pokazało, że implantowane osoby niesłyszące opisują swoje doświadczenia w podobny do siebie sposób. Mają podobne opinie zarówno o środowisku osób słyszących, jak i głuchych. Na podstawie zaprezentowanych wyników badań można mówić o podobieństwie tożsamości, w tym o wykształceniu się tożsamości zbiorowej, na podstawie autobiograficznych narracji badanych. Planowane jest także rozszerzenie grupy badawczej i dalsza analiza materiału, w kontekście powyższego problemu badawczego.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=19030s>



Neurokognitywne i emocjonalne następstwa utraty słuchu – od dzieciństwa do późnej dorosłości

Dr hab. Agnieszka Pluta

Zaburzenia słuchu są jedną z najczęstszych niepełnosprawności zmysłowych i stanowią poważny problem zdrowia publicznego. Dotykają ponad miliarda osób na świecie, a w Polsce występują u 1–2 na 1000 noworodków, około 20% dzieci i młodzieży szkolnej oraz aż 75% seniorów. Ubytek słuchu obniża jakość życia, wpływa na zdrowie psychiczne, funkcjonowanie poznawcze, relacje społeczne oraz efektywność w nauce i pracy.

Zaburzenia słuchu mogą prowadzić do osłabienia wyższych funkcji poznawczych, takich jak przetwarzanie języka, funkcje wykonawcze (uwaga, pamięć robocza, elastyczność poznawcza) oraz poznanie społeczne, w tym teorię umysłu. U dzieci z ubytkiem słuchu, zwłaszcza przy ograniczonym dostępie do języka we wczesnym dzieciństwie, obserwuje się opóźniony rozwój teorii umysłu i trudności w uczeniu się, co może wywoływać efekt kaskadowy w rozwoju szkolnym.

Mechanizmem leżącym u podstaw tych trudności jest zwiększony wysiłek poznawczy. Gorsza jakość

sygnału dźwiękowego zmusza mózg do intensywniejszego zaangażowania zasobów poznawczych w dekodowanie dźwięku, co prowadzi do zmęczenia poznawczego, spadku koncentracji i obniżenia nastroju. Długotrwała deprywacja słuchowa sprzyja także zmianom neuroplastycznym i reorganizacji sieci mózgowych.

Konsekwencje emocjonalne obejmują izolację społeczną, poczucie samotności oraz zwiększone ryzyko depresji, które rośnie o około 35%, szczególnie u osób starszych i przy nagłej utracie słuchu. Ubytek słuchu jest również modyfikowalnym czynnikiem ryzyka demencji – osoby niekorzystające z aparatów słuchowych są bardziej narażone na otępienie niż te objęte leczeniem.

Podsumowując, zaburzenia słuchu wpływają na funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne na wszystkich etapach życia. Wczesna diagnoza i (re)habilitacja słuchowa mogą znacząco ograniczać te negatywne skutki, poprawiając jakość życia oraz długofalowe funkcjonowanie poznawcze.

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=17595s



Od diagnozy do rozwoju – co nauka mówi o możliwościach dzieci z wrodzoną głuchotą

Agata Mikusek

Wykład poświęcony był sytuacji dzieci z wrodzonym, głębokim niedosłuchem oraz ich perspektywom na rozwój poznawczy i społeczny. Wczesne wykrycie i interwencja są kluczowe dla rozwoju mowy i funkcjonowania społecznego. Jest to możliwe dzięki wprowadzeniu powszechnych badań przesiewowych słuchu u noworodków oraz dostępności technologii implantów ślimakowych.

Badania potwierdzają, że wczesna implantacja ślimakowa, szczególnie przed ukończeniem pierwszego roku życia, znacząco zwiększa szanse na prawidłowy rozwój językowy, poznawczy i społeczny. Z drugiej strony coraz częściej zwraca się uwagę na to, że rozwój dziecka z głuchotą to nie tylko kwestia technologii, ale przede wszystkim kwestia środowiska, w którym dziecko się wychowuje.

Przywołano przykład Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) i funkcjonalnego modelu niepełnosprawności w niej wykorzystanego. ICF można uznać za kompleksowe narzędzie do opisu szerokiego spektrum konsekwencji głuchoty w rozwoju dziecka, a jednocześnie dla kompleksowego opisu korzyści po wszczępieniu implantu ślimakowego. Badania z zastosowaniem tego modelu pokazują, że implanty ślimakowe poprawiają nie tylko słyszenie, lecz także komunikację i ogólny dobrostan użytkowników, a więc pozytywne wpływają na aktywność i uczestnictwo dziecka w życiu społecznym.

Podczas wykładu wspomniano również o badaniach socjologicznych prowadzonych w Instytucie

Fizjologii i Patologii Słuchu we współpracy z socjologami z Uniwersytetu Szczecińskiego i Jagiellońskiego. Badania koncentrują się na dzieciach z głuchotą wrodzoną, z wczesnie wszczepionymi dwoma implantami ślimakowymi. W oparciu o nowatorską strategię 360 stopni badacze chcą poznać m.in. funkcjonowanie społeczne dzieci z wszczepionymi CI oraz postrzeganie ich niepełnosprawności przez rodzinę, rówieśników, nauczycieli i nich samych.

Rekomendacje:

1. Kontynuowanie powszechnego programu badań przesiewowych słuchu.

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=16965s



2. Szybka interwencja i wczesna implantacja ślimakowa u dzieci z głębokim ubytkiem słuchu.
3. Holistyczne podejście do rehabilitacji po wszczepieniu implantu ślimakowego, które łączy ocenę funkcji słuchowych z analizą czynników psychospołecznych i środowiskowych.
4. Konieczność redefinicji pojęcia niepełnosprawności uwzględniającej nie tylko czynniki medyczne, ale również społeczne i funkcjonalne.
5. Zastosowanie klasyfikacji ICF do opisu konsekwencji głuchoty w rozwoju dziecka, a jednocześnie korzyści po wszczepieniu implantu ślimakowego.

Technologie „w służbie równowagi”: od innowacyjnej diagnostyki po wirtualną rehabilitację

Dr Grażyna Tacikowska

Filarem nowoczesnej diagnostyki zawrotów głowy jest klasyczne podejście holistyczne, interdyscyplinarne i konieczność komunikacji między różnymi specjalizacjami medycznymi.

W zakresie technologii współczesna diagnostyka zawrotów głowy opiera się na integracji zaawansowanych systemów cyfrowych, sztucznej inteligencji oraz zmodernizowanych metod diagnostycznych klasycznych, która pozwala na: 1) precyzyjne odróżnienie przyczyn zawrotów głowy obwodowych od centralnych, 2) ocenę funkcjonalną układu równowagi z uwzględnieniem parametrów czasowych.

Kluczowe technologie diagnostyczne udoskonalane z punktu widzenia ich czułości i wygody obsługi to widenystagmografia (wysoka częstotliwość próbkowania, technologia podczerwieni, łączność bezprzewodowa), Video Head Impulse Test (systemy bezmaskowe, zintegrowane czujniki ruchu, automatyzacja i analiza 3D) przedścionkowe, miogenne potencjały wywołane (automatyczne

skalowanie EMG, wieloczęstotliwościowa stymulacja i nowe rodzaje bodźców) oraz komputerowa posturografia dynamiczna (integracja z wirtualną rzeczywistością, analiza 360° i symulacja ruchu) oraz różne tzw. testy obrotowe (wysokie przyspieszenia, mobilność w wielu osiach).

Dalszy rozwój i tym samym rekomendacje obejmują wdrożenie do diagnostyki i terapii:

1. Wirtualnej rzeczywistości pozwalającej na tworzenie kontrolowanych bodźców wzrokowych.
2. Telemedycyny i urządzeń ubieralnych umożliwiających zdalne monitorowanie pacjenta i przesyłanie danych o incydentach zawrotów głowy bezpośrednio do lekarza.
3. Diagnostyki spersonalizowanej polegającej na wykorzystaniu aplikacji mobilnych opartych na AI do śledzenia objawów w codziennym środowisku pacjenta, co pozwala na lepsze dopasowanie planu leczenia i rehabilitacji

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=135s



Wpływ chorób wirusowych na narząd słuchu

Aleksandra Chodkiewicz

Wśród wielu przyczyn utraty słuchu wirusy są często ignorowane. Infekcje wirusowe, w szczególności wirus cytomegalii (CMV), powodują do 40% wszystkich wrodzonych ubytków słuchu. Zazwyczaj choroby wirusowe powodują odbiorczy ubytek słuchu; utrata słuchu spowodowana przez wirusy może być łagodna, umiarkowana, a nawet głęboka, jednostronna lub obustronna. Mechanizmy związane z indukowaniem utraty słuchu są zróżnicowane, począwszy od bezpośredniego uszkodzenia komórek rzęsatych narządu Cortiego po uszkodzenia immunologiczne. Choroby z grupy STORCH to grupa infekcji, które mają szczególne znaczenie w okresie ciąży ze względu na ryzyko przeniesienia zakażenia na płód. Nazwa jest akronimem pochodzącym od angielskich nazw czynników zakaźnych, które go wywołują:

- *Syphilis* – *Treponema pallidum*
- *Toxoplasmosis* – *Toxoplasma gondii*
- *Other* – inne (wirus ospy wietrznej, wirus B19)
- *Rubella* – wirus różyczki
- *Cytomegalovirus* – cytomegłowirus
- *Herpes simplex* – wirus opryszczki

W przypadku wrodzonego zakażenia u płodu, czyli najniebezpieczniejszej formy powyższych chorób, zwraca uwagę fakt, że jedną z najczęściej pojawiających się konsekwencji zakażenia jest głębokie upośledzenie słuchu.

W Polsce nie są prowadzone rutynowe badania przesiewowe noworodków w kierunku wszystkich zakażeń z grupy STORCH. Pełen panel badań w kierunku obecności przeciwciał na choroby z tej grupy przechodzą jedynie kobiety, które planują zajść w ciążę metodą *in vitro*. Brak uregulowanych wytycznych dotyczących wykonywania badań przesiewowych, a co za tym idzie, brak możliwości wczesnego wykrycia choroby u wszystkich ciężarnych

kobiet i noworodków (w szczególności gdy jej przebieg jest bezobjawowy) może wiązać się z poważnymi konsekwencjami dla zdrowia i rozwoju narodzonego dziecka.

Rekomendacje:

1. Wprowadzenie programów badań przesiewowych u kobiet w ciąży – brak systemowych badań w Polsce zwiększa ryzyko późnego wykrycia infekcji mogących prowadzić do trwałych uszkodzeń słuchu oraz innych chorób współistniejących.
2. Zwiększenie dostępności szczepień i wzmocnienie edukacji prozdrowotnej – szczepienia stanowią kluczowy element ochrony. Edukacja kobiet planujących ciążę powinna być standardem.
3. Rozważenie refundacji badań oraz szczepień o wysokiej skuteczności profilaktycznej – finansowanie jednym z głównych powodów braku badań przesiewowych. Refundacja mogłaby znacząco poprawić wykrywalność infekcji z grupy STORCH.
4. Ujednolicenie i zaktualizowanie krajowych wytycznych dotyczących diagnostyki infekcji z grupy STORCH – aktualne rekomendacje powinny obejmować regularne monitorowanie kobiet bez odporności na toksoplazmozę czy CMV.
5. Wprowadzenie pilotażowych badań noworodków z nieprawidłowym wynikiem badania słuchu – pilotażowe badania w takich stanach jak Utah czy regionie Toskanii pokazują, że badania przesiewowe w kierunku wykrywania CMV są skuteczne i opłacalne.
6. Zwiększenie świadomości lekarzy i pacjentów na temat wpływu chorób wirusowych na słuch – infekcje wirusowe odpowiadają za nawet 40% wrodzonych ubytków słuchu – dane te powinny być szerzej komunikowane w opiece prenatalnej.

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=19025s



Rola sportu w życiu dorosłych osób z uszkodzonym słuchem

Monika Bączyk

Sport i aktywność fizyczna odgrywają kluczową rolę w życiu osób z uszkodzonym słuchem, wpływając

zarówno na zdrowie fizyczne, jak i psychiczne, a także wspierając integrację społeczną. Regularna

aktywność poprawia kondycję, koordynację i samopoczucie, a dla osób z niedosłuchem stanowi narzędzie przełamania barier komunikacyjnych, budowania pewności siebie, przełamania stereotypów i poczucia wspólnoty. Mimo sportowych sukcesów osoby z dysfunkcją słuchu wciąż napotyka bariery

w dostępie do zajęć, wsparcia trenerów, finansowania i promocji. Dlatego kluczowe jest rozwijanie i dostosowywanie infrastruktury sportowej, szkolenie kadry, wspieranie lokalnych inicjatyw oraz zwiększanie widoczności sportu osób niesłyszących w mediach.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=20742s>



Diagnostyka węchu i smaku

Małgorzata Talarek

Zmysły węchu i smaku pełnią istotną rolę w codziennym funkcjonowaniu człowieka, wpływając na bezpieczeństwo, sposób odżywiania, jakość życia oraz ogólny stan zdrowia. Zaburzenia tych zmysłów mogą występować w przebiegu wielu schorzeń, w tym infekcji, chorób laryngologicznych oraz neurologicznych, dlatego ich właściwa ocena ma istotne znaczenie zarówno kliniczne, jak i w kontekście zdrowia publicznego.

Diagnostyka węchu i smaku obejmuje zastosowanie różnych narzędzi badawczych, które można podzielić na testy przesiewowe oraz testy diagnostyczne. Testy przesiewowe umożliwiają szybką, wstępną ocenę funkcji zmysłów w dużych grupach populacyjnych i pozwalają na identyfikację osób wymagających dalszej diagnostyki. Testy diagnostyczne, stosowane głównie w warunkach klinicznych, umożliwiają szczegółową ocenę rodzaju i stopnia zaburzeń, w tym ocenę progu, różnicowania oraz identyfikacji bodźców węchowych i smakowych.

Pełna ocena zaburzeń węchu i smaku powinna uwzględniać nie tylko wyniki testów, lecz również konsultację lekarską, szczegółowy wywiad oraz badanie otorynolaryngologiczne. Takie kompleksowe podejście umożliwia właściwe rozpoznanie przyczyny zaburzeń oraz dobór odpowiedniego postępowania terapeutycznego.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=18308s>



Rekomendacje:

- Zaleca się uwzględnianie badań węchu i smaku jako istotnego elementu oceny stanu zdrowia pacjentów, szczególnie w grupach ryzyka.
- Testy przesiewowe mogą stanowić skuteczne narzędzie wczesnej identyfikacji osób wymagających pogłębionej diagnostyki specjalistycznej.
- W diagnostyce zaburzeń węchu i smaku należy stosować podejście kompleksowe, łączące wyniki testów z konsultacją lekarską i badaniem otorynolaryngologicznym.
- Dobór postępowania terapeutycznego powinien być oparty na całościowej ocenie klinicznej pacjenta, z uwzględnieniem możliwości leczenia farmakologicznego, chirurgicznego lub rehabilitacyjnego.
- Wskazane jest dalsze rozwijanie i upowszechnianie standaryzowanych narzędzi do oceny węchu i smaku w praktyce klinicznej oraz profilaktyce zdrowotnej.

Współautorzy:

Małgorzata Buksińska, Aleksandra Duda, Nina Lignar, Wojciech Będziński, Adam Piłka, Natalia Czajka, Piotr H. Skarżyński, Henryk Skarżyński

Słuch w dobie sztucznej inteligencji. Nowe możliwości profilaktyki i monitorowania zdrowia Polaków

Dr Małgorzata Pastucha

Wraz ze wzrostem częstości niedosłuchu, szczególnie w populacji osób starszych, coraz wyraźniej ujawniają się ograniczenia tradycyjnego modelu diagnostyki i kontroli słuchu. Długie kolejki do specjalistów, trudności z dojazdem oraz bariery organizacyjne sprawiają, że badania wykonywane są nieregularnie, a pogarszanie słuchu bywa rozpoznawane dopiero wtedy, gdy zaczyna istotnie wpływać na codzienne funkcjonowanie. W tym kontekście aplikacje mobilne umożliwiające wykonywanie domowych testów słuchu stwarzają realną możliwość częstszej kontroli i wcześniejszego wychwytywania zmian.

Istotnym ograniczeniem samodzielnego monitorowania pozostaje jednak interpretacja uzyskiwanych wyników. Pojedynczy pomiar, przedstawiony w postaci wartości średniego poziomu progu słyszenia lub audiogramu, rzadko pozwala użytkownikowi ocenić, czy obserwowana różnica ma znaczenie kliniczne, czy mieści się w granicach naturalnej zmienności. Rozwiązania oparte na sztucznej inteligencji mogą wypełniać tę lukę, analizując serie pomiarów w czasie, oceniając istotność zmian oraz wspierając decyzję o konieczności konsultacji specjalistycznej.

Przeprowadzone badanie z wykorzystaniem modelu ChatGPT, obejmujące 1000 symulowanych

przypadków z pomiarem wyjściowym w warunkach klinicznych oraz 12-miesięcznym monitorowaniem z wykorzystaniem aplikacji mobilnej, potwierdza możliwość takiego zastosowania. Zgodność pojedynczych odpowiedzi modelu z ocenami ekspertów wynosiła 80–84%, natomiast zastosowanie strategii wielokrotnego zapytania i wyboru najczęstszej odpowiedzi zwiększało ją do 87%, wskazując na większą stabilność uzyskiwanych rekomendacji. Jednocześnie obserwowano poprawę trafności ocen wraz ze wzrostem liczby dostępnych pomiarów, co podkreśla znaczenie regularnego monitorowania słuchu.

Z perspektywy zdrowia publicznego połączenie domowych testów słuchu z interpretacją wspieraną przez sztuczną inteligencję może sprzyjać wcześniejszemu wykrywaniu pogarszającego się słuchu, szczególnie w grupach o utrudnionym dostępie do opieki specjalistycznej. Rozwiązania te mogą pełnić rolę narzędzia wspierającego użytkownika w podejmowaniu decyzji zdrowotnych, ułatwiając identyfikację sytuacji wymagających konsultacji specjalistycznej. Należy je jednak postrzegać jako uzupełnienie, a nie zastępstwo opieki specjalistycznej, wspierające wczesną interwencję i bardziej świadome korzystanie z systemu ochrony zdrowia.



Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=19547s

Czytanie z ruchu warg – kiedy oczy wspierają słuch

Martyna Bryłka

Wykład dotyczył odczytywania mowy z ruchu warg jako naturalnego mechanizmu wspierającego rozumienie mowy. Podkreślono, że komunikacja jest procesem wielozmysłowym, w którym wzrok uzupełnia słuch, a obserwowanie ust, mimiki i ruchów twarzy dostarcza dodatkowych wskazówek językowych. Zwrócono uwagę, że korzyści z percepcji audiowizualnej są istotne u dzieci, u dorosłych ze słuchem w normie, u osób starszych oraz u osób

z niedosłuchem, a także, że umiejętność korzystania ze wskazówek wzrokowych może stanowić element rehabilitacji dla pacjentów po wszczępieniu implantu ślimakowego. Omówiono również trudności podczas nauki odczytywania mowy z ust. Wskazano, że wiele głosek wygląda podobnie w ruchu warg i dlatego na podstawie samego obrazu nie da się jednoznacznie rozpoznać całej wypowiedzi, a skuteczność rozumienia rośnie dopiero

wtedy, gdy odbiorca wykorzystuje kontekst językowy oraz uczy się wychwytywać subtelne różnice artykulacyjne.

Centralnym elementem wykładu było przedstawienie projektu treningowego, którego celem było sprawdzenie, czy dorośli ze słuchem w normie mogą poprawić rozumienie mowy na podstawie samego ruchu ust dzięki krótkiej, zdalnej praktyce. Opisano, że uczestnicy najpierw przechodzili sesję wprowadzającą z logopedą, podczas której uczyli się zasad świadomej obserwacji artykulacji oraz strategii wspierających zapamiętywanie i koncentrację. Następnie realizowali serię krótkich sesji online, w których stopniowo zwiększano poziom trudności materiału – od pojedynczych słów, przez zdania, aż po dłuższe wypowiedzi. Podczas ćwiczeń uczestnicy najpierw zapoznawali się z materiałem w sposób ułatwiający naukę, a potem wykonywali właściwe zadania bez dźwięku i bez napisów. Po każdej próbie otrzymywali informację zwrotną, a trudniejsze fragmenty były ponownie odtwarzane z dźwiękiem, co pozwalało uczyć się na błędach i lepiej wiązać obraz z poprawną realizacją fonetyczną. Zastosowano także elementy motywujące, które miały wspierać regularność i zaangażowanie w trening.

Wykład pokazał, że po zakończeniu treningu uczestnicy rozumeli więcej treści prezentowanej wyłącznie w formie niemych nagrań, a największą poprawę obserwowano w rozumieniu zdań, gdzie duże znaczenie ma wykorzystanie kontekstu. W interpretacji tych wyników podkreślono rolę uczenia percepcyjnego, które polega na coraz lepszym rozpoznawaniu wzorców ruchu ust, oraz rolę integracji wzrokowo-słuchowej, dzięki której mózg sprawniej łączy informacje z różnych modalności w spójną reprezentację wypowiedzi. Z przedstawionych wniosków wynika, że krótkie, regularne ćwiczenia mogą realnie poprawiać umiejętność odczytywania mowy z ruchu warg, nawet u osób ze słuchem w normie. W praktyce oznacza to, że

treningi tego typu mogą być użyteczne jako narzędzie wspierające komunikację w trudnych warunkach akustycznych oraz jako komponent działań rehabilitacyjnych w grupach, które szczególnie korzystają z informacji wzrokowej.

Rekomendacje:

- Uwzględnianie percepcji audiowizualnej mowy jako istotnego elementu komunikacji u dzieci, dorosłych ze słuchem w normie, osób starszych oraz osób z niedosłuchem, ponieważ obserwacja ruchu ust i mimiki znacząco wspiera rozumienie mowy w różnych warunkach słuchowych.
- Włączanie treningu odczytywania mowy z ruchu warg do działań rehabilitacyjnych u pacjentów po wszczępieniu implantu ślimakowego jako uzupełnienia rehabilitacji słuchowej i sposobu wzmacniania integracji wzrokowo-słuchowej w procesie adaptacji do implantu.
- Projektowanie krótkich, regularnych i stopniowanych pod względem trudności treningów percepcji wzrokowej mowy, które mogą być realizowane w formie zdalnej i nadal przynosić mierzalne korzyści.
- Stosowanie w treningach stałej informacji zwrotnej oraz możliwości ponownego zapoznania się z materiałem z dźwiękiem, aby umożliwić uczenie się na błędach i lepsze łączenie obrazu z reprezentacją fonetyczną.
- Zwracanie szczególnej uwagi na widoczność twarzy i ust rozmówcy w codziennej komunikacji, zwłaszcza w środowiskach o wysokim poziomie hałasu lub w sytuacjach klinicznych i edukacyjnych.
- Rozwijanie i dalsze badanie narzędzi treningowych wspierających odczytywanie mowy z ust, w tym ocena trwałości efektów oraz ich przełożenia na naturalną komunikację w życiu codziennym.

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=1313s



Protetyka słuchu bez tajemnic

Dr Edyta Piłka

Jak pokazują badania naukowe, im wcześniej osoba, która straciła słuch, zdecyduje się na dobór protezy słuchowej i jej noszenie, tym lepiej dla procesów rozumienia mowy. Ma to związek z tym, iż ośrodkowy układ nerwowy może utracić umiejętność analizy bodźców, których przez dłuższy czas nie odbiera w odpowiedniej ilości.

Optymalny aparat słuchowy umożliwi powrót do świata dźwięków, spełniając przy tym indywidualne wymogi związane ze stylem życia pacjenta. Wybrana proteza słuchowa powinna zapewniać jak najlepszą zrozumiałość mowy zarówno w ciszy, jak i w hałasie, ale także naturalność odbioru dźwięku.

Pierwszym i najważniejszym krokiem jest jednak wybór certyfikowanego protetyka słuchu, który przeprowadzi pacjenta poprzez dobór aparatu słuchowego w odpowiedni sposób. Trzeba pamiętać o tym, że wybór ten jest decyzją podjętą na szereg lat, a nie na jedną wizytę. Warto zatem wziąć pod uwagę nie tylko rozwiązania techniczne, ale rozważyć też, czy

propozycja jest odpowiednia pod względem kosztów, jakie pacjent będzie musiał ponieść przy zakupie protezy słuchowej. Liczy się też odległość punktu protetycznego od miejsca zamieszkania pacjenta.

Rekomendacje:

1. Osobą badającą pacjenta powinien być protetyk słuchu, który uzyskał wpis do Centralnego Rejestru osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego.
2. Gabinet protetyczny powinien spełniać standardy sanepidowskie i posiadać atesty na urządzenia, które wykorzystywane są w czasie diagnostyki narządu słuchu.
3. Protetyk słuchu powinien pracować zgodnie z zasadami etyki i pacjentów, którzy tego wymagają, przed założeniem protezy słuchowej wysyłać na wizyty do lekarza laryngologa.
4. Ścisła kontrola jakości usług i doszkalania się ustawicznego protetyków słuchu.



Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=8979s>

Chatboty wykorzystujące sztuczną inteligencję wobec ryzyka dezinformacji zdrowotnej

Prof. W. Wiktor Jędrzejczak

Dynamiczny rozwój chatbotów opartych na dużych modelach językowych otwiera nowe możliwości w obszarze ochrony zdrowia, szczególnie w zakresie edukacji pacjentów, wstępnej oceny objawów oraz wsparcia profilaktyki. Jednocześnie rosnące wykorzystanie tych narzędzi wiąże się z istotnym ryzykiem dezinformacji zdrowotnej. Modele językowe, trenowane na obszernych i niejednorodnych zbiorach danych, mogą generować odpowiedzi zawierające błędy merytoryczne, niepełne informacje lub treści pozornie wiarygodne, lecz niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Szczególnym problemem są tzw. halucynacje sztucznej inteligencji, polegające na tworzeniu fałszywych faktów i źródeł naukowych, co

może utrudniać weryfikację informacji i podważać zaufanie użytkowników. Wyniki testów wskazują na to, że skuteczność i rzetelność chatbotów zależą od kontekstu pytania, dostępności literatury naukowej oraz wersji zastosowanego modelu, co przekłada się na zmienną powtarzalność i jakość udzielanych odpowiedzi. Mimo tych ograniczeń chatboty rzadko promują kontrowersyjne lub nieuzasadnione terapie i mogą pełnić rolę narzędzi wspomagających, pod warunkiem zachowania nadzoru eksperckiego. Odpowiedzialne wdrażanie chatbotów w ochronie zdrowia wymaga jasnego określenia ich roli, mechanizmów kontroli jakości oraz edukacji użytkowników w zakresie krytycznej oceny generowanych treści.



Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=2284s

Edukacja zdrowotna w zakresie słuchu. Stan obecny, potrzeby i perspektywy

Dr hab. Elżbieta Gos

Wykład podkreślał znaczenie edukacji zdrowotnej w obszarze słuchu jako kluczowego elementu zdrowia komunikacyjnego. Zwrócono uwagę, że treści dotyczące słuchu są w obecnym systemie edukacji szkolnej marginalne, mimo że prawidłowy słuch warunkuje rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny dziecka. Dane Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu wskazują, że wielu rodziców nie rozpoznaje w porę objawów niedosłuchu u swoich dzieci, co potwierdza konieczność powszechnej edukacji w tym obszarze. Wykład przedstawiał propozycje włączenia do podstawy programowej zagadnień związanych z profilaktyką niedosłuchu, higieną narządu słuchu, wpływem zaburzeń słuchu na zdrowie psychiczne oraz z zasadami bezpiecznego korzystania z urządzeń emitujących dźwięk.

Rekomendacje:

Edukacja zdrowotna w zakresie słuchu powinna stać się integralną częścią szkolnego programu, aby zwiększyć świadomość dzieci i ich rodziców na temat znaczenia słuchu dla prawidłowej komunikacji. Konieczne jest systemowe wprowadzenie treści dotyczących zdrowia komunikacyjnego, profilaktyki niedosłuchu i higieny słuchu, a także promowanie bezpiecznych nawyków w środowisku akustycznym. Uzupełnienie podstawy programowej edukacji zdrowotnej w tym zakresie pozwoli budować trwałe kompetencje zdrowotne i wspierać wczesne wykrywanie zaburzeń słuchu.

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=KkrQGNVj08s&t=4928s>



Pozostałe wykłady ekspertów

Muzyka w rozwoju słuchowym człowieka – muzykoterapia w Światowym Centrum Słuchu

Barbara Kaczyńska

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=25935s



Od ciszy do dźwięku – miejsce muzykoterapii w procesie rehabilitacji

Dr hab. Elżbieta Włodarczyk, prof. IFPS

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=26811s



Odbiór muzyki przez użytkowników implantów ślimakowych – wyniki badań naukowych

Prof. Artur Lorens

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=28261s



Kiedy mniej znaczy więcej: muzykoterapia dla osób doświadczających szumy uszne – wyniki badań pilotażowych

Agnieszka Sepioto

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=7SAi_LqOXJE&t=30145s



Harmonijny wzrost: osiągnięcia i wyzwania dla muzykoterapii w Polsce i w innych krajach

Prof. Vivian Chan

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=14690s



Biomarkery molekularne i genetyczne leczenia głuchoty wrodzonej

Dr hab. Monika Matusiak

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=18305s



Wybór utworów w muzykoterapii – w jaki sposób muzykoterapeuci wybierają utwory wykraczające poza „preferencje klientów”

Prof. Katrina McFerran

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=27323s



Zabawa dla dorosłych: muzykowanie dla radości, nadziei i rozwoju tożsamości w procesie powrotu do zdrowia psychicznego

Prof. Simon Procter

Link do nagrania:

https://www.youtube.com/watch?v=hS_uahm26LM&t=30083s



Nowe możliwości terapeutyczne dla pacjentów z ośrodkowymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego SPPS-S 2.0

Dr Natalia Czajka

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=n5GDgm0zG4k&t=25143s>



Program diagnostyczno-terapeutyczny stosowany w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w nawracającej brodawczakowości krtani

Dr hab. Beata Miąskiewicz, prof. IFPS

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=73s>



Kiedy niedosłuch szkodzi zdrowiu – naukowe spojrzenie na skutki ubytku słuchu

Prof. Artur Lorens

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=1189s>



Czy terapia słuchowa jest w stanie wpłynąć na realizację sybilantów?

Anna Skoczylas

Link do nagrania:

<https://www.youtube.com/watch?v=tusnMnZQe9E&t=10974s>





KONGRES
ZDROWIE
POLAKÓW
2025

REKOMENDACJE

Tematyka 7. Kongresu „Zdrowie Polaków” była bardzo szeroka. Realizując jego motto „Zdrowie – każdy element ma znaczenie”, nie można było pominąć żadnego elementu, który wpływa na dobrostan zdrowotny Polaków. Jak elementy układanki – symboliczne puzzle, pojawiały się one w debatach, wykładach, panelach, a wszystko w odniesieniu do aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia oraz kondycji zdrowotnej polskiego społeczeństwa.

Staraliśmy się, aby zebrane rekomendacje stanowiły kompletny obraz sytuacji, wyłaniającej się z najobszerniej omówionych tematów, takich jak zdrowie dzieci i młodzieży, działania wspierające seniorów, zagadnienia dotyczące roli uczelni wyższych – medycznych i niemedycznych – w kształtowaniu kompetencji przyszłości. Interdyscyplinarność jest motorem postępu i kluczem do wdrożenia rozwiązań dających realną szansę na poprawę dobrostanu i kondycji zdrowotnej Polaków, która – niestety – wciąż pozostawia wiele do życzenia. Dlatego w rekomendacjach powraca temat edukacji i profilaktyki prozdrowotnej stanowiących fundament zdrowia publicznego. Zwrócono też uwagę na rolę parlamentarzystów, samorządów i organizacji pacjenckich w aktywności społecznej dla zdrowia. Al to przyszłość w diagnostyce i leczeniu. Podobnie jak interdyscyplinarne projekty i badania z udziałem ekspertów różnych dziedzin, nie tylko medycyny, nauk przyrodniczych czy nauk technicznych, lecz także nauk ekonomicznych i humanistycznych. Ważnym tematem, który również zyskuje rangę rekomendacji jest promowanie wdrożeń – umacnianie wizerunku nauki jako fundamentu rozwoju Polski. Ekspertci zwrócili też uwagę, że należy stworzyć prawne mechanizmy, które rozliczałyby za szkody wyrządzone nieprawdziwą informacją dotyczącą zdrowia.

Mamy nadzieję, że ta część pokongresowego raportu będzie bazą do wytyczania kierunków zmian w omówionych obszarach i inspiracją do proponowania kolejnych rozwiązań.

Nowoczesna medycyna (AI, TELEMEDYCYNA) odpowiedzią na wyzwania systemu ochrony zdrowia

Polska wchodzi w fazę dojrzałej transformacji cyfrowej sektora zdrowia, stając się jednym z liderów Unii Europejskiej w zakresie wdrażania masowych narzędzi obywatelskich. Flagowe rozwiązanie, jakim jest aplikacja mObywatel, osiąga bezprecedensową skalę popularności, co stanowi fundament pod dalszą integrację usług medycznych. E-zdrowie przestało być domeną wyłącznie młodych pokoleń – systemy, takie jak Internetowe Konto Pacjenta (IKP), odnotowują wysoką aktywność osób w wieku 30–50 lat oraz seniorów. Niezbędne jest pogłębienie współpracy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Cyfryzacji oraz Centrum e-Zdrowia w celu uniknięcia dublowania funkcjonalności systemów. Rekomenduje się, aby mojeIKP ewoluowało w stronę spersonalizowanej „Karty Zdrowia Pacjenta”, umożliwiającej szybki wgląd w historię leczenia i wymianę informacji z personelem medycznym w czasie rzeczywistym. Rekomendacje wskazują, że nowoczesna medycyna (AI, telemedycyna) jest jedyną drogą do zapewnienia wydolności systemu ochrony zdrowia w obliczu starzejącego się społeczeństwa i niedoborów kadrowych, ale zwrócono również uwagę na ryzyko etyczne, organizacyjne i zawodowe związane z praktycznym wdrażaniem rozwiązań AI. Wizja systemu na lata 2025–2026 zakłada przejście od pasywnego gromadzenia danych do aktywnego monitorowania stanu zdrowia. Wykorzystanie narzędzi telemedycznych do zdalnego nadzoru nad pacjentami kardiologicznymi i diabetologicznymi ma pozwolić na interwencję lekarską, zanim dojdzie do ciężkiego incydentu medycznego. Krytycznym punktem dla rozwoju e-zdrowia jest pilne dostosowanie ram prawnych do postępu technologicznego. Wskazano na brak wystarczającej legislacji wspierającej pełne wdrożenie najbardziej zaawansowanych rozwiązań cyfrowych zaplanowanych na 2026 rok.

Rekomendujemy przyspieszenie prac nad regulacjami dotyczącymi wykorzystania algorytmów sztucznej inteligencji w diagnostyce oraz opracowanie zasad odpowiedzialności za decyzje wspierane przez AI.

Cyfryzacja nie może pogłębiać nierówności w dostępie do ochrony zdrowia. Eksperci podkreślają, że szkolenia z kompetencji cyfrowych nie powinny być projektowane „za biurka w ministerstwie” lub innym urzędzie, lecz realizowane w lokalnych społecznościach (np. szkoły, koła gospodyń wiejskich, lokalne stowarzyszenia, towarzystwa naukowe, parafie). W powyższym kontekście rekomenduje się decentralizację programów edukacyjnych, aby dotrzeć do osób starszych w ich naturalnym środowisku. Systemy e-zdrowia muszą być projektowane z uwzględnieniem zasad ergonomii. Jeśli użytkownik nie jest w stanie dotrzeć do żądanej informacji w trzech kliknięciach, aplikacja staje się niefunkcjonalna. Rekomenduje się, aby dalszy rozwój mojeIKP i mObywatel opierał się na ścisłej współpracy informatyków z ekspertami od użyteczności, by zapobiec zniechęceniu obywateli, a zwłaszcza pacjentów, nadmiarem funkcji.

Transformacja cyfrowa medycyny w Polsce to proces nieodwracalny, który wymaga silnego wsparcia ustawodawczego oraz finansowego. Kluczowym wyzwaniem na najbliższe lata pozostaje: zapewnienie ciągłości finansowania dla infrastruktury e-zdrowia, wdrożenie standardów bezpieczeństwa danych medycznych (cyberbezpieczeństwo), stworzenie mechanizmów premiujących

placówki medyczne za efektywne wykorzystanie narzędzi telemedycznych w celu skrócenia kolejek do specjalistów, anonimizacja i otwarcie polskich zbiorów danych medycznych, aby mogły się rozwijać modele oparte na sztucznej inteligencji, aplikowalne w służbie zdrowia.

Walnym wnioskiem skierowanym bezpośrednio do Senatu RP (oraz szerzej do Ustawodawcy), jest konieczność stworzenia stabilnych i długofalowych ram prawnych dla cyfryzacji i AI, które nie będą zmieniane przy każdej kolejnej zmianie konfiguracji politycznej parlamentu i samorządów. Oto szczególne punkty tego wniosku:

- W debacie podkreślono, że żadna prawdziwa, długofalowa reforma ochrony zdrowia w Polsce nie weszła w pełni w życie, ponieważ kolejne ekipy decydentów często odwracały działania poprzedników. Wniosek dla Senatu dotyczy budowy strategicznego konsensusu, który zapewni, że projekty e-zdrowia (takie jak platforma P1 czy integracja AI) będą kontynuowane przez lata.
- Senat jako izba mająca istotny wpływ na legislację powinien wspierać przepisy wymuszające jednolity standard cyfrowy dokumentacji medycznej. Obecnie bariera „skanów PDF” uniemożliwia pełne wykorzystanie algorytmów AI, dlatego konieczne jest ustawowe wymuszenie strukturyzacji danych w całym systemie (szpitale, poradnie). Zaproponowano, aby system prawny w większym stopniu kładł nacisk na egzekwowanie obowiązków profilaktycznych i edukację zdrowotną.
- AI w ochronie zdrowia jest odpowiedzią na realne potrzeby systemu, ale wymaga odpowiedzialnych strategii implementacyjnych. Etyczne wykorzystanie AI wymaga aktywnej ochrony autonomii pacjenta i lekarza, przejrzystości działania systemów oraz realnego nadzoru człowieka. Odpowiedzialne wdrożenie AI wymaga systemowego podejścia w oparciu o spójny zestaw zasad, który może służyć jako punkt odniesienia dla twórców, regulatorów i podmiotów leczniczych.
- Wpływ AI na autorytet lekarza jest ambiwalentny: z jednej strony może osłabiać tradycyjny obraz „nieomylnego eksperta”, z drugiej stwarza szansę na wzmocnienie roli klinicysty jako wykorzystującego nowoczesne narzędzia wsparcia diagnostyki i terapii. Kluczowe jest utrzymanie lekarza w centrum decyzyjnym i zapewnienie narzędzi do zrozumiałego wyjaśniania decyzji podejmowanych wspólnie z AI.
- Deskillling (pozbywanie się umiejętności) jest realnym ryzykiem, ale przy odpowiednim zaprojektowaniu może być częściowo zrównoważony przez upskilling (podnoszenie kwalifikacji) w innych obszarach (np. komunikacja, praca z danymi, zarządzanie niepewnością) i świadome wykorzystanie AI jako narzędzia treningowego. Warunkiem jest wprowadzenie mechanizmów utrzymywania i oceny kompetencji klinicznych niezależnie od systemów automatycznych.

Realizacja powyższych rekomendacji wymaga współpracy środowisk klinicznych, twórców technologii, pacjentów i decydentów w celu tworzenia przyjaznego a zarazem odpowiedzialnego ekosystemu wdrożeń klinicznych rozwiązań opartych na AI.

2

Parlamentarzyści, samorządowcy, organizacje pozarządowe w aktywności społecznej dla zdrowia

Podczas kongresu kilka wykładów i paneli poświęconych było aktywnościom na rzecz zdrowia organizacji pacjenckich, działalności parlamentarzystów oraz innych instytucji publicznych wspierających promocję profilaktyki zdrowotnej. Do rekomendacji posłużyła analiza przedstawionych udanych inicjatyw społecznych, dyskusji na temat oddolnych możliwości wpływania na system ochrony zdrowia i jego wspierania.

Ważnym celem organizacji pacjenckich jest doprowadzanie do zmian systemowych poprawiających sytuację chorych. Rekomendacja płynąca z doświadczeń to współdziałanie i jednoczenie się wokół wspólnej idei. Potrzebne jest budowanie grona osób myślących podobnie, gotowych mówić o problemie i pokazywać własne historie. Niezbędna jest osoba, która byłaby pośrednikiem w kontakcie między rządem a organizacjami pozarządowymi zrzeszającymi pacjentów.

Rekomendujemy usystematyzowanie pracy organizacji pacjenckich na rzecz poprawy systemu ochrony zdrowia. Największe organizacje mogą z poziomu rządów centralnych wpływać na decyzje polityczne, np. brać udział w posiedzeniach komisji sejmowych. Z kolei mniejsze organizacje lub lokalne oddziały mogą to robić na poziomie samorządowym. Zaleca się, aby wspierać się rzetelnym przygotowaniem: zdobywaniem aktualnej wiedzy naukowej, śledzeniem danych, badań, a także znajomości prawa.

Wskazywano także na konieczność profesjonalizacji, nawet przy ograniczonych środkach, podkreślając, że dziś istnieje wiele narzędzi i platform wspierających organizacje pozarządowe.

Rekomendujemy nie zapominać o kluczowych zadaniach organizacji, jakimi są wspieranie chorych oraz ich najbliższego otoczenia nie tylko pod względem finansowym, ale również poprzez przekazywanie wiarygodnych informacji, możliwość kontaktu z innymi osobami dotkniętymi podobnym problemem zdrowotnym, działania edukacyjne oraz uświadamiające społeczeństwo na temat profilaktyki różnych chorób.

W ramach promocji profilaktyki zdrowotnej w polskich regionach rekomendujemy „przetawienie zwrotnicy” z medycyny naprawczej na system prozdrowotny, sugerując m.in. wprowadzenie obowiązkowych badań przeglądowych w ramach POZ.

Profilaktyka jest najtańszą formą ochrony zdrowia, co od lat dostrzegają duże korporacje. Rekomendujemy prowadzenie zachęt dla pracodawców oraz rozwiązań ubezpieczeniowych promujących zdrowy styl życia. Podkreślano, że miejsce pracy – skupiające ok. 60 proc. dorosłych Polaków – jest naturalną przestrzenią do realizacji programów profilaktycznych i edukacji zdrowotnej.

Zaleca się zwrócenie uwagi i powielanie dobrych wzorców praktycznego wymiaru profilaktyki, gdzie kluczowe okazały się mobilne formy działania – przykładem jest Kapsuła Badań Zmysłów, która dociera bezpośrednio do lokalnych społeczności.

Rekomendujemy stworzenia platformy porozumienia między resortami, samorządami i sektorem prywatnym. Jej celem miałyby być lepsza koordynacja

działań profilaktycznych, tak aby się nie dublowały, lecz uzupełniały, obejmując szerokie spektrum zagrożeń – od chorób cywilizacyjnych po jakość powietrza.

Zaleca się zwrócenie uwagi, czy miasto realnie odpowiada na potrzeby społeczeństwa w zakresie ochrony zdrowia. Aby budować zdrowe miasta przyszłości, konieczna jest współodpowiedzialność wszystkich – za siebie, bliskich i miasto. Rekomendujemy współpracę różnych środowisk i mówienie jednym głosem. Tylko dzięki wspólnym działaniom instytucji, organizacji społecznych i mieszkańców możliwe jest skuteczne odpowiadanie na wyzwania współczesnego miasta oraz realizacja programów zdrowotnych i społecznych, które przyniosą oczekiwane rezultaty.

3

Od świadomości do odpowiedzialności – nowa strategia edukacji zdrowotnej Polaków

Polacy mają jedne z najniższych w Europie kompetencji zdrowotnych. Aż 60 proc. z nas nie radzi sobie z oceną wiarygodności informacji i podejmowaniem świadomych decyzji prozdrowotnych. Ekspertki zgodziły się, że kluczowa jest edukacja zdrowotna od poziomu przedszkolnego i wczesnoszkolnego, ale organizowana bez ideologicznych napięć. Ważne jest także wprowadzenie elementów edukacyjnych do wizyt w POZ, podkreślenie znaczenia pozytywnej narracji o polskim systemie ochrony zdrowia. Osobnym tematem, równie istotnym, była edukacja w podejmowaniu świadomych decyzji żywieniowych.

Rekomendujemy potrzebę odbudowania zaufania pacjentów do środowiska medycznego, bo żyjemy w czasach, w których opinia stała się faktem. Tworzymy strategie, ale nie personalizujemy ich pod polskie realia. Alternatywne, niemedyczne przekazy są często bardziej atrakcyjne, obiecują łatwe rozwiązania. Podkreślono potrzebę równoległej edukacji rodziców, bez której szkolne programy nie uzyskają ich poparcia.

Ważne jest odejście od mowy autorytetu z piedestału w kierunku tworzenia komunikatów rzetelnych, ale atrakcyjnych i docierających do różnych grup społecznych odpowiednimi kanałami.

Rekomendujemy budowanie spójnej, odpowiedzialnej narracji o systemie ochrony zdrowia.

Skala chorób cywilizacyjnych w Polsce, Europie i krajach zachodnich nie jest przypadkowa. W dużej mierze wynika z niewłaściwych nawyków żywieniowych oraz braku aktywności fizycznej. Dlatego potrzeby edukacyjne w tym obszarze są ogromne.

Rekomendujemy przekucie deklaracji w konkretne działania – skuteczniejszą edukację, która wymaga spojrzenia szerokiego, obejmującego zarówno aspekty

naukowe, jak i społeczne oraz środowiskowe. Rola edukacji powinna spoczywać na wszystkich uczestnikach systemu ochrony zdrowia, a nie tylko lekarzach.

W zakresie edukacji dotyczącej zdrowego żywienia rekomendujemy ukierunkować się na personalizację żywienia, ponieważ każdy z nas ma inne potrzeby, nie tylko żywieniowe, ale również zdrowotne.



Należy dążyć do stworzenia prawnych mechanizmów, które rozliczałyby za szkody wyrządzone nieprawdziwą informacją dotyczącą zdrowia

Odpowiedzialność za zdrowie publiczne, spoczywająca na mediach, jest ogromna. To media mają wpływ na kształtowanie zachowań zdrowotnych Polaków. Podczas kongresu rozpatrywano problem w kilku aspektach. Ukierunkowania pacjenta na poszukiwanie rzetelnej wiedzy w internecie, przeciwdziałaniu rosnącej popularności pseudomedycznych metod leczenia, dążenia do stworzenia prawnych mechanizmów, które rozliczałyby za szkody wyrządzone nieprawdziwą informacją dotyczącą zdrowia. Prawie nagminne jest wykorzystywanie wizerunku uznanych autorytetów w fałszywym informowaniu o „cudownych efektach leczenia”. Zjawisko to stanowi istotne wyzwanie w obszarze bezpieczeństwa informacyjnego oraz ochrony pacjentów i wymaga skoordynowanej reakcji instytucjonalnej.

Rekomendujemy wzmocnienie instrumentów prawnych służących ochronie praw pacjentów. Regulacje prawne określane jako „Lex szarlatan” powinny wpisywać się w szerszą debatę, dotyczącą jakości opieki zdrowotnej, odpowiedzialności systemu ochrony zdrowia oraz wyzwań wynikających z rosnącej popularności pseudomedycznych metod leczenia i odpowiedzialności mediów za ich upowszechnianie.

Zaleca się, aby działania legislacyjne szły w parze z szeroko zakrojoną edukacją społeczną, promującą krytyczne podejście do informacji zdrowotnych, umiejętność weryfikowania źródeł oraz zaufaniem do medycyny opartej na dowodach naukowych.

Rekomenduje się promocję „klikanych” tematów medycznych, służących edukacji, tak aby informacja nie przegrywała z sensacją.

Rekomenduje się przyjmowanie bezwzględnie obowiązku sprawdzania informacji w co najmniej trzech niezależnych źródłach, aby uniknąć nadawania opiniom rangi dowodów naukowych.

Zaleca się, aby dać odpór nieprawdziwym informacjom w swoich programach informacyjno-edukacyjnych, uważając, aby polemika nie przysłużyła się promocji nieprawdziwych treści.

Zasadne jest wzmocnienie i lepsza koordynacja działań odpowiednich instytucji publicznych – w tym organów ścigania oraz podmiotów odpowiedzialnych

za bezpieczeństwo cyfrowe, takich jak Naukowa i Akademicka Sieć Komputerowa (NASK) oraz Ministerstwo Cyfryzacji – w celu skuteczniejszego przeciwdziałania nadużywaniu wizerunku uznanych autorytetów medycznych i naukowych oraz eliminowania fałszywych rekomendacji w mediach społecznościowych.

5

„Wywrócenie stolika” oznacza konsekwentne umieszczenie profilaktyki zdrowia dzieci i młodzieży w centrum polityki publicznej

W obszarze zdrowia dzieci i młodzieży Polska znalazła się w punkcie krytycznym. Dalsze działania fragmentaryczne i interwencyjne nie są w stanie odwrócić utrwalonych trendów związanych z niskim poziomem aktywności fizycznej, narastającą nadwagą i otyłością oraz rosnącymi kosztami zdrowotnymi wynikającymi z niekontrolowanego funkcjonowania w środowisku cyfrowym. Kluczową konkluzją jest potrzeba „wywrócenia stolika”, rozumianego jako odejście od punktowych, krótkoterminowych interwencji na rzecz rozwiązań systemowych, długofalowych i mierzalnych. Profilaktyka zdrowotna jest procesem rozłożonym na lata, jednak jej marginalizowanie prowadzi do dalszego przesuwania środków publicznych w stronę medycyny naprawczej. Inwestowanie w zdrowie dzieci i młodzieży należy traktować jako inwestycję w bezpieczeństwo zdrowotne, społeczne i ekonomiczne państwa. Wzajemnie powiązane filary zmiany: rodzinę, szkołę oraz państwo i samorząd. „Wywrócenie stolika” oznacza konsekwentne umieszczenie profilaktyki zdrowia dzieci i młodzieży w centrum polityki publicznej, z jasno określonymi celami, odpowiedzialnością oraz systemem oceny efektów w perspektywie 10–15 lat.

Rekomendujemy przesunięcie ciężaru działań publicznych z dominującego modelu leczenia na model oparty na profilaktyce i wczesnej interwencji. Wymaga to: jasno zdefiniowanych celów w Narodowym Programie Zdrowia, skoncentrowanych na dzieciach i młodzieży, realnego wzmocnienia edukacji zdrowotnej jako narzędzia zmiany postaw i nawyków, uproszczenia procedur wdrożeniowych, które obecnie ograniczają skuteczność działań profilaktycznych. Największym wyzwaniem nie jest brak regulacji, lecz trudność w zmianie utrwalonych zachowań, co wymaga jednoczesnego stosowania regulacji, edukacji oraz konsekwentnego egzekwowania standardów.

Fundamenty zdrowia, sprawności i nawyków ruchowych kształtują się bardzo wcześnie, w pierwszych latach życia. Rekomenduje się wdrożenie spójnych działań już na etapie przedszkolnym, obejmujących codzienną aktywność fizyczną, naturalne formy ruchu oraz działania sprzyjające rozwojowi samodzielności i odporności psychofizycznej. Konieczne jest jednoznaczne przypisanie odpowiedzialności instytucjonalnej za dzieci najmłodsze pomiędzy resortami, tak aby grupy wiekowe 0–3 lata nie pozostawały poza systemem profilaktyki zdrowotnej.

Szkoła powinna pełnić rolę kluczowego środowiska kształtującego zdrowie. Rekomenduje się wprowadzenie wczesnej i systemowej edukacji zdrowotnej, obejmującej aktywność fizyczną, żywienie, sen i higienę cyfrową, realizowanej od najmłodszych lat, a także tworzenie aktywnej i bezpiecznej przestrzeni wokół dziecka – w szkole, miejscu zamieszkania i na drodze do szkoły.

Rekomenduje się uznanie zdrowia i aktywności fizycznej dzieci za priorytet polityczny, wymagający międzysektorowej współpracy, stabilnego finansowania i jasno określonych, mierzalnych celów.

Rekomenduje się podniesienie jakości zajęć ruchowych w klasach 1–3 poprzez szersze włączenie nauczycieli wychowania fizycznego, systemowe wprowadzenie codziennych aktywnych przerw i krótkich form ruchu w trakcie dnia szkolnego, traktowanie kompetencji ruchowych na równi z pozostałymi kompetencjami edukacyjnymi. Jeżeli większość uczniów nie osiąga minimalnych standardów sprawności fizycznej i kompetencji ruchowej, system powinien reagować równie stanowczo jak w przypadku deficytów w nauczaniu podstawowych umiejętności szkolnych.

Rekomenduje się ograniczenie praktyki zwolnień z wychowania fizycznego oraz wprowadzenie zróżnicowanych form uczestnictwa, analogicznych do podziałów stosowanych w nauce języków obcych. Zajęcia powinny być dostosowane do poziomu sprawności uczniów, aby umożliwić aktywny udział każdemu dziecku, bez ryzyka stygmatyzacji. Jest to szczególnie istotne w przypadku dzieci z nadwagą i otyłością, u których czynniki psychospołeczne mogą pogłębiać problemy zdrowotne.

Rekomenduje się zmianę narracji systemowej: odejście od języka selekcji sportowej na rzecz narracji zdrowotnej i rozwojowej, akcentującej dobro dziecka i profilaktykę zdrowotną.

Należy położyć nacisk na refleksyjną praktykę oraz innowacje wprowadzane przez nauczycieli, zamiast narzucania jednolitych, odgórnych praktyk. Wspiera to zmiany dostosowane do lokalnych warunków i gwarantuje długoterminową stabilność.

Osiągnięcie efektu transformacji całego środowiska szkolnego wymaga trwałej współpracy międzysektorowej. Rekomenduje się rozbudowę informacji zwrotnej: zapewnienie nauczycielom, uczniom i rodzicom czytelnych raportów zwrotnych, wspierających planowanie pracy dydaktycznej i działań profilaktycznych.

Wyniki badań wskazują na potrzebę wprowadzenia rozwiązań edukacyjnych skierowanych do rodziców, którzy zwłaszcza w przypadku młodszych dzieci stanowią kluczowe źródło wiedzy oraz wzorców dotyczących zdrowego stylu życia. Działania te powinny być ukierunkowane zwłaszcza na promowanie regularnej aktywności fizycznej. Wzmocnienie roli rodziców, społeczności lokalnych i mediów jako kluczowych wzorców i partnerów w kształtowaniu zdrowych nawyków.

Niezbędne jest wzmocnienie realizacji bilansów zdrowia dzieci oraz systematycznego monitorowania wysokości i masy ciała, z jasno określoną odpowiedzialnością instytucjonalną. Skuteczna profilaktyka wymaga ciągłości, danych i wczesnego reagowania; jej zaniedbanie prowadzi do narastających kosztów leczenia powikłań somatycznych i psychicznych.

Zwrócono uwagę na istnienie środowiskowych czynników ryzyka, takich jak dostępność żywności o niskiej wartości odżywczej w szkołach i ich otoczeniu, oraz rozbieżność między deklarowaną wiedzą rodziców a rzeczywistymi praktykami żywieniowymi. Rekomenduje się wzmocnienie i egzekwowanie standardów żywieniowych w szkołach, traktowanie rozwiązań wspierających zdrowe wybory jako elementu spójnej polityki, prowadzenie edukacji żywieniowej w języku funkcjonalnym, odnoszącym się do codziennego funkcjonowania dzieci, wspieranie inicjatyw wzmocniających kulturę wspólnego przygotowywania posiłków i spożywania ich w gronie rodziny.

Podkreślono, że technologie cyfrowe same w sobie nie są zagrożeniem, lecz ich niekontrolowane i pasywne użytkowanie. Rekomenduje się ograniczanie czynników rozpraszających w procesie edukacyjnym, rozwijanie kompetencji higieny cyfrowej oraz świadome wykorzystywanie technologii do wspierania aktywności fizycznej, snu i monitorowania zdrowia. Ewentualne regulacje powinny być poprzedzone przygotowaniem społecznym, aby były akceptowalne i skuteczne.

Zdrowie psychiczne i dobrostan cyfrowy dzieci i młodzieży powinny zostać uznane za priorytet horyzontalny w politykach publicznych. Rekomenduje się powołanie stałego międzyresortowego zespołu (zdrowie, edukacja, cyfryzacja, szkolnictwo wyższe, polityka społeczna, sprawiedliwość) odpowiedzialnego za koordynację działań, monitorowanie skutków regulacji cyfrowych dla zdrowia psychicznego oraz realne włączenie głosu dzieci i młodzieży w proces projektowania rozwiązań (youth mainstreaming).

Brak kompetencji cyfrowych dorosłych istotnie ogranicza skuteczność działań profilaktycznych. Rekomenduje się wdrożenie ogólnopolskich, długofalowych kampanii społecznych dotyczących zdrowia cyfrowego dzieci i młodzieży adresowanych do rodziców, opiekunów i nauczycieli, rozwój systemowej edukacji rodziców (psychoedukacja, higiena cyfrowa, rozpoznawanie sygnałów kryzysu, bezpieczne ustawienia technologii), obowiązkowe kształcenie przyszłych nauczycieli oraz szkolenia czynnych nauczycieli i kadry szkolnej w zakresie cyfrowych determinant zdrowia psychicznego, cyberprzemocy i reagowania na treści suicydalne, wzmocnienie współpracy szkoły z rodzicami jako warunku skutecznej profilaktyki.

System opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży powinien systemowo uwzględniać cyfrowe determinanty zdrowia. Rekomenduje się wprowadzenie przesiewowej oceny wzorców korzystania z technologii (kompulsywność, nocne korzystanie, ekspozycja na treści suicydalne) w I poziomie opieki, rozwój kompetencji kadr medycznych, psychologicznych i edukacyjnych w zakresie pracy z problemami zdrowia cyfrowego, tworzenie bezpiecznych, zweryfikowanych narzędzi cyfrowego wsparcia (psychoedukacja, interwencja kryzysowa, e-terapia), podlegających nadzorowi jakości.

Szkoła powinna pełnić funkcję podstawowego środowiska profilaktyki zdrowia psychicznego i cyfrowego. Rekomenduje się wprowadzenie obowiązkowej edukacji zdrowotnej, obejmującej kompetencje emocjonalne, profilaktykę suicydalną, higienę cyfrową i krytyczne myślenie, wdrażanie kompleksowych programów przeciwdziałania przemocy rówieśniczej i cyberprzemocy, obejmujących również rolę świadka, działania na rzecz redukcji stresu szkolnego poprzez

zmiany organizacyjne, wzmocnienie relacji oraz zwiększenie partycypacji uczniów, wprowadzenie jasnych, ogólnokrajowych zasad korzystania z technologii cyfrowych na terenie szkoły (w tym ograniczeń używania smartfonów).

Dzieci i młodzież są grupą podatną na uzależnienia cyfrowe i szczególnie bezbronną. Istnieje zatem konieczność wzmocnienia ochrony małoletnich w środowisku online. Rekomenduje się pełne egzekwowanie standardów „child-protection-by-design” (bezpieczne ustawienia domyślne, skuteczne bariery wieku), traktowanie ekspozycji na treści suicydalne i samouszkodzające jako obszaru wysokiego ryzyka wymagającego szczególnych obowiązków platform, ograniczenie ekspozycji na reklamy i treści dla dorosłych oraz ryzykowne kontakty z nieznanymi, zobowiązanie platform do udostępniania danych umożliwiających niezależną ocenę wpływu algorytmów na zdrowie psychiczne młodych użytkowników. W związku z tym zasadne jest wdrażanie programów edukacyjnych skierowanych do rodzin, obejmujących zagadnienia higieny cyfrowej, a także ustanawianie szkolnych i domowych zasad regulujących czas ekspozycji na urządzenia ekranowe.

Skuteczność polityki publicznej w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wymaga oparcia działań na systematycznie gromadzonych, porównywalnych i wysokiej jakości danych. Rekomenduje się utworzenie zintegrowanego systemu monitorowania dobrostanu psychicznego dzieci i młodzieży, łączącego dane zdrowotne, edukacyjne i społeczne, rozwój badań podłużnych pozwalających rozróżnić przyczyny i skutki problemów zdrowia cyfrowego, standaryzację narzędzi pomiaru przemocy rówieśniczej i domowej oraz systematyczną ewaluację wdrażanych programów.

Rekomendacje wskazują, że zdrowie cyfrowe dzieci i młodzieży wymaga systemowego podejścia, łączącego profilaktykę, ochronę prawną, edukację, dostęp do opieki oraz odpowiedzialność środowiska cyfrowego. Zaniechanie działań w tym obszarze generuje wysokie koszty społeczne i zdrowotne, natomiast inwestycja w dobrostan młodego pokolenia stanowi fundament długofalowego rozwoju społecznego i gospodarczego państwa.

Wczesne wykrywanie i leczenie chorób jamy ustnej zmniejsza ryzyko chorób ogólnych

Zdrowie jamy ustnej stanowi integralną część zdrowia ogólnego człowieka i powinno być traktowane jako integralna część medycyny. Jama ustna jest istotnym elementem układu odpornościowego, a jej stan istotnie wpływa na procesy zapalne, immunologiczne i metaboliczne całego organizmu. Przewlekłe choroby jamy ustnej, w szczególności zapalenie dziąseł i zapalenie przyzębia, stanowią źródło utrzymującego się stanu zapalnego o niskim nasileniu, który może sprzyjać rozwojowi i zaostrzeniu chorób ogólnych, między innymi chorób sercowo-naczyniowych, metabolicznych, takich jak cukrzyca, oraz innych schorzeń ogólnoustrojowych, np. chorób neurodegeneracyjnych. Zaburzenia mikrobiomu jamy ustnej oraz obecność przewlekłego stanu zapalnego mogą prowadzić do przenikania bakterii i mediatorów zapalnych do krwiobiegu, co wpływa na funkcjonowanie narządów odległych, w tym kontekście jama ustna powinna być postrzegana jako potencjalne ognisko zapalne o znaczeniu systemowym i ocena jej powinna stanowić element kompleksowej opieki nad pacjentem, zwłaszcza w przypadku osób z chorobami przewlekłymi i nawracającymi infekcjami lub niespecyficznymi objawami zapalnymi.

Rekomendujemy, aby ocena stanu zdrowia jamy ustnej była uwzględniona w rutynowym wywiadzie lekarskim, szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej. Wprowadzenie prostych pytań dotyczących regularności kontroli stomatologicznej może stanowić skuteczne narzędzie wczesnej identyfikacji potencjalnych źródeł ogólnoustrojowego obciążenia zapalnego. Potwierdzająca odpowiedź pacjenta na pytania o krwawienie z dziąseł, ból powinna skłaniać do skierowania go na konsultację stomatologiczną jako element profilaktyki i uzupełnienie diagnostyczno-terapeutyczne.

Podkreślamy również konieczność wzmocnienia współpracy interdyscyplinarnej pomiędzy lekarzami ogólnymi a lekarzami dentykami w celu zapewnienia holistycznego podejścia do zdrowia pacjenta. Integracja opieki stomatologicznej z opieką medyczną sprzyja wczesnej profilaktyce ograniczenia przewlekłych stanów zapalnych oraz poprawia długoterminowe wyniki.

Stomatologia nie powinna być postrzegana wyłącznie jako dziedzina skoncentrowana na profilaktyce i leczeniu patologii występujących w jamie ustnej, lecz jako istotny filar profilaktyki i utrzymania zdrowia ogólnego.

Rekomendujemy lekarzom innych specjalizacji zadawanie co najmniej jednego pytania związanego z profilaktyką, np. czy w ostatnich 12 miesiącach była pan/pani na kontroli stomatologicznej lub doświadczyła krwawienia z dziąseł, bólu, nieświeżego oddechu. Pozytywna odpowiedź powinna skutkować skierowaniem do stomatologa jako element profilaktyki i ograniczenia ogólnoustrojowego obciążenia zapalnego. Uzasadnieniem tego pytania jest fakt, że jama ustna to rezerwar bakterii prozapalnych, które mogą przenikać do krwiobiegu. Choroby przyzębia są powiązane z podwyższonym CRP, Il-6, TNF &. Wczesna identyfikacja problemów w jamie ustnej zmniejsza ryzyko powikłań ogólnych. Współpraca interdyscyplinarna ze stomatologiem powinna stanowić element profilaktyki i leczenia chorób przewlekłych.

Rekomendacje, które należy przekazać pacjentom, to systematyczna higiena jamy ustnej oraz regularne kontrole stomatologiczne, które są najważniejszym elementem profilaktyki zdrowia ogólnego,

Wczesne wykrywanie i leczenie chorób jamy ustnej zmniejsza ryzyko powikłań miejscowych i ogólnych. Konieczne jest przekazywanie wiedzy pacjentom, że stany zapalne w jamie ustnej wpływają na funkcjonowanie całego organizmu poprzez mechanizmy zapalno-immunologiczne, a przewlekłe zapalenie dziąseł i zapalenie przyzębia zwiększa ryzyko chorób ogólnoustrojowych, w tym chorób sercowo-naczyniowych, metabolicznych i neurodegeneracyjnych.

Zauważono stomatologiczne potrzeby profilaktyczne i lecznicze pacjentów senioralnych i niepełnosprawnych w aspekcie zdrowia ogólnego i jakości życia. Zwrócono uwagę na potrzebę indywidualnego podejścia do pacjentów ze względu na różnorodność problemów zdrowotnych (ograniczenia sensoryczne, ruchowe, intelektualne), konieczność redukcji stresu i lęku oraz dla zapewnienia bezpieczeństwa i ograniczenia ryzyka powikłań ogólnoustrojowych.

Rekomenduje się wznowienie programu monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w celu oszacowania potrzeb profilaktyczno-leczniczych osób ze szczególnymi potrzebami.

Zaleca się opracowanie standardów i procedur profilaktyczno-terapeutycznych, w tym protokołów higieny jamy ustnej obowiązujących na oddziałach szpitalnych i placówkach medycznej opieki długoterminowej.

Rekomenduje się rozszerzenie koszyka świadczeń refundowanych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia dla pacjentów senioralnych i osób z niepełnosprawnościami, co przyczyni się do ograniczenia barier finansowych w dostępie do świadczeń stomatologicznych.

Należy wprowadzić współczynnik korygujący dla świadczeniodawców realizujących opiekę stomatologiczną na rzecz pacjentów w wieku senioralnym oraz osób z niepełnosprawnościami.

Wdrożenie sugerowanych rozwiązań umożliwi poprawę jakości życia i zdrowia tej szczególnej grupy pacjentów, umożliwi redukcję kosztów leczenia powikłań chorób przewlekłych i zmniejszy ryzyko hospitalizacji z powodu infekcji jamy ustnej.

7

Przeciwdziałanie wykluczeniu osób starszych powinno stać się jednym z priorytetów polityki zdrowotnej i społecznej państwa

Starzenie się społeczeństwa jest jednym z najważniejszych wyzwań cywilizacyjnych stojących przed Polską. Według prognoz demograficznych już w najbliższych dekadach liczba osób w wieku 60+ będzie dynamicznie rosta. Obecnie mamy 10 milionów seniorów (30%), a w 2050 roku będzie 14 milionów (40%). Proces ten niesie ze sobą nie tylko konsekwencje zdrowotne, ale również społeczne, ekonomiczne i organizacyjne. Wydłużanie życia nie zawsze idzie w parze z jego dobrą jakością, dlatego kluczowym zadaniem państwa, samorządów oraz organizacji społecznych jest stworzenie warunków sprzyjających aktywnemu, zdrowemu i godnemu starzeniu się.

Rekomendujemy wypracowanie długofalowej, spójnej oraz międzysektorowej strategii wspierania aktywnego i zdrowego starzenia się, obejmującej działania z zakresu zdrowia, edukacji, aktywizacji społecznej, bezpieczeństwa oraz polityki senioralnej. Inicjatywy realizowane przez Stowarzyszenie MANKO – Głos Seniora, takie jak program Gmina Przyjazna Seniorom – Ogólnopolska Karta Seniora czy liczne kampanie społeczne pokazują, że skuteczne wsparcie osób starszych wymaga podejścia kompleksowego, łączącego zaangażowanie administracji publicznej, organizacji pozarządowych, sektora ochrony zdrowia, samorządów oraz partnerów prywatnych. Tylko skoordynowane i długofalowe działania pozwolą na realne wzmocnienie samodzielności seniorów, poprawę jakości ich życia oraz pełniejsze wykorzystanie ich potencjału społecznego i obywatelskiego.

Wyniki *Badania Potrzeb Społecznych Seniorów 2025* przeprowadzonego przez Stowarzyszenie MANKO – Głos Seniora jednoznacznie wskazują, że system ochrony zdrowia w Polsce nie odpowiada na realne potrzeby osób starszych. Aż 47% respondentów deklaruje, że musiało zrezygnować z leczenia lub wykupienia przepisanych leków z powodów finansowych, co bezpośrednio zagraża ich zdrowiu i bezpieczeństwu. 44% seniorów korzysta z płatnych wizyt lekarskich, ponieważ nie są w stanie uzyskać pomocy w ramach publicznego systemu, a 86% badanych oczekuje lepszego dostępu do lekarzy. Dane te dowodzą narastających nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych i wskazują na pilną potrzebę wzmocnienia profilaktyki, rozwoju ambulatoryjnej opieki geriatrycznej oraz poprawy koordynacji leczenia osób starszych.

Rekomenduje się zwiększenie finansowania profilaktyki zdrowotnej skierowanej do populacji 60+, rozwój programów wczesnej diagnostyki oraz tworzenie rozwiązań systemowych, które ograniczą konieczność ponoszenia przez seniorów kosztów prywatnego leczenia i zapewnią im realny, a nie deklaracyjny dostęp do opieki medycznej.

Zwiększenie oraz stabilne zabezpieczenie środków finansowych przeznaczonych na kompleksową i skuteczną aktywizację osób starszych, obejmującą sferę ruchową, psychiczną, społeczną oraz zawodową. Działania te powinny odpowiadać realnym potrzebom seniorów, wzmocniać ich samodzielność, poczucie

sprawczości i godności, a także przeciwdziałać samotności, wykluczeniu społecznemu i dezaktywizacji. Według *Badania Potrzeb Społecznych Seniorów 2025* samotność dotyka aż 36% seniorów, 25% z nich deklaruje stany przedłużającego się obniżonego nastroju, a 30% cierpi na depresję, są to alarmujące wyniki, świadczące o potrzebie zmian i jak największej aktywizacji seniorów.

Jednym z kluczowych determinantów tzw. zdrowego starzenia się jest utrzymanie odpowiedniego poziomu aktywności fizycznej w starszym wieku. Tymczasem poziom aktywności fizycznej polskich seniorów pozostaje niezadowolający i jest wyraźnie niższy niż w krajach Europy Zachodniej, w szczególności w krajach skandynawskich. Stanowi to istotne wyzwanie dla zdrowia publicznego, ponieważ niedostateczna aktywność fizyczna sprzyja rozwojowi chorób przewlekłych, obniża jakość życia oraz prowadzi do wzrostu kosztów opieki zdrowotnej.

Rada Europejska wydała zalecenia dotyczące propagowania prozdrowotnej aktywności fizycznej (HEPA – Health-Enhancing Physical Activity) i monitoruje rozwój polityk w tym zakresie w ramach EU HEPA Monitoring Framework. W latach 2015–2024 poziom wdrożenia tych założeń wzrósł z 64,7% do 81,8%, co wskazuje na coraz bardziej systemowe podejście państw członkowskich do promocji aktywności fizycznej. Pomimo to dane WHO pokazują, że globalny poziom aktywności fizycznej nie wzrasta, a odsetek dorosłych z niewystarczającą aktywnością fizyczną zwiększył się z 23,4% w 2000 roku do 31,3% w 2022 roku. Wzrost ten dotyczy również osób w wieku 60 lat i starszych we wszystkich regionach świata i u obu płci.

Szacuje się, że osiągnięcie minimalnych rekomendacji WHO w zakresie aktywności fizycznej mogłoby zapobiec do 2050 roku 11,5 mln nowych przypadków chorób niezakaźnych w Unii Europejskiej, w tym m.in. chorób serca (3,8 mln przypadków), depresji (3,5 mln przypadków), cukrzycy typu 2 (1 mln przypadków) oraz nowotworów (400 tys. przypadków), a potencjalne korzyści ekonomiczne mogłyby sięgać 8 mld euro rocznie.

Poziom aktywności fizycznej polskich seniorów jest szczególnie niski. Zgodnie z danymi EUROSTAT (2019 r.) jedynie 11% osób w wieku 65+ w Polsce deklaruje udział w sporcie lub rekreacyjnej aktywności fizycznej co najmniej raz w tygodniu, przy średniej unijnej wynoszącej 31%. Dane z ogólnopolskiego badania POLSENIOR2 (2018–2019) są nieco bardziej optymistyczne i wskazują, że zalecenia dotyczące aktywności fizycznej realizuje 35,4% seniorów, co wciąż stanowi niezadowolający wynik.

Rekomenduje się wdrażanie systematycznych, długofalowych działań promujących aktywność fizyczną osób starszych, realizowanych zarówno na poziomie lokalnym, jak i ogólnokrajowym, zintegrowanych z polityką zdrowotną i społeczną oraz ukierunkowanych na zwiększenie dostępności bezpiecznych, dostosowanych do możliwości seniorów form aktywności fizycznej jako kluczowego elementu wspierania zdrowego i aktywnego starzenia się społeczeństwa.

Rekomenduje się zwiększenie nakładów finansowych oraz zintensyfikowanie ogólnopolskich i lokalnych kampanii informacyjnych na rzecz bezpieczeństwa seniorów, ze szczególnym uwzględnieniem przeciwdziałania oszustwom. Jak wynika z badań przeprowadzonych w 2025 roku przez Stowarzyszenie MANKO

– Głos Seniora, aż 8% seniorów padło ofiarą oszustwa, natomiast wobec 30% respondentów podjęto próbę wyłudzenia. Dane te wskazują na skalę zagrożenia oraz pilną potrzebę systemowych działań edukacyjnych, profilaktycznych i informacyjnych, które zwiększą świadomość seniorów, wzmocnią ich poczucie bezpieczeństwa oraz ograniczą skuteczność działań przestępczych skierowanych do tej grupy społecznej.

Rekomenduje się dalszy rozwój oraz systemowe wsparcie programów typu Szkoła Przyjazna Seniorom jako skutecznego narzędzia integracji międzypokoleniowej i aktywizacji społecznej osób starszych. Program ten sprzyja budowaniu wzajemnego zrozumienia między pokoleniami, przełamywaniu stereotypów dotyczących starości oraz wzmocnianiu pozytywnego wizerunku seniorów jako aktywnych, zaangażowanych i wartościowych uczestników życia społecznego. Działania realizowane w ramach programu są ukierunkowane na tworzenie przestrzeni do wspólnych inicjatyw edukacyjnych, kulturalnych i społecznych, w których seniorzy mogą dzielić się swoją wiedzą, doświadczeniem i kompetencjami życiowymi z dziećmi i młodzieżą. Jednocześnie szkoły uczestniczące w programie zyskują możliwość kształtowania postaw szacunku, empatii i solidarności międzypokoleniowej wśród uczniów. Program ten przyczynia się do przeciwdziałania samotności osób starszych, wzmocnia ich aktywność społeczną oraz sprzyja budowaniu spójnych, wrażliwych społecznie wspólnot lokalnych.

Rekomenduje się wspieranie aktywności zawodowej seniorów oraz promowanie wśród pracodawców idei zatrudniania osób 60+. Według badań w I kwartale 2025 roku jedynie 9% osób w wieku emerytalnym (60/65–89 lat) pozostawało aktywnych zawodowo. W porównaniu z innymi krajami Polacy znacznie wcześniej rezygnują z pracy, co niesie poważne konsekwencje: pogorszenie stanu zdrowia, większą podatność na choroby, utratę poczucia sensu życia, a także przedwczesną niepełnosprawność i niesamodzielność. Inicjatywę wspiera wiele instytucji, ekspertów i lekarzy, w tym m.in.: ZUS, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Minister ds. Polityki Senioralnej, Polski Związek Emerytów i Rencistów, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego oraz Federacja Przedsiębiorców Polskich. Zachęcamy organizacje seniorskie oraz pracodawców do współpracy! Zostańcie naszymi partnerami i razem działajmy na rzecz aktywizacji zawodowej seniorów. Wraz z kampanią rozpoczynamy także dyskusję nad tym, jakie standardy powinien spełniać Pracodawca Przyjazny Seniorom. Jak najlepiej motywować osoby starsze do kontynuowania pracy? W jaki sposób zachęcać pracodawców do otwartości na ich zatrudnianie? Jakie rozwiązania i zmiany prawne warto wprowadzić?

W świetle wyników *Badania Potrzeb Społecznych Seniorów 2025* przeciwdziałanie wykluczeniu osób starszych powinno stać się jednym z priorytetów polityki zdrowotnej i społecznej państwa. Aż 41% seniorów mieszka w budynkach bez windy, co w praktyce prowadzi do tzw. niewolnictwa czwartego piętra – ograniczenia mobilności, izolacji społecznej oraz pogorszenia stanu zdrowia. Rekomenduje się pilne działania samorządów, spółdzielni i wspólnot mieszkaniowych na rzecz instalacji wind w budynkach powyżej trzech kondygnacji, z wykorzystaniem Funduszu Dostępności, oraz wprowadzenie ogólnokrajowego zakazu

budowy nowych bloków bez wind. Jednocześnie zwracamy uwagę na zjawisko dyskryminacji toaletowej – 20% seniorów deklaruje, że nie wychodzi z domu z powodu braku bezpłatnych toalet publicznych – co wymaga zobowiązania samorządów do zapewnienia dostępnej infrastruktury sanitarnej oraz wprowadzenia obowiązku udostępniania toalet w placówkach handlowych, zwłaszcza w dyskontach. Niepokojące są także dane dotyczące dyskryminacji ekonomicznej: 38% seniorów doświadcza trudności finansowych, a 47% musiało zrezygnować z leczenia lub wykupu leków, przy przeciętnej emeryturze wynoszącej ok. 1700 zł i kosztach prywatnej wizyty lekarskiej sięgających 300 zł. Kampanie społeczne i projekty takie jak „Stop niewolnictwu IV piętra”, „Toalety ratują życie” czy Ogólnopolska Karta Seniora należy traktować jako ważny element profilaktyki zdrowotnej i realnego przeciwdziałania wykluczeniu seniorów.



Znaczenie farmaceutów w systemie ochrony zdrowia. Przyszłość zawodu

Zawód farmaceuty znajduje się obecnie w punkcie przelomowym. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, a także doświadczenia wyniesione z pandemii COVID-19 istotnie zmieniły postrzeganie farmaceutów – zarówno przez pacjentów, jak i przez pozostałych uczestników systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie dynamiczne rozszerzanie kompetencji farmaceutów rodzi pytania o granice odpowiedzialności zawodowej, relacje między poszczególnymi profesjami medycznymi, model finansowania nowych świadczeń oraz konieczność systemowego wsparcia opieki farmaceutycznej.

Farmaceuci kliniczni i szpitalni stanowią kluczowy personel placówek medycznych, analizują farmakoterapię pod kątem działań niepożądanych, monitorują ich występowanie, weryfikują schemat leczenia, a także nadzorują zgodność terapii ze standardami NFZ i dokumentacją medyczną.

Rekomendujemy wzmocnienie roli farmaceuty w systemie ochrony zdrowia przez umożliwienie farmaceutom klinicznym pełnienia funkcji Głównego Badacza w badaniach klinicznych. Włączanie farmaceutów klinicznych do zespołów terapeutycznych w szpitalach, opiece ambulatoryjnej i długoterminowej, czyli na różnych szczeblach opieki zdrowotnej. Rekomendujemy także uwzględnianie farmacji klinicznej w strategicznych planach reform ochrony zdrowia.

Rekomendujemy systemowe wsparcie finansowe i organizacyjne przez opracowanie modelu refundacji usług farmaceuty klinicznego oraz uwzględnienie świadczeń farmaceutycznych w koszyku świadczeń gwarantowanych oraz wsparcie aptek szpitalnych w implementacji efektywnych metod zarządzania lekami (np. Unit Dose).

W obszarze rozwoju kadry i edukacji rekomendujemy zwiększenie liczby farmaceutów klinicznych i szpitalnych poprzez propagowanie szkoleń specjalizacyjnych oraz promowanie multidyscyplinarnej współpracy farmaceutów z lekarzami i innym personelem medycznym.

Dbając o bezpieczeństwo i jakość terapii rekomendujemy wdrożenie standardów monitorowania farmakoterapii, w tym działań niepożądanych, przeglądów lekowych i koncyliacji lekowej oraz ułatwienie dostępu do danych medycznych przy zachowaniu zgodności z RODO, w celu skutecznego zarządzania terapią pacjenta.

W zakresie roli farmaceuty rekomendujemy rozszerzenie zakresu opieki farmaceutycznej. Farmaceuci powinni odgrywać aktywną rolę w profilaktyce, prowadzeniu wywiadów farmaceutycznych i doradztwie zdrowotnym. Ich kompetencje w zakresie szczepień i ich realizacji powinny być utrzymane i rozwijane.

Rekomendujemy wyraźne wyznaczenie granic kompetencji oraz konieczność współpracy z innymi zawodami medycznymi. Należy określić, które zadania mogą wykonywać farmaceuci, a które pozostają w kompetencjach lekarzy czy innych zawodów medycznych. To ułatwi współpracę między zawodami medycznymi i ograniczy nieporozumienia w leczeniu pacjentów. Rozpoznanie kompetencji innych zawodów pozwoli lepiej zaplanować rozszerzenie roli farmaceuty bez konfliktów kompetencyjnych.

Rekomendujemy odciążenie systemu ochrony zdrowia przez przejęcie pewnych kompetencji przez farmaceutów, co może skrócić ścieżkę leczenia pacjentów i zwiększyć dostępność usług medycznych oraz ograniczyć ich koszty.

Rekomendujemy wsparcie w zakresie finansowania i promocji usług farmaceutycznych. Państwo i instytucje odpowiedzialne za ochronę zdrowia powinny finansowo wspierać opiekę farmaceutyczną i umożliwić farmaceutom promowanie swoich usług.

W zakresie kształcenia i rozwoju kompetencji rekomendujemy ciągłe doskonalenie kwalifikacji farmaceutów w zakresie innowacyjnych terapii i opieki farmaceutycznej oraz umiejętności komunikacyjnych w zakresie zbierania wywiadu farmaceutycznego. Media i środowisko naukowe powinny wspierać farmaceutów w edukowaniu społeczeństwa i zwiększaniu ich roli w profilaktyce zdrowotnej.

W obszarze udziału farmaceutów, w tym farmaceutów klinicznych, w sprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych rekomendujemy pilną implementację istniejących regulacji dotyczących opieki farmaceutycznej i farmacji klinicznej. Systemową edukację w zakresie adherencji – od poziomu szkolnego po programy studiów medycznych.

Rekomendujemy wykorzystanie narzędzi cyfrowych (e-recepta, IKP) do wspierania pacjentów i profesjonalistów oraz wdrożenie konkretnych usług farmacji klinicznej i opieki farmaceutycznej (m.in. przeglądy lekowe, koncyliacje, edukacja pacjenta, usługa nowego leku).

Rekomendujemy wzmocnienie współpracy nieprofesjonalnej: włączenie farmaceutów aptek ogólnodostępnych w proces poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych, wzmocnienie roli oraz działań na rzecz rozwoju usług opieki farmaceutycznej w aptekach ogólnodostępnych.

Rekomendujemy pacjentom stosowanie się do następujących zaleceń sprzyjających poprawie adherence:

- *Przyjmuj leki dokładnie tak, jak zalecił lekarz lub farmaceuta – w odpowiedniej dawce i o wskazanych porach.*
- *Jeśli chorujesz na chorobę przewlekłą, nie przerywaj terapii samodzielnie, nawet jeśli poczujesz poprawę. Twoje leki wymagają regularnego stosowania.*
- *Pytaj o wszystko, co jest dla Ciebie niezrozumiałe – cel terapii, sposób działania leku oraz o to, jakie objawy powinny Cię zaniepokoić.*
- *Zgłaszaj wszystkie działania niepożądane – farmaceuta pomoże ocenić, które wymagają reakcji, a które można obserwować.*
- *Ułatw sobie organizację leczenia – korzystaj z pudełek na leki, aplikacji przypominających, harmonogramów dawkowania.*
- *Informuj o trudnościach – np. problemach z połykaniem, otwieraniem opakowań, myleniem leków czy dostępnością preparatów.*
- *Zawsze pokazuj farmaceucie lub lekarzowi aktualną listę wszystkich przyjmowanych leków, także tych dostępnych bez recepty i suplementów.*
- *Regularnie korzystaj z usług farmaceutycznych, takich jak przegląd lekowy czy konsultacje dotyczące nowych leków.*
- *Nie zmieniaj leku na odpowiednik bez konsultacji, jeśli masz wątpliwości lub trudność z rozpoznaniem opakowań.*
- *Dbaj o systematyczność – postaraj się przyjmować leki o stałych porach i łączyć je z codziennymi nawykami, aby łatwiej o nich pamiętać.*

Rekomendujemy spójny kierunek dla dalszych działań legislacyjnych, organizacyjnych i edukacyjnych. Dalsze systemowe wdrażanie opieki farmaceutycznej jako stałego, udokumentowanego elementu systemu ochrony zdrowia. Usługa ta powinna koncentrować się na poprawie bezpieczeństwa i skuteczności farmakoterapii, w szczególności u pacjentów starszych, przewlekle chorych oraz z polipragmazją.

Rekomendujemy utrzymanie uprawnień farmaceutów w zakresie kwalifikacji do szczepień i ich wykonywania oraz dalsze rozszerzanie katalogu szczepień dostępnych w aptekach. Apteki oraz apteczne punkty szczepień powinny być traktowane jako istotny element systemu profilaktyki zdrowotnej, zwiększający dostępność świadczeń, zwłaszcza dla osób starszych i mieszkających poza dużymi ośrodkami miejskimi.

Zalecamy szersze włączanie farmaceutów w działania z zakresu edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób. Apteki mogą pełnić funkcję lokalnych punktów pierwszego kontaktu i profilaktyki zdrowotnej.

Rozszerzanie roli farmaceutów powinno odbywać się przy jednoznacznym określeniu zakresu ich kompetencji i odpowiedzialności zawodowej. Rekomenduje się doprecyzowanie regulacji prawnych oraz rozwój modeli opieki zespołowej, opartych na współpracy m.in. farmaceutów, lekarzy i pielęgniarek, co pozwoli ograniczyć ryzyko konfliktów kompetencyjnych.

Zalecamy tworzenie i wdrażanie rozwiązań informatycznych umożliwiających sprawną komunikację pomiędzy farmaceutami a lekarzami, co może przyczynić się do poprawy ciągłości leczenia oraz ograniczenia błędów terapeutycznych.

Farmaceuci mogą skutecznie przejąć część zadań profilaktycznych, edukacyjnych oraz związanych z drobnymi dolegliwościami zdrowotnymi, co pozwoli

skrócić ścieżkę pacjenta i zmniejszyć obciążenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Rekomenduje się stopniowe włączanie wybranych usług farmaceutycznych do koszyka świadczeń gwarantowanych, w oparciu o ocenę ich efektywności klinicznej i ekonomicznej.

Zaleca się analizę i ewentualną modyfikację obowiązujących przepisów w zakresie informowania pacjentów o usługach zdrowotnych świadczonych w aptekach, z zachowaniem zasad etyki zawodowej i ochrony pacjenta.

Rozszerzanie kompetencji farmaceutów powinno być powiązane z systematycznym rozwojem kształcenia podyplomowego, obejmującego opiekę farmaceutyczną, innowacyjne terapie oraz kompetencje komunikacyjne. Media i środowisko akademickie powinny wspierać farmaceutów w edukowaniu społeczeństwa i przeciwdziałaniu dezinformacji zdrowotnej.

9

Promowanie wdrożeń – umacnianie wizerunku nauki jako fundamentu rozwoju Polski

Łączenie potencjału jednostek medycznych, technicznych, społecznych i humanistycznych na rzecz zdrowia publicznego to dostarczanie argumentacji dla decyzji warunkujących efektywne funkcjonowanie nauki oraz poprawa komunikacji społecznej naukowców z otoczeniem, w tym z otoczeniem biznesowym i sektorem publicznym. „Księga Wdrożeń XXI wieku” w zamierzeniu inicjatorów i realizatorów projektu jest początkiem nowego, innowacyjnego procesu komunikacyjnego, którego odbiorcami są szeroko pojęte grupy społeczne w Polsce. Jej przedmiotem są wdrożenia osiągnięć naukowych polskich uczonych, które mają istotny wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa i jego dobrostan. Interdyscyplinarność jest dziś niezbędna zarówno w szkolnictwie wyższym, jak i w badaniach naukowych.

Rekomendujemy promowanie nauki przez promocję wdrożeń, co może być najlepszym narzędziem w przeciwdziałaniu dezinformacji i populizmowi. Wdrożenia mogą być jednym z najlepszych narzędzi w tym zakresie. Osiągnięcia muszą być starannie udokumentowane, tak aby możliwe było pokazanie społeczeństwu, że inwestowane środki przynoszą wymierne efekty, z czego wszyscy mogą być dumni.

Zwracamy uwagę na potrzebę systemowego podejścia do rozwoju nauki w Polsce. Rekomendujemy, aby traktować ją jako obszar strategiczny dla państwa oraz aby nauki stosowane otrzymywały silniejsze wsparcia ze strony nauk podstawowych.

Nauki i badania podstawowe mają fundamentalne znaczenie, ponieważ bez ich rozwoju nie ma możliwości dalszego postępu ani tworzenia innowacji. Rekomendujemy ich konsekwentne i stabilne wspieranie,

przypominając, że bez silnych podstaw naukowych nie powstanie trwały ekosystem innowacji.

W Polsce nadal brakuje wystarczającej prezentacji osiągnięć naukowych. Fakt zgłoszenia aż 100 projektów do „Księgi Wdrożeń XXI wieku” pokazuje jednak ogromny potencjał tej inicjatywy. Rekomenduje się udostępnienie wszystkich projektów na stronach internetowych resortu zdrowia lub resortu nauki i szkolnictwa wyższego, aby można je było szeroko zaprezentować i pokazać, jak wiele można osiągnąć.

Istotne jest nie tylko powstawanie i wdrażanie projektów, ale również ich implementacja w Polsce i na świecie. Do tego niezbędne są inwestycje, zarówno fundusze inwestycyjne, jak i realne wsparcie państwa. Rekomendujemy utworzenie państwowego funduszu inwestycyjnego, który wspierałby najlepsze projekty.

Interdyscyplinarność, szczególnie w kontekście zdrowia publicznego, jest niezbędna, ale wymaga zaangażowania i rozwiązań ustawowych. Rekomendujemy systemowe podejście do budowania relacji z biznesem i otoczeniem.

Wdrożenia opierają się przede wszystkim na współpracy nauk oraz interdyscyplinarności uwzględniającej aspekty społeczne, ekonomiczne, prawne i środowiskowe. Rekomendujemy budowanie ekosystemu nauki na uczelniach i w instytutach, który wspierałby tworzenie wdrożeń. Podkreślamy także znaczenie systemowego podejścia, umiejętności rozmowy, tworzenia konsorcjów w zależności od potrzeb oraz myślenia przyszłościowego. Proces ten jest długotrwały, dlatego środowisko naukowe musi być odpowiednio przygotowane.

Interdyscyplinarność to nie tylko wiedza techniczna, ale także humanistyczne spojrzenie na drugiego człowieka. Zaleca się, aby niezbędne aspekty techniczne były równoważone wrażliwością i uwzględnieniem potrzeb pacjenta, szczególnie sztucznej inteligencji. Gdy technika coraz bardziej wkracza w system opieki, musimy pamiętać o ludzkiej twarzy medycyny. Pacjent nie może stać się anonimowy. Każdy człowiek musi pozostać podmiotem działań medycznych i edukacji zawodowej.

Rekomendujemy zaangażowanie się w przygotowywanie „Księgi Wdrożeń XXI wieku”, aby przeciwdziałać trzem głównym problemom polskiej nauki: hejtowi, który hamuje kreatywność, szalbierzom, czyli osobom podważającym zaufanie społeczne do nauki, oraz odpływowi młodych talentów.

Podkreślamy wagę upowszechniania nauki i pokazywania społeczeństwu realnych efektów badań, co pozwala postrzegać naukę nie jako „suche fakty”, lecz jako źródło konkretnych korzyści dla ludzi.

Kształcenie i rola nowych technologii w przyszłości zawodu lekarza i innych zawodów medycznych – otwartość, elastyczność i interdyscyplinarność

Podczas kongresu eksperci poświęcili wiele uwagi wyzwaniom, które stoją przed młodą kadrami medyczną. Zawody fundamentalne dla społeczeństwa, często nazywane zawodami zaufania społecznego, muszą być realizowane przez ludzi, którzy są odpowiednio przygotowani i prezentują odpowiednie etyczne standardy. Zadano więc pytania: jakie są oczekiwania wobec zawodu, jakie nowe wyzwania przed nim stoją oraz jak się z nimi mierzyć, a także jak budować współpracę z pacjentami? Nie zabrakło odniesień do nowych technologii, które mogą wspierać realizację misji zawodu. Sztuczna inteligencja dynamicznie rozwija się w medycynie, nie zastąpi ona lekarzy, ale zgodzono się, że przewagę zyskają ci specjaliści, którzy nauczą się w praktyce korzystać z narzędzi AI. Przyszłość medycyny to połączenie wiedzy człowieka z potencjałem sztucznej inteligencji. Należy zwrócić uwagę na dostępność do narzędzi AI.

Rekomendujemy nie deprecjonować wiedzy pacjenta, nawet tej wspieranej przez AI, co sprzyja budowaniu zaufania. Lekarz powinien reagować spokojnie, rzeczowo rozwiązać wszystkie wątpliwości pacjenta i pokazać szerszy kontekst medyczny. Rekomendujemy partnerskie podejście i większą otwartość w komunikacji, zwracając uwagę, że współczesny pacjent jest bardziej świadomy i oczekuje dialogu, a nie jedynie autorytatywnych decyzji lekarza. Czasy „bogów w medycynie” już minęły.

Zalecane jest wprowadzanie do program dydaktycznych kierunków medycznych oraz na kierunku lekarskim elementów związanych z ekonomią, oceną efektywności terapii oraz nauką umiejętności radzenia sobie z pacjentami, w większym zakresie niż występuje to dotychczas.

Rekomendujemy, aby w większym zakresie niż dotychczas prezentowano zakres działalności lekarza i innych zawodów medycznych dla uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych.

Nowoczesne technologie ułatwiają i zwiększają skuteczność nauki, ale nie zastępują klasycznego nauczania medycyny. Rekomendujemy zachowanie równowagi między bezpośrednim kontaktem z pacjentem a rozwijaniem myślenia przyszłych lekarzy przy jednoczesnym wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi. Technologie powinny pełnić funkcję wsparcia, umożliwiać wielokrotne powtarzanie procedur, symulacje sytuacji klinicznych czy naukę interaktywną. Nie mogą jednak zastąpić wartości, które rodzą się w relacji pacjent–lekarz i w codziennej praktyce klinicznej.

Zaleca się, aby kształcąc lekarza XXI wieku, zwracać uwagę na potrzebę otwartości, elastyczności i interdyscyplinarności – lekarz powinien być zarówno innowatorem, jak i wizjonerem. Medycyna uczy pokory, a nowoczesne kompetencje, technologie i komunikacja powinny opierać się na poczuciu misji i powołaniu.



KONGRES
ZDROWIE
POLAKÓW
2025

AFILIACJE

A

Magdalena Ankiersztejn-Bartczak, prezes Fundacji Edukacji Społecznej

Marek Augustyn, zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

B

Natalia Bałdyga, Zakład Genetyki, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Szkoła Doktorska Medycyny Translacyjnej, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

prof. dr hab. n. med. Maciej Banach, prorektor ds. Collegium Medicum, Katolicki Uniwersytet Lubelski
Jana Pawła II

Monika Bączyk, Zakład Teleaudiologii i Badań Przesiewowych, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr Artur Białoszewski, MPH, mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia środowiskowego, kierownik programu SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. Badań i Analiz, doradca senackiej Komisji Zdrowia, Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Warszawski Uniwersytet Medyczny, koordynator ds. rozwoju form kształcenia podyplomowego Centrum Kształcenia Podyplomowego WUM, członek komisji ds. zagrożeń środowiskowych, Rada Sanitarno-Epidemiologiczna przy Głównym Inspektorze Sanitarnym

Marta de Białynia Woycikiewicz, Katedra Pedagogiki i Psychologii Kultury Fizycznej,
Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie
– Państwowy Instytut Badawczy, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej

Dorota Bieniasz, członek zarządu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ds. świadczeń

Marzanna Bieńkowska, zastępca dyrektora Departamentu Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta

prof. dr hab. n. med. Paweł Blecharz, kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – PIB, Oddział w Krakowie

dr hab. n. pr. Tomasz Bojar-Fijałkowski, prof. PANS, prorektor ds. naukowych i studenckich, Powiślańska
Akademia Nauk Stosowanych

dr n. farm. Leszek Borkowski, Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie, prezes zarządu
Fundacji Razem w Chorobie

Martyna Bryłka, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Elżbieta Brzozowska, wiceprezes Fundacji Koalicja dla Wcześniaka

Nikoletta Buczek, specjalistka ds. innowacji medycznych, deep-techu, systemu ochrony zdrowia,
Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

dr hab. n. med. i n. o zdr. Zuzanna Bukowy-Bierytło, Instytut Genetyki Człowieka PAN

dr Małgorzata Buksińska, Poradnia Otorynolaryngologiczna, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Leonora Bużańska, dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej
im. Mirosława Mossakowskiego PAN

C

prof. Vivian Chan, prezes światowej Federacji Muzykoterapii

Aleksandra Chodkiewicz, Zakład Teleaudiologii i Badań Przesiewowych, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr n. farm. Krystyna Chmal-Jagiełło, konsultant krajowa w dziedzinie farmacji szpitalnej

Szymon Chmiela, student Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

dr hab. Agnieszka Chwaczyńska, prof. AWF, Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego
im. Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu

dr n. o zdr. Katarzyna B. Cywka, koordynator Zespołu Protezowania i Diagnostyki Implantów Słuchowych,
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Kalina Cyz, Klinika Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr n. med. i n. o zdr. Natalia Czajka, kierownik Zakładu Teleaudiologii i Badań Przesiewowych,
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Emilia Czaplicka, Zakład Teleaudiologii i Badań Przesiewowych, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Piotr Czauderna, doradca społeczny Prezydenta RP w Radzie ds. Ochrony Zdrowia,
ordynator Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego,
Szpital Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, kierownik Zakładu Farmakoeconomiki, kierownik Zespołu Kontroli
Zakażeń Szpitalnych, Instytut Matki i Dziecka

red. Roman Czejarek, dziennikarz Programu Pierwszego Polskiego Radia

prof. dr hab. inż. Andrzej Czyżewski, kierownik Katedry Systemów Multimedialnych, Wydział Elektroniki,
Telekomunikacji i Informatyki Politechniki Gdańskiej, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii
i Patologii Słuchu

D

Zbigniew Derdziuk, prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

red. Michał Dobrołowicz, RMF FM

Paweł Doczekalski, przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy, Naczelna Rada Lekarska

Kamila Anna Dratkowicz, pacjentka Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki

dr n. o zdr. Adam Drobnik, dyrektor Centralnego Ośrodka Badań i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej

Oktawian Druzd, kierownik Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Lesznowoli

dr hab. Małgorzata Drywień, prof. SGGW, kierownik Katedry Żywienia Człowieka, Szkoła Główna
Gospodarstwa Wiejskiego, sekretarz Polskiego Towarzystwa Nauk Żywnościowych, członek Komitetu Nauki
o Żywieniu Człowieka PAN

Aleksandra Duda, Zakład Teleaudiologii i Badań Przesiewowych, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Dominika Dudek, prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kierownik Katedry
Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

prof. dr hab. n. med. Rafał Dziadziuszko, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii,
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdański Uniwersytet Medyczny

F

dr n. farm. Olga Fedorowicz, kierownik Działu Farmacji Klinicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, Katedra i Zakład Farmakologii Klinicznej,
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr n. med. Gabriela Figas, sekretarz naukowy Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji
Społecznej PAN

Jarostaw Fiks, dyrektor generalny Biura Rzecznika Praw Pacjenta

dr Wiesław Firek, Katedra Nauk Humanistycznych i Społecznych, Wydział Wychowania Fizycznego,
Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Urszula Fiszer, Klinika Neurologii i Epileptologii, Centrum Medyczne Kształcenia
Podyplomowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie

dr n. med. i n. o zdr. Małgorzata Fludra, Zakład Szumów Usznych, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Edward Franek, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii
i Diabetologii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA

G

dr hab. n. med. Agnieszka Gach, prof. ICZMP, Zakład Genetyki, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki

dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego,

dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego

Nina Gan, Zakład Genetyki, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Małgorzata Ganc, Zakład Audiologii Eksperymentalnej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Radosław Gawlik, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Alergologii

i Immunologii Klinicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny, prezydent Polskiego Towarzystwa

Alergologicznego, konsultant w dziedzinie alergologii dla województwa śląskiego

dr n. o kult. fiz. Paweł Gašior, Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu

prof. dr hab. n. med. Karolina Gerreth, kierownik Katedry Stomatologii Dziecięcej,

kierownik Kliniki Stomatologii Grup Ryzyka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego

w Poznaniu, członek Międzynarodowego Towarzystwa Zdrowia Jamy Ustnej Osób Niepełnosprawnych,

członek Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego

– Państwowego Instytutu Badawczego, członek Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP,

Rady ds. Zdrowia Publicznego przy Ministrze Zdrowia oraz Zespołu ds. Nagród przy Prezesie Rady

Ministrów, konsultant krajowy ds. obronności w dziedzinie medycyny – choroby wewnętrzne

dr n. pr. Jan Golba, dyrektor Departamentu Rolnictwa Ekologicznego i Jakości Żywności,

Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi

prof. dr hab. n. med. Filip Gołkowski, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Andrzeja Frycza

Modrzewskiego w Krakowie

dr n. med. Agnieszka Gorgoń-Komor, senator RP, członek senackiej Komisji Zdrowia

dr hab. Elżbieta Gos, sekretarz naukowa Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Renata Górską, Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia,

Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr hab. n. med. Bartłomiej Górski, Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia,

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Anna Grzegorzczak, dyrektor Centrum Transferu Wiedzy i Technologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

w Lublinie

dr n. med. Paweł Grzesiowski, główny inspektor sanitarny

prof. dr hab. n. med. dr h.c. Mariusz Gujski, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu,

Warszawski Uniwersytet Medyczny

H

prof. dr hab. n. med. Olga Haus, Katedra Genetyki Klinicznej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera

w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa

Genetyki Człowieka, przewodnicząca Sekcji Cytogenetyki Hematoonkologicznej PTGC,

konsultant wojewódzka w dziedzinie genetyki klinicznej (woj. kujawsko-pomorskie)

prof. dr hab. n. med. Janusz Heitzman, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Ewa Helwich, konsultant w Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka,

Instytut Matki i Dziecka, konsultant krajowa w dziedzinie neonatologii

J

- prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska**, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, kierownik Kliniki Pediatrii Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ordynator Klinicznego Oddziału Pediatrii w Szpitalu Bielańskim w Warszawie
- dr hab. n. med. Dariusz Jagielski**, prof. PWr, zastępca kierownika Kliniki Kardiologii 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu, Wydział Medyczny Politechniki Wrocławskiej
- prof. dr hab. n. med. Karina Jahnz-Różyk**, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Rzadkich, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy, konsultant krajowa w dziedzinie alergologii
- red. Michał Janczura**, Wirtualna Polska
- dr Piotr Janiewicz**, prof. PANS, pełnomocnik rektora ds. pielęgniarstwa, Powiślańska Akademia Nauk Stosowanych
- dr n. med. i n. o zdr. Łukasz Jankowski**, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
- Urszula Jaworska**, prezes Fundacji Urszuli Jaworskiej
- Lucyna Jaworska-Wojtas**, prezes Fundacji Pokonać Endometriozę
- prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. W. Wiktor Jędrzejczak**, kierownik Zakładu Audiologii Eksperymentalnej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- prof. dr hab. n. med. Sergiusz Józwiak**, koordynator ds. chorób rzadkich, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, przewodniczący Komitetu Rozwoju Człowieka PAN
- prof. dr hab. n. med. Marek Jutel**, kierownik Katedry i Zakładu Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, konsultant w dziedzinie alergologii dla województwa dolnośląskiego

K

- Katarzyna Kacperczyk**, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia
- Monika Kaczmarek**, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków
- Barbara Kaczyńska**, koordynatorka Zespołu Muzykoterapii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- prof. dr hab. n. med. Dorota Kamińska**, zastępca dyrektora ds. medycznych Centrum Wsparcia Badań Klinicznych 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu, Wydział Medyczny Politechniki Wrocławskiej
- dr n. hum. Iwona Kania**, zastępca rzecznika Naczelnej Izby Lekarskiej
- dr Dorota Kapustka**, Klinika Audiologii i Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- Renata Kaznowska**, wiceprezydent m.st. Warszawy
- Małgorzata Kidawa-Błońska**, marszałek Senatu RP
- prof. dr hab. n. tech. dr h.c. multi Michał Kleiber**, przewodniczący Polskiego Komitetu ds. UNESCO, przewodniczący kapituły konkursu „Teraz Polska”, przewodniczący kapituły konkursu „Popularyzator Nauki”, przewodniczący Rady Fundacji Akademii Polskiego Sukcesu, prezydent European Materials Forum (EMF)
- dr hab. Dorota Kleszczewska**, prezes Fundacji Instytutu Matki i Dziecka
- dr inż. Grzegorz Koc**, rektor Państwowej Akademii Nauk Stosowanych im. Ignacego Mościckiego w Ciechanowie
- prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. inż. Krzysztof Kochanek**, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
- dr Adam Konka**, dyrektor Centrum e-Zdrowia
- dr Tomasz Kopiec**, dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie
- dr n. med. Władysław Kosiniak-Kamysz**, wiceprezes Rady Ministrów, minister obrony narodowej

prof. dr hab. inż. Bożena Kostek, Laboratorium Akustyki Fonicznej, Wydział Elektroniki, Telekomunikacji i Informatyki, Politechnika Gdańska

prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszczyk, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii, UCK Warszawski Uniwersytet Medyczny, członek Rady Centrum Doskonałości Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego ds. Chorób Rzadkich i Niezdiagnozowanych, kierownik Ośrodka Euro-NMD – referencyjnego Ośrodka Chorób Rzadkich Nerwowomięśniowych ERN

dr hab. n. o zdr. Joanna Kostka, prof. UM w Łodzi, prorektor Wydziału Nauk o Zdrowiu ds. Jednolitych Studiów Magisterskich na kierunku Fizjoterapia, pełnomocnik rektora ds. dostępności i wsparcia, kierownik Zakładu Fizjoprofilaktyki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN, członek Interdyscyplinarnej Rady Ekspertów przy Krajowej Izbie Fizjoterapeutów

dr hab. n. med. i o zdr. Anna Kowalczyk, wiceprezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

dr hab. n. med. Jan Kowalski, kierownik Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia, Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. med. Magdalena Krajewska, konsultant krajowa w dziedzinie nefrologii, pełnomocnik komendanta ds. koordynacji transplantologii i leczenia nefrologicznego 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu, dziekan Wydziału Medycznego Politechniki Wrocławskiej

dr hab. n. med. Magdalena Krajewska-Włodarczyk, prof. UMW, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, koordynator Kliniki Reumatologii, Katedra Chorób Psychiczych i Psychosomatycznych, konsultant w dziedzinie reumatologii dla województwa warmińsko-mazurskiego.

dr hab. n. med. Paulina Krasnodębska, Klinika Audiologii i Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Marek Krawczyk, dziekan Wydziału V Nauk Medycznych PAN, członek rzeczywisty PAN i członek korespondent PAU, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. med. Maciej Krawczyński, kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, konsultant wojewódzki w dziedzinie genetyki klinicznej (woj. wielkopolskie i lubuskie), przewodniczący Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

prof. dr hab. Ewa Krogulec, prorektor ds. rozwoju Uniwersytetu Warszawskiego

ptk prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Paweł Krześciński, kierownik Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, kierownik Oddziału Kardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy, przewodniczący Komisja ds. e-Zdrowia, Telemedycyny i Sztucznej Inteligencji ZG Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

dr hab. n. pr. Adam Krzywoń, zastępca rzecznika praw obywatelskich

Aleksandra Kurowska, redaktor naczelna cowzdrowiu.pl

dr hab. n. med. Alina Kuryłowicz, prof. CMKP, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii, dziekan Szkoły Nauk Medycznych, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

red. Ewa Kurzyńska, zdrowoiszczesliwie.com

dr Piotr Kusznierek, rektor Warszawskiej Akademii Medycznej

prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher

prof. dr hab. n. med. Ewa Kwiatkowska, dziekan Wydziału Medycyny, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

red. Daria Kwiecień, TVP3

L

Elżbieta Lanc, radna województwa mazowieckiego, członek zarządu Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Anna Latos-Bieleńska, konsultant krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej, Katedra i Zakład Genetyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, honorowy członek Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka, członek Rady ds. Chorób Rzadkich

Marcin Leja, Zakład Genetyki, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr n. med. Aleksandra Lewandowska, konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

dr n. biol. Janusz Ligęza, dziekan Wydziału Lekarskiego, Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

Nina Lignar, Zakład Teleaudiologii i Badań Przesiewowych, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. inż. Artur Lorens, kierownik Zakładu Implantów i Percepcji Słuchowej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

M

prof. dr hab. n. med. Bogusław Machaliński, kierownik Katedry Fizjopatologii i Zakładu Patologii Ogólnej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ordynator Oddziału Transplantacji Szpiku w szczecińskim Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1

Piotr Maciążek, dziennikarz, publicysta, ekspert branży medycznej

Jan Maciejewski, radca prawny, Modrzejewski i Wspólnicy sp. j.

dr n. med. Tomasz Maciejewski, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

dr hab. n. o kult. fiz. Hubert Makaruk, prof. AWF, dziekan Wydziału Wychowania Fizycznego i Zdrowia w Białej Podlaskiej, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

dr n. med. Beata Małecka-Libera, senator RP, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia

Izabela Marcewicz-Jendrysik, dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher

prof. dr hab. n. med. Iwona Maroszyńska, dyrektor Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, kierownik Kliniki Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt ICZMP

prof. dr hab. n. med. Andrzej Marszałek, kierownik Katedry Patologii i Profilaktyki Nowotworów, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Zakładu Patologii Nowotworów Wielkopolskiego Centrum Onkologii, zastępca dyrektora ds. leczenia Wielkopolskiego Centrum Onkologii, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Patologów, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii

Katarzyna Matusiewicz, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny”

dr hab. n. med. Monika Matusiak, Klinika Otorinolaryngochirurgii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr hab. n. med. Justyna Mazurek, Zakład Fizjoterapii Klinicznej i Rehabilitacji, Uniwersyteckie Centrum Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr n. med. Barbara Mazurkiewicz, wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

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

prof. Katrina McFerran, międzynarodowa ekspertka w dziedzinie muzyki

dr n. o zdr. Paulina Metelska, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny, koordynatorka programu „6 - 10 - 14 dla Zdrowia”

Jerzy Meysztcwicz, poseł RP

prof. dr hab. inż. Arkadiusz Mężyk, rektor Politechniki Śląskiej (2026–2024), honorowy przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich, członek Akademii Inżynierskiej w Polsce, członek Rady Narodowego Centrum Badań i Rozwoju

dr hab. n. med. Beata Miałkiewicz, prof. IFPS, ordynator oddziału, Klinika Audiologii i Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr n. med. Izabela Michałus, prof. ICZMP, Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki

prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek, kierownik Zakładu Stomatologii Zachowawczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, konsultant krajowa w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej

dr n. med. Marek Migdał, dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, członek Komitetu Pediatricznego Europejskiej Agencji Leków

Agata Mikusek, Zakład Implantów i Percepcji Słuchowej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr hab. inż. Anna Milczarek, prof. UPH, Instytut Zootechniki i Rybactwa, Wydział Nauk Rolniczych, Uniwersytet w Siedlcach

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Miller, kierownik Katedry i Kliniki Rehabilitacji Neurologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Bartosz Molik, rektor Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN

prof. dr hab. n. med. Marcin Moniuszko, rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierownik Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych i Centrum Medycyny Regeneracyjnej UMB

dr hab. n. farm. Tomasz Mroczek, prof. UM, Zakład Chemii Produktów Pochodzenia Naturalnego, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ewa Mróz, prezes Fundacji Revitalife

N

dr Hanna Naęcz, Zakład Pedagogiki i Psychologii, Wydział Wychowania Fizycznego, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

dr hab. n. med. Małgorzata Nędzi-Góra, Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia, Warszawski Uniwersytet Medyczny

red. Wiktor Niedzicki, popularyzator nauki, kanał Ciekawizja, YouTube

red. Michał Niepytalski, dziennikarz zajmujący się nauką i nowymi technologiami, ochroną zdrowia, mediami

dr hab. n. med. Maciej Niewada, Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. ekon. Alojzy Z. Nowak, rektor Uniwersytetu Warszawskiego

dr n. o zdr. Filip Nowak, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

dr n. o kult. fiz. Paweł F. Nowak, Wydział Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii, Politechnika Opolska

dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski, prof. NIO-PIB, kierownik Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – PIB

Piotr Nowicki, dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii

dr hab. n. med. Magdalena Nowosielska, konsultant wojewódzka w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją w woj. podlaskim, kierownik Samodzielnej Pracowni Gerostomatologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, członek Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej

O

- dr hab. inż. Anita Obrycka**, Zakład Implantów i Percepcji Słuchowej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk**, konsultant krajowa w dziedzinie stomatologii dziecięcej, prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, kierownik Zakładu Stomatologii Dziecięcej, dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny
- dr hab. n. społ. Agnieszka Olechowska**, prof. APS, prorektor ds. kształcenia Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
- prof. dr hab. n. med. Jurek Olszewski**, Klinika Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
- prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Monika Ołdak**, kierownik Zakładu Genetyki, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- Mariusz Opoka**, ekspert ds. pszczelarstwa i produktów pszczelich
- prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski**, I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
- Justyna Orłowska**, dyrektor ds. PR i eventów, AM ART-Media Agencja PR
- dr n. med. i n. o zdr. Dominika Oziębło**, Zakład Genetyki, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

P

- Agnieszka Pankowska**, Klinika Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- Zuzanna Pankowska**, Zakład Teleaudiologii i Badań Przesiewowych, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- prof. dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz**, kierownik Pracowni Epidemiologii Chorób Zwalczanych Drogą Szczepień, zastępca kierownika Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB, konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii
- dr hab. n. o zdr. Małgorzata Pasek**, prof. AT, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Akademia Tarnowska
- dr Małgorzata Pastucha**, Zakład Audiologii Eksperymentalnej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- dr Andrzej Pastuszak**, Klinika Otorynolaryngologii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- Dorota Pastuszak**, Klinika Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- dr inż. Katarzyna Petka**, Katedra Technologii Produktów Roślinnych i Higieny Żywności, Wydział Technologii Żywności, Uniwersytet Rolniczy im. Hugona Kołłątaja w Krakowie
- Bolesław Piecha**, poseł RP
- Paulina Piechna-Więckiewicz**, podsekretarz stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej
- Łukasz Pietrzak**, główny inspektor farmaceutyczny
- 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, dyrektor Branżowego Centrum Umiejętności, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- dr n. med. Monika Pintal-Ślimak**, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych
- prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz**, Klinika Choroby Wieńcowej i Rehabilitacji Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN
- dr hab. n. hum. Agnieszka Pluta**, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- dr Katarzyna Płoszaj**, Zakład Pedagogiki i Psychologii, Wydział Wychowania Fizycznego, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

dr hab. Marta Podhorecka, prof. UMK, przewodnicząca Rady ds. Polityki Senioralnej przy Minister ds. Polityki Senioralnej, Katedra Geriatrii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

prof. n. rol. Marta Pogrzeba, dyrektor Instytutu Ekologii Terenów Uprzemysłowionych

dr n. med. Bartosz Polis, Klinika Neurochirurgii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki

dr inż. Piotr Ponichtera, prof. MANS, prorektor ds. dydaktyki i studentów Międzynarodowej Akademii Nauk Stosowanych w Łomży

prof. Simon Procter, Uniwersytet York St John w Wielkiej Brytanii

prof. dr hab. n. med. Piotr Pruszczyk, Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki i Leczenia Żyłnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej, Wydział Lekarsko-Stomatologiczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Adam Pustelnik, wiceprezydent miasta Łodzi

Magdalena Pytlos, kierownik Domu Dziennego Pobytu „Senior-WIGOR”

R

prof. dr hab. inż. Leszek Rafalski, honorowy przewodniczący Rady Głównej Instytutów Badawczych

dr hab. n. med. i n. o zdr. Danuta Raj-Koziak, prof. IFPS, kierownik Zakładu Szumów Usznych, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

dr n. med. i n. o zdr. Anna Ratuszniak, Zakład Implantów i Percepcji Słuchowej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Irena Rej, prezes zarządu Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA”

mec. Joanna Repeć, dyrektor Zespołu Prawa Rodzinnego w Biurze Rzecznika Praw Dziecka

prof. dr hab. n. pr. Maciej Rogalski, rektor Uczelni Łazarskiego

Dorota Romanowska, kierownik działu Nauka w „Newsweeku”

Marcin Rosołowski, AM ART-MEDIA Agencja PR

dr n. hum. Magdalena Rowicka, Instytut Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

Hanna Rubaszewska, LL.M. adwokat BSJP bnt Brockhuis Jurczak Prusak Sroka Nilsson Zamorska sp.k.

prof. dr hab. n. med. Marek Ruchała, prorektor ds. klinicznych, kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii

Marcin Ruciński, prezes Europejskiego Stowarzyszenia Pacjentów z Chorobami Sercowo-Naczyniowymi „Serce na Banacha”

dr inż. Krzysztof P. Rutkowski, dyrektor Instytutu Ogrodnictwa – Państwowego Instytutu Badawczego

dr n. hum. Piotr Rycielski, Wydział Psychologii, Uniwersytet SWPS w Warszawie

dr hab. Łukasz Rypicz, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Magdalena Rzeźnicka, wolontariuszka Ogólnopolskiego Stowarzyszenia „Moje Nerki”, pacjentka

prof. dr hab. n. med. Witold Rzyman, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdański Uniwersytet Medyczny, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej

S

Łukasz Salwarowski, prezes Stowarzyszenia MANKO, redaktor naczelny „Głosu Seniora”, prezes Międzynarodowego Instytutu Rozwoju Społecznego, członek Rady ds. Polityki Senioralnej przy Minister ds. Polityki Senioralnej, członek Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

- Aleksandra Samełko**, Zakład Pedagogiki i Psychologii, Wydział Wychowania Fizycznego, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie
- 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 Continue Curatio, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu WUM, zastępca przewodniczącego Prezydium Komitetu Zdrowia Publicznego PAN
- Izabela Sarnicka**, Zakład Szumów Usznych, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- Małgorzata Sarzyńska**, prezes Energetycznej Fundacji Społecznej przy Międzyzakładowej Spółdzielni Mieszkaniowej „Energetyka” – Spółdzielni Mieszkaniowej Przyjaznej Seniorom
- Agnieszka Sepiolo**, Katedra Muzykoterapii, Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach
- lek. Aleksandra Sędziak**, konsultant krajowa w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, Szpital Uzdrawiskowy „Ondraszek”, Długopole-Zdrój
- dr n. farm. Beata Sienkiewicz-Oleszkiewicz**, Katedra i Zakład Farmakologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
- dr hab. n. med. i n. o zdr. Regina Sierżantowicz**, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego
- dr hab. n. pr. Sebastian Sikorski**, prof. UKSW, prorektor ds. promocji i współpracy z otoczeniem Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Wydział Prawa i Administracji
- Rafał Sionkowski**, Chief Product Owner, Centralny Ośrodek Informatyki
- dr hab. n. med. i n. o zdr. Magdalena B. Skarżyńska**, Katedra i Zakład Opieki Farmaceutycznej i Farmakoterapii, Wydział Farmaceutyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, koordynator Działu Badań Klinicznych Centrum Słuchu i Mowy Medincus, członek Rady Fundacji Profesora Skarżyńskiego Styszę
- Zofia Skarżyńska**, uczennica szkoły podstawowej
- 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 Komitetu Nauk Klinicznych PAN, członek Europejskiej Akademii Nauk i Sztuk, przewodniczący Rady Główniej 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”, przewodniczący kapituły Listy Stu, członek założyciel Światowego Forum Słuchu przy WHO, członek Rady Naukowej Główniej Biblioteki Lekarskiej, prezes Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Dziecięcych, redaktor naczelny „Journal of Hearing Science” i „Nowa Audiofonologia”, członek kapituły Medalu Gloria Medicinæ, 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 – Herring Group, audytor Europejskiej Federacji Towarzystw Audiologicznych (EFAS), członek Komitetu Wykonawczego Europejskiej Akademii Otolologii i Neurootologii, dyrektor naukowy Instytutu Narządów Zmysłów, pracownik naukowy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
- prof. dr hab. n. med. Krzysztof Skłodowski**, kierownik I Kliniki Radioterapii i Chemioterapii, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, oddział w Gliwicach, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej
- Anna Skoczylas**, Klinika Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- Katarzyna Skrętowska-Szysko**, dyrektor Zespołu Zdrowia i Spraw Socjalnych w Biurze Rzecznik Praw Dziecka

- dr n. med. Marta Sobczyńska**, dziekan Wydziału Medycznego, Uczelnia Łazarskiego w Warszawie
- dr n. społ. Jolanta Sobierańska-Grenda**, minister zdrowia
- prof. dr hab. inż. Jacek Sosnowski**, dziekan Wydziału Nauk Rolniczych, Uniwersytet w Siedlcach
- dr hab. n. społ. Krzysztof Stachyra**, prof. UMCS, przewodniczący zarządu głównego Polskiego Stowarzyszenia Muzykoterapeutów oraz prezes Polskiego Stowarzyszenia Terapii Przez Sztukę, członek Zarządu Światowej Federacji Muzykoterapii (World Federation of Music Therapy, WFMT) oraz przewodniczący Komisji Akredytacji i Certyfikacji Światowej Federacji Muzykoterapii (Accreditation & Certification Commission)
- dr n. ekon. Dariusz Standerski**, sekretarz stanu w Ministerstwie Cyfryzacji
- dr n. med. Ewa Starostecka**, koordynator Regionalnego Centrum Chorób Rzadkich, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
- dr inż. Beata Stasiak-Cieślak**, pełnomocnik dyrektora ds. osób niepełnosprawnych, Instytut Transportu Samochodowego
- prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska**, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego, członek honorowy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
- dr n. med. Adam Struzik**, marszałek województwa mazowieckiego
- red. Marzena Sygut-Mirek**, dyrektor Działu Dziennikarskiego Termedia
- dr hab. n. społ. Małgorzata Synowiec-Piłat**, prezes Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia, przewodnicząca zarządu Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego
- prof. dr hab. n. ekon. Tomasz Szapiro**, przewodniczący Rady Naukowej Ośrodka Przetwarzania Informacji – Państwowego Instytutu Badawczego, kierownik Centrum Naukowych Studiów Ukraińskich, Szkoła Główna Handlowa
- prof. dr hab. n. społ. Andrzej Szeptycki**, podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego
- prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Agata Szkiełkowska**, kierownik Kliniki Audiologii i Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
- prof. dr hab. inż. Jan Szmidt**, Instytut Mikroelektroniki i Optoelektroniki, Politechnika Warszawska, członek Komisji do spraw Etyki w Nauce PAN, członek Konwentu Honorowego Ekspertów KRASP, członek Rady Programowej Centrum Nauki Kopernik
- dr hab. inż. Joanna Szlinder-Richert**, prof. MIR-PIB, zastępca dyrektora ds. naukowych Morskiego Instytutu Rybackiego – Państwowego Instytutu Badawczego
- red. Henryk Szrubarz**, polskieradio.pl
- prof. dr hab. n. med. Edyta Szurowska**, kierownik Zakładu Radiologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdański Uniwersytet Medyczny
- Magdalena Szymańska**, dietetyk

Ś

- prof. dr hab. inż. Marcin Ślęzak**, dyrektor Instytutu Transportu Samochodowego
- prof. dr hab. n. med. Mariola Śliwińska-Kowalska**, kierownik Kliniki Audiologii i Foniatrii, Instytut Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi, konsultant krajowa w dziedzinie audiologii i foniatrii
- prof. dr hab. n. med. Paweł Śliwiński**, kierownik II Kliniki Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

T

- dr n. med. Grażyna Tacikowska**, Poradnia Zawrotów Głowy i Zaburzeń Równowagi, Klinika Audiologii i Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. inż. dr h.c. multi Ryszard Tadeusiewicz, Wydział Elektrotechniki, Automatyki, Informatyki i Inżynierii Biomedycznej, Akademia Górniczo-Hutnicza im. Stanisława Staszica w Krakowie

Małgorzata Talarek, Zakład Teleaudiologii i Badań Przesiewowych, 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. Sylwia Terpiłowska, prof. UJK, prodziekan ds. kształcenia, Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

prof. dr hab. n. med. Marcin Tkaczyk, kierownik Kliniki Pediatrii, Immunologii i Nefrologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki

dr hab. n. o kult. fiz. Paweł Tomaszewski, prof. AWF, prorektor ds. nauki, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

dr n. med. i n. o zdr. Andrzej Tytuła, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

U

Kamila Urbańczyk, kierownik Sekcji Farmacji Klinicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu, Katedra i Zakład Farmakologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, prezes Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej

prof. dr hab. n. społ. Gertruda Uścińska, rektor Szkoły Głównej Mikołaja Kopernika w Warszawie

W

dr hab. n. ekon. Piotr Wachowiak, prof. SGH, rektor Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie

Małgorzata Wadzińska, Warsaw Enterprise Institute

prof. dr hab. n. med. Jerzy Walecki, kierownik Zakładu Radiologii w Centralnym Szpitalu Klinicznym, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA, konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej

red. Robert Walenciak, „Przegląd”

dr inż. Adam Walkowiak, Zakład Implantów i Percepcji Słuchowej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Jolanta Walusiak-Skorupa, dyrektor Instytutu Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera w Łodzi, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy, konsultant województwa łódzkiego ds. medycyny pracy

Jakub Waraczewski, protetyk słuchu, Centrum Słuchu i Mowy Medincus

lek. Paweł Wdówik, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny pracy, zastępca prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy, przewodniczący Oddziału Warszawskiego PTMP, kierownik oddziału w Radomiu Mazowieckiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy

prof. dr hab. n. med. Ewa Wender-Ożegowska, dyrektor Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, konsultant krajowa w dziedzinie położnictwa i ginekologii

dr Patrycja Widlak, Katedra Biologii Człowieka, Wydział Wychowania Fizycznego, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

prof. dr hab. n. hum. Grażyna Wieczorkowska-Wierzbińska, kierownik Katedry Psychologii i Socjologii Zarządzania, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski

prof. dr hab. n. farm. Anna Wiela-Hojeńska, kierownik Katedry i Zakładu Farmakologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, wiceprezes zarządu Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej, konsultant krajowa w dziedzinie farmacji klinicznej

Monika Wielichowska, wicemarszałek Sejmu RP

prof. dr hab. n. med. Jolanta Wierzba, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii oraz koordynator Centrum Chorób Rzadkich, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, wiceprzewodnicząca Polskiego

Towarzystwa Genetyki Człowieka, członek Rady ds. Chorób Rzadkich, przewodnicząca Rady Naukowej Platformy Informacyjnej „Choroby Rzadkie”

Marian Witkowski, prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie

dr Anna Witowicz, Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, Wojskowy Instytut Medyczny
– Państwowy Instytut Badawczy

dr hab. n. med. Elżbieta Włodarczyk, prof. IFPS, kierownik Kliniki Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Włodzimierz C. Włodarczyk, Instytut Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, członek Komitetu Zdrowia Publicznego PAN

dr 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

Z

prof. dr hab. Romuald Zabielski, członek korespondent PAN, Centrum Medycyny Translacyjnej, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

Dominika Zagórska, Zakład Teleaudiologii i Badań Przesiewowych, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Olga Zajączkowska, Centrum Wsparcia Badań Klinicznych, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu

prof. dr hab. n. med. Wojciech Załuska, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii, kierownik zespołów badawczych w projektach realizowanych przez Narodowe Centrum Nauki i Agencję Badań Medycznych, członek American Society of Nephrology, European Dialysis and Transplantation Association, Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Polskiego Towarzystwa Transplantologicznego oraz Lubelskiego Towarzystwa Naukowego

prof. dr hab. Michał Jerzy Zasada, rektor Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, wiceprzewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich

dr Anna Zasada-Chorab, dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Katowicach

Kornelia Zawistowska, Zakład Implantów i Percepcji Słuchowej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. n. med. i n. o zdr. Michał Zembala, Collegium Medicum Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej

Daria Zielińska, Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie

dr Tomasz Zieliński, ekspert ds. cyfryzacji w ochronie zdrowia, wiceprezes Polskiej Izby Informatyki Medycznej

prof. dr hab. n. med. Andrzej Ziemba, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego PAN, Komitet Rehabilitacji Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN

dr Katarzyna Ziemba, kierownik Centrum Radioterapii, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA

prof. dr hab. n. med. Ewa Ziętkiewicz, Instytut Genetyki Człowieka PAN

dr hab. n. med. Arkadiusz Zygmunt, prof. UMŁ, kierownik Kliniki Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki

dr hab. n. med. Robert Zymlński, prof. UMW, dziekan Wydziału Lekarskiego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Ż

Sylwia Żaczek, mama pacjentki Fundacji Profesora Skarżyńskiego Styszę

dr inż. Ireneusz Żuchowski, prof. MANS, rektor Międzynarodowej Akademii Nauk Stosowanych w Łomży



KONGRES
ZDROWIE
POLAKÓW
2025

FOTOGALERIA

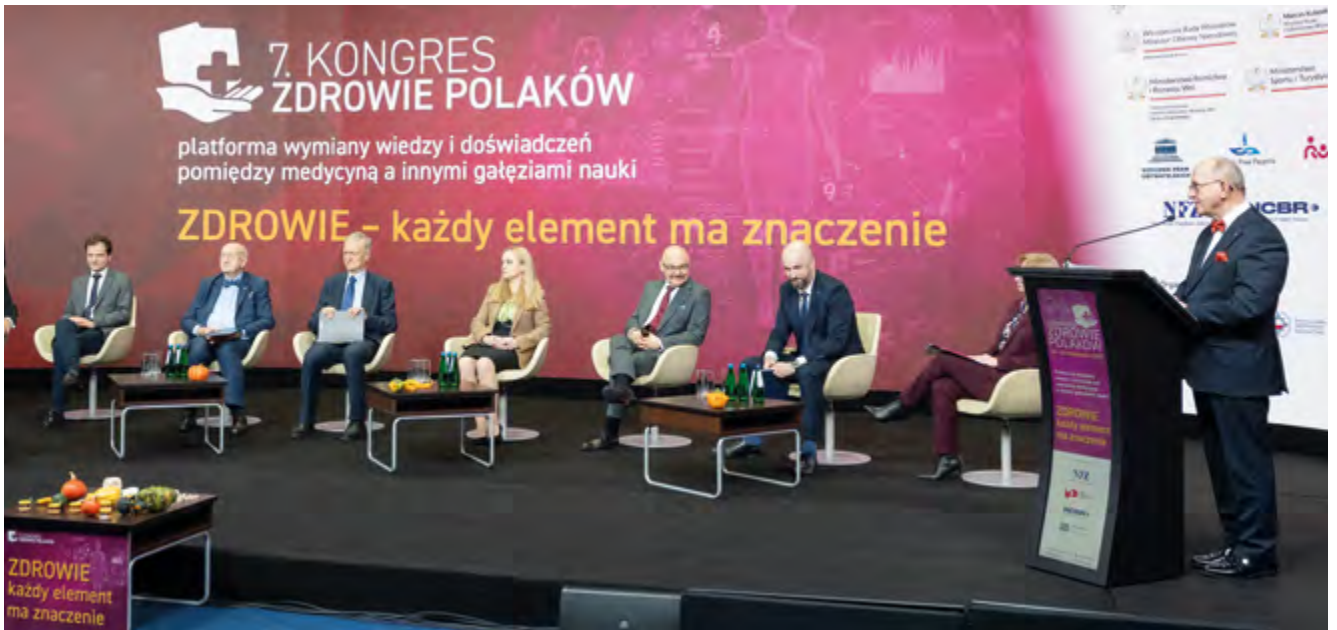


▲ Dr Beata Małeczka-Libera, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia (wystąpienie online)

► Dr Filip Nowak, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

▼ „Zdrowie – każdy element ma znaczenie” to hasło tegorocznego kongresu, który zgromadził wielu uczestników





▲ Prof. Henryk Skarżyński witający gości przybyłych do Światowego Centrum Słuchu na 7. Kongres „Zdrowie Polaków”



◀ Prof. Marek Krawczyk, dziekan Wydziału V Nauk Medycznych PAN

▼ Wystąpienie wiceprezydent m.st. Warszawy Renaty Kaznowskiej podczas uroczystego otwarcia 7. Kongresu „Zdrowie Polaków”





▲ Marszałek Senatu Małgorzata Kidawa-Błońska (wystąpienie online)

▼ Zbigniew Derdziuk, prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (wystąpienie online)





◀ Dr Paweł Grzesiowski, główny inspektor sanitarny (wystąpienie online)

▼ Wystąpienie Łukasza Pietrzaka, głównego inspektora farmaceutycznego



◀ Dr Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej



▲ Pamiątkowe zdjęcie uczestników uroczystego otwarcia 7. Kongresu „Zdrowie Polaków”



◀ Red. Roman Czejarek i dr Tomasz Zieliński – moderatory debaty „Zdrowie cyfrowe obywatela”



▲ Publiczność w Atrium Światowego Centrum Słuchu przystuchująca się obradom 7. Kongresu „Zdrowie Polaków”

▶ Uczestnicy debaty „Zdrowie cyfrowe obywatela”: dr Adam Konka, dr Tomasz Maciejewski, Rafał Sionkowski i dr Dariusz Standerski





▲ E-recepta, mojejKP, teleporady – to wątki poruszane podczas debaty „Zdrowie cyfrowe obywatela”



▼ Prof. Henryk Skarżyński zapowiadający pierwszą debatę kongresu



▲ Dr Dariusz Standerski, sekretarz stanu w Ministerstwie Cyfryzacji – ostatnie przygotowania przed debatą



► Prof. Henryk Skarżyński dziękujący dr. Tomaszowi Maciejewskiemu i Rafałowi Sionkowskiemu za udział w debacie



▲ Uczestnicy debaty „Edukacja zdrowotna: inwestycja w przyszłość społeczeństwa” z udziałem minister zdrowia dr Jolanty Sobierańskiej-Grendy

▲ Kongres „Zdrowie Polaków” stał się interdyscyplinarną platformą wymiany wiedzy i doświadczeń pomiędzy medycyną a innymi gałęziami nauki

► Uczestnicy debat otrzymywali pamiątkowe puzzle oraz miód





- ▲ Dr Jolanta Sobierańska-Grenda, minister zdrowia, z uwagą przystuchiwała się ekspertom z dziedziny medycyny i nauki. Debatę poprowadzili prof. Wojciech Załuska i prof. Henryk Skarżyński.
- ▶ Rozmowy z debaty przeniosły się za kulisy, uczestnicy nadal dyskutowali o najważniejszych kwestiach polskiego szkolnictwa wyższego w kontekście systemu ochrony zdrowia
- ▼ Druga debata kongresu zgromadziła najwięcej uczestników, co świadczy o potrzebie spotkań różnych środowisk naukowych i ekspertów z dziedziny medycyny





◀ Dr Władysław Kosiniak-Kamysz, wicepremier i minister obrony narodowej, z prof. Henrykiem Skarżyńskim, inicjatorem kongresu



▲ ► Wystąpienie wicepremiera, ministra obrony narodowej Władysława Kosiniaka-Kamysza, który przystąpił do debaty „Nowoczesna medycyna”...

▼ ... jej uczestnicy rozmawiali o zastosowaniu sztucznej inteligencji w medycynie





▲ Sztuczna inteligencja w medycynie zawsze przyciąga wielu słuchaczy

◀ Na widowni znalazł się również prof. Henryk Skarżyński

▼ Uczestnicy debaty „Nowoczesna medycyna (AI, telemedycyna)”, którą moderowali prof. Andrzej Czyżewski i red. Michał Niepytalski





◀ Dyrekcja IFPS: prof. Henryk Skarżyński, Joanna Lewczuk, Mateusz Sobaszek

▼ Prof. Piotr H. Skarżyński moderujący debatę „Młodzi medycy o przyszłości zawodu”



▼ Debata o młodych medykach cieszyła się dużym zainteresowaniem





▲ Przedstawiciele różnych pokoleń dyskutowali o oczekiwaniach wobec młodego lekarza XXI w.

► Szymon Chmiela, student medycyny WUM, uczestnik debaty „Młodzi medycy o przyszłości zawodu”, udzielający wywiadu



▼ Kongres w obiektywie...



► Prof. Henryk Skarżyński i dr Renata Korneluk sprawdzający kolejny punkt programu kongresu





▲ Mariusz Opoka, ekspert ds. pszczelarstwa i produktów pszczelich, opowiadał m.in. o zastosowaniu produktów pszczelich w przemyśle spożywczym, w branży kosmetycznej



▲ ► Debata poświęcona apiterapii. Poprowadzili ją Mariusz Opoka i prof. Henryk Skarżyński, opowiadając o zaletach zdrowotnych różnych gatunków miodu.



► Katarzyna Łyson z polskiej Pasieki Łyson



▼ Podczas trwania kongresu można było poznać ofertę produktów zawierających miód



► Degustacja miodu...



▲ Prof. Sylwia Terpiłowska i dr Marta Sobczyńska



▼ W kuluarach rozmowy trwały nadal



▲ Uczestniczki debaty „Uczelnie medyczne i kompetencje przyszłości”: prof. Ewa Kwiatkowska, prof. Sylwia Terpiłowska, prof. Alina Kuryłowicz i dr Marta Sobczyńska

▼ Pamiątkowe zdjęcie z prof. Henrykiem Skarżyńskim: prof. Ewa Kwiatkowska, prof. Robert Zymliński, prof. Sylwia Terpiłowska, prof. Alina Kuryłowicz i dr Marta Sobczyńska





▲ Debatę „Nowa rola farmaceuty” poprowadziły dr hab. Magdalena B. Skarżyńska i Irena Rej, jej uczestnikami byli: Daria Zielińska, dr Artur Drobnik, dr Barbara Mazurkiewicz...

▲ ... online wystąpiły Agnieszka Gorgoń-Komor, członek senackiej Komisji Zdrowia, i red. Aleksandra Kurowska

► Uczestniczki debaty otrzymują z rąk prof. Henryka Skarżyńskiego pamiątkowe puzzle, symbol 7. Kongresu „Zdrowie Polaków”





▲ O zdrowiu dzieci i młodzieży opowiadali:
 dr Beata Małecka-Libera (online),
 prof. Bartosz Molik, Magdalena
 Szymańska, Katarzyna Skrętowska-
 Szyszko

◀ Debata moderował
 m.in. prof. Hubert Makaruk

▼ O aktywności fizycznej dzieci i młodzieży
 można rozmawiać długo...





▲ „Księga Wdrożeń XXI wieku” została zaprezentowana podczas debaty „Uczelnie i instytuty: interdyscyplinarność nauk”

► Prof. Andrzej Szeptycki, podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego, odebrał z rąk prof. Henryka Skarżyńskiego „Księgę Wdrożeń XXI wieku”





▲ Licznie zgromadzeni uczestnicy debaty, rektorzy uczelni wyższych, dyrektorzy instytutów, dyskutowali m.in. na temat...



▲ ... systemowego podejścia do rozwoju nauki w Polsce – prof. Michał Jerzy Zasada, rektor SGGW w Warszawie...



▲ ... a także postępie w medycynie i podmiotowości pacjenta – prof. Maciej Banach, Collegium Medicum KUL





▲ Prof. Jan Szmidt, prof. Tomasz Szapiro, prof. Leszek Rafalski, prof. Arkadiusz Mężyk, prof. Andrzej Szeptycki i prowadzący debatę prof. Bogusław Machaliński oraz prof. Henryk Skarżyński

► Prof. Henryk Skarżyński dziękuje wszystkim za udział w debacie

▼ Uczestnicy debaty „Uczelnie i instytuty: interdyscyplinarność nauk”





▲ Debatę „Stomatologia jako fundament zdrowia ogólnego” poprowadziły dr Beata Matecka-Libera i prof. Renata Górski

◀ Dr hab. Jan Kowalski, dr hab. Małgorzata Nędzi-Góra, dr hab. Bartłomiej Górski, prof. Edward Franek

▶ Wicepremier, minister obrony narodowej Władysław Kosiniak-Kamysz udzielający wywiadu Darii Kwiecień i Romanowi Czejarkowi

▼ Uczestnicy debaty „Stomatologia jako fundament zdrowia ogólnego” z prof. Henrykiem Skarżyńskim





- ▲ Zapowiedź debaty „Aktywność obywatelska w systemie zdrowia”



- ▶ Elżbieta Brzowska, Koalicja dla Wcześnieika, dr Magdalena Ankiersztein-Bartczak, Fundacja Edukacji Społecznej



- ◀ Moderator debaty Urszula Jaworska i Lucyna Jaworska-Wojtas, Fundacja Pokonać Endometriozę, otrzymują od prof. Henryka Skarżyńskiego pamiątkowe puzzle



▲ Debata „Żywnienie i edukacja zdrowotna”. Uczestnicy: prof. Michał Jerzy Zasada, prof. Marcin Moniuszko, prof. Anna Milczarek, prof. Jacek Sosnowski, prof. Marta Pogrzeba, dr Katarzyna Petka, dr inż. Krzysztof P. Rutkowski, dr Jan Golba, prof. Romuald Zabielski, dr hab. inż. Joanna Szlinder-Richert (wystąpienie online)



▲ Uczestnicy debaty dyskutowali m.in. o edukacji zdrowotnej, która wymaga spojrzenia szerokiego, obejmującego zarówno aspekty naukowe, jak i społeczne oraz środowiskowe

◀ Debata poprowadzili prof. Małgorzata Drywień i prof. Henryk Skarżyński

- ▶ Prof. Romuald Zabielski z Centrum Medycyny Translacyjnej Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie



- ▼ Prof. Henryk Skarżyński wręczający pamiątkowe puzzle 7. Kongresu „Zdrowie Polaków”



- ▼ Pamiątkowe zdjęcie uczestników debaty „Żywność i edukacja zdrowotna”



◀ Ostatnie poprawki makijażu...



▲ Debata Senioralna: Dorota Bieniasz, Oktawian Druzd, prof. Marta Podhorecka, Małgorzata Sarzyńska, Magdalena Pytlos, Ewa Mróz, oraz moderatorzy: red. Daria Kwiecień i red. Łukasz Salwarowski

► Red. Daria Kwiecień, współprowadząca debatę





◀ Seniorki z Domu Dziennego Pobytu „Senior-WIGOR” gminy Białaczów z uczestnikami debaty

▼ Pamiątkowe zdjęcie z prof. Martą Podhorecką



▲ W kulaarach po debacie

▼ Uczestnicy debaty z prof. Henrykiem Skarżyńskim





▲ Debata „Zdrowie psychiczne”, którą poprowadził Marek Augustyn, zastępca prezesa NFZ

▼ Uczestniczkami debaty były: dr hab. Elżbieta Gos, dr Anna Zasada-Chorab, mec. Joanna Repeć



- Powitanie uczestników debaty samorządowej przez prof. Henryka Skarżyńskiego, gospodarza kongresu



- ◄ Po zakończeniu debaty uczestnicy mogli skosztować lokalnych owoców i warzyw – zdrowa dieta to jeden z elementów naszego zdrowia



- ▼ Uczestnicy debaty samorządowej z prof. Henrykiem Skarżyńskim: dr Tomasz Kopiec, Adam Pustelnik, Renata Kaznowska, Elżbieta Lanc, dr Iwona Kania (moderator)





▲ Debata „Zdrowie cyfrowe dzieci i młodzieży” poprowadziły dr Aleksandra Lewandowska i prof. Agnieszka Olechowska



▲ Głos w dyskusji zabrały Katarzyna Skrętowska-Szysko, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, i Paulina Piechna-Więckiewicz, podsekretarz stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej...



◀ ... dr hab. Dorota Kleszczewska, Fundacja Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie



▲ Powitanie przedstawicieli mediów i zapowiedź ostatniej debaty kongresu „Zdrowie Polaków” 2025 – „Media i zdrowie społeczne”

◀ Po drugiej stronie ekranu...



◀ Moderatorami debaty byli red. Roman Czejarek, red. Dorota Romanowska, red. Robert Walenciak



▲ Uczestnicy debaty: red. Daria Kwiecień, red. Łukasz Salwarowski, red. Ewa Kurzyńska, red. Katarzyna Matusiewicz, red. Marzena Sygut-Mirek

▲ Licznie zgromadzona publiczność w Studiu Nagraniowym w Atrium Światowego Centrum Słuchu



► Tematyka zdrowotna to nadal jedna z bardziej „klikalnych” kategorii, o tym dyskutowano w kulturalach



◀ Podczas debaty dyskutowano m.in. o tym, jak ustrzec się błędów w przekazywaniu informacji medycznych – red. Roman Czejarek przestrzegał przed powoływaniem się tylko na jedno źródło



▲ Red. Michał Janczura z Wirtualnej Polski w wystąpieniu online



▶ Red. Dorota Romanowska podkreśliła, że ważne jest, aby o zdrowiu mówili dziennikarze odpowiednio do tego przygotowani



◀ Tradycyjnie zamykająca obrady kongresu debata gromadzi dziennikarzy zajmujących się w swoich redakcjach tematyką zdrowotną



▲ Pamiątkowe zdjęcie uczestników debaty „Media i zdrowie społeczne”

▶ Gospodarz 7. Kongresu „Zdrowie Polaków” prof. Henryk Skarżyński





**KONGRES
ZDROWIE
POLAKÓW
2025**

**MEDIA
O KONGRESIE**



światowecentrumsluchu • Obserwuj

światowecentrumsluchu 12 tyg.
 Za nami drugi dzień 7. Kongresu Zdrowie Polaków.
DEBATA V
 Nauka dla zdrowia Polaków. Apiterapia – zdrowie z natury
 Uczestnicy: Mariusz Opoka, prof. Henryk Skarżyński
DEBATA VI
 Uczelnie medyczne i kompetencje przyszłości. Jak kształcić lekarzy jutra? Współpraca dydaktyki z praktyką
 Moderator: dr hab. Alina Kuryłowicz, prof. CMKP
 Heszajnicz

25 listopada 2025

pap serwis wideo pap.pl Kontakt Regulamin

Badanie słuchu za pomocą telefonu?
 Prof. Henryk Skarżyński przedstawił bezpłatną aplikację

VII Kongres Zdrowia Polaków w Światowym Centrum Słuchu i Mowy w Kajetanach.

Głos Seniora na VII Kongresie Zdrowie Polaków - debata o polityce senioralnej i aktywizacji seniorów

salon

Zdrowie ma znaczenie – i ma swoją cenę

Po raz słodmy w podwarszawskich Kajetanach odbył się Kongres „Zdrowie Polaków”. Trzy dni (24-26 listopada), dziesiątki debat, setki znanych gości. Otrzymała i bardzo potrzebna inicjatywa, powołana przez światowej sławy otolaryngologa i kawalera Orderu Orła Białego, a także Laureata tytułu „Wybitny Polak”, przyznawanego przez Fundację Polskiego Godła Promocyjnego – profesora Henryka Skarżyńskiego. Podczas tegorocznego wydarzenia zaprezentowano również bardzo ważne, innowacyjne rozwiązanie – aplikację H.EAR BOX mobile.

Polish experts warn on common voice problems, urge simple daily care

Polish experts at the World Hearing Center in Kajetany near Warsaw are warning that voice disorders are far more common than many people think and are urging people to treat the voice as a part of health that needs everyday care, not only when problems appear.

Speaking at the “Health of Older” conference at the World Hearing Center, Dr. Henryk Skarżyński, a pioneer in otolaryngology recruited from the local Institute of Physiology and Pathology of Hearing, said that almost one in three people experience voice disorders at some point in their lives.

He added that around 7 percent of people live with a permanent problem affecting how they speak.

Kapacita need that voice strain is a significant issue for the workplace. One of weekly 15 million people employed in Poland, about one in five are exposed to what she called “above-average vocal effort.”

This group includes actors, singers, teachers, radio hosts and call-center workers, but also many other employees who speak for long periods in meetings, on the phone or in noisy spaces.







STREFA PACJENTA

STREFA LEKARZA

AKTUALNOŚCI PORADNIA ŻYJ ZDROWO PSYCHOLOGIA WSZECHSTRONNY LEKARZ INNOWACJE SYSTEM CO? GDZIE? KIEDY?

aktualności co? gdzie? kiedy? kongres

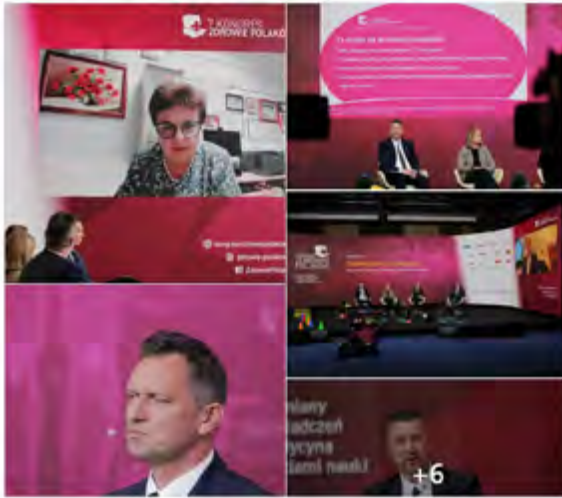
7. Kongres Zdrowie Polaków (dzień 3.)

20 listopada 2025



Post Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie
25 listopada 2025
Końcówka roku a my nie zwalniamy tempa! 🏆
Podczas Kongresu **Zdrowie Polaków** reprezentowali nas Rektor prof. dr hab. **Bartosz Molik** oraz dr hab. prof. AWF Hubert Makaruk, który fenomenalnie po raz kolejny moderował panel ekspercki.



Post Mednicus Centrum Słuchu i Mowy

Mednicus Centrum Słuchu i Mowy
25 listopada 2025
Na Kongresie Zdrowie Polaków zakończyła się kolejna interesująca debata zatytułowana: "Nowa rola farmaceuty: Opieka farmaceutyczna, szczepienia, profilaktyka – przyszłość zawodu" 🏆

Debatę moderowały:
👉 dr hab. n. med. i n. o zdr. Magdalena Skarżyńska, wicedyrektor ds. badań klinicznych w Instytucie Narządów Zmysłów
👉 Hania Kę, prezes zarządu Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA”
W dyskusji udział wzięli:
👉 dr Agnieszka Gorgoń-Kotma, senator RP, członek komisji zdrowia
👉 Aleksandra Kurońska, redaktor naczelna portalu "Co w zdrowiu"
👉 dr n. med. Artur Drobnik, prezes Okręgowej Rady i Izby Lekarskiej w Warszawie
👉 mgr Dana Zielińska, Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie
👉 dr n. med. Barbara Mazarkiewicz, Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Podczas debaty poruszano kwestie zmian w zawodzie farmaceuty, relacji z pacjentem oraz nowych zadań, jakie czekają farmaceutów. Rozmowa pokazała, że zawód ten potocznie niezwykłe potrzeby 🏆, a jego postrzeganie różni się w zależności od perspektywy różnych środowisk medycznych.
👉 Ania Wójcieszowska
#ZdrowiePolaków #Kongres #Medycyna #Farmacja #Nauka



Najlepsze treści Osoby Learning Oferty pracy Gry Potwierz adf



Fundacja Polskiego Godła Promocyjnego TERAZ POLSKA
2025 obserwujących
2 mes.

Instagram



szelstrowcentrumsluch... / Otworzy
szelstrowcentrumsluch...
Za nami drugi dzień 7. Kongresu Zdrowie Polaków
DEBATA V
Nauka dla zdrowia Polaków. Agnieszka Kurońska i Hania Kę
Moderujący: Marcin Chojka, prof. Hania Skarżyńska
DEBATA VI
Uczelnianie i rodzice! Kongresowa praca, jak kształtować swoją przyszłość? Włodzisław Opaliński z praktyki
Moderator: dr hab. Ania Kurylowicz, prof. CMR
👍👎👁️
15 listopada 2025
Zdrowie Polaków

dziecko

Badanie słuchu dzięki telefonowi? Jest bezpłatna aplikacja



Zdjęcie: Fotolia, aplikacja dla inwestorów w Japonii

Podczas VII Kongresu „Zdrowie Polaków” w Światowym Centrum Słuchu, prof. Henryk Skarżyński ogłosił premierę aplikacji H.EAR BOX mobile. To nowoczesne narzędzie umożliwiające wstępną diagnostykę oraz regularne monitorowanie słuchu przy użyciu telefonu, bez konieczności posiadania słuchawek.

Wysokie wydajność wad słuchu jest najpoważniejszą dla skutecznego leczenia i rehabilitacji jednostek chorujących. Wczesne wykrywanie takich sytuacji. Odpowiedź na to pytanie jest H.EAR BOX mobile - aplikacja elektroniczna przed...

medyczny

H.EAR BOX mobile - nowa aplikacja prof. Skarżyńskiego do badań słuchu



Najważniejsze treści

Z tego artykułu dowiesz się...

- Jak działa darmowa aplikacja H.EAR BOX mobile do badań słuchu?
- Kiedy należy zrobić pierwsze badania słuchu na komputerze? Kiedy warto skorzystać z aplikacji?
- Jak jest zrobione badanie słuchu na komputerze? Jak jest zrobione badanie słuchu na telefonie?
- Jak jest zrobione badanie słuchu na telefonie? Jak jest zrobione badanie słuchu na komputerze?

Nowe narzędzie do wstępnej diagnostyki słuchu

Instagram

zwitlowecentrumsluchu • Obserwuj

zwitlowecentrumsluchu 17 tyj

Za nami pierwszy dzień 7. Kongresu Zdrowie Polaków

DEBATA I
Zdrowie cyfrowe obywatela
Cyfrowa opieka i gotowość pacjenta – a recepta. Kf: teleopracę

DEBATA II
Edukacja zdrowotna i inwestycja w przyszłość społeczeństwa

23 listopada 2025

Zakładaj się, aby zobaczyć więcej zdjęć i filmów.

Renata Kaszowska @RKCzlowieka

Trawa z Kongresu Zdrowie Polaków 2025

Dzisiaj w XV debacie samorządowej- zdrowie lokalnie i polityka zdrowotna miast przyszłości. Smog, hałas, przestrzeń publiczna, transport – zdrowe miasto w której miałam zaszczyt wziąć udział wspólnie z @AdamFusielnik , wiceprezydentem Łodzi, i Iżbielą Lanc, członkinią zarządu Szpitala Wojskiego oraz Tomaszem Kopcem Dyrektorem SPSK IIIA. Prof. W. Orłowski CMK.

Tematy o których dyskutowaliśmy to:

- Jakże zmiana prawne ułatwiłyby miastom tworzenie „zdrowych ścieżek”?
- Jak skutecznie współpracować z rządem, biznesem i nauką, by wdrażać innowacje zdrowotne w miastach?
- Jak projektować przestrzeń miejską, by wspierała zdrowie psychiczne i fizyczne mieszkańców?
- Jakże czynnik decydujący o sukcesie lokalnych projektów zdrowotnych? Ludzie, pieniądze, wiedza?

Wpis

efekty naszych prac cieszą i dodają skrzydeł do dalszych działań.

Kongres-zdrowiepolakow.pl



3:59 PM · 20 lis 2025 · 388 wyświetli

Wpis

P. Piecha-Więckiewicz @PaulinaPW2021

Z Kongresu Zdrowie Polaków. Rozmawiamy o szaleńczeniu od ekranów, ziklowu psychicznym młodych ludzi i o cyberbulingerie. Bardzo dziękuję za zaproszenie!



Wpis

Henryk Skarżyński @HKS2025


Ogłoszenie i zaproszenie mieszkańców województwa łódzkiego do udziału w debacie na temat „Zdrowie lokalnie i polityka zdrowotna miast przyszłości” – w ramach 7. Kongresu Zdrowie Polaków.



23 listopada 2025

Mój Powiat

Badanie słuchu dzięki telefonowi? Prof. Henryk Skarżyński przedstawił bezpłatną aplikację



Zdjęcie: Skarżyński, aplikacja dla inwestorów w Japonii

Podczas VII Kongresu „Zdrowie Polaków” w Światowym Centrum Słuchu, prof. Henryk Skarżyński ogłosił premierę aplikacji H.EAR BOX mobile. To nowoczesne narzędzie umożliwiające wstępną diagnostykę oraz regularne monitorowanie słuchu przy użyciu telefonu, bez konieczności posiadania słuchawek.

Instagram

zwitlowecentrumsluchu • Obserwuj

zwitlowecentrumsluchu 17 tyj

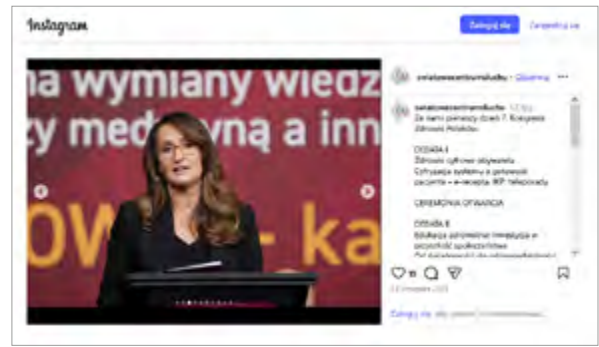
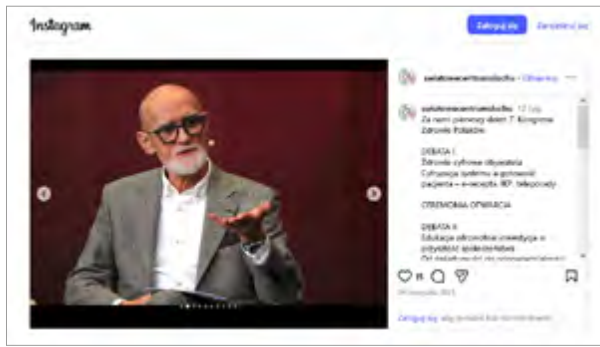
Za nami drugi dzień 7. Kongresu Zdrowie Polaków.

DEBATA V
Słuch i zdrowie pracowników. Aplikacja – zdrowie i natura
Uczestnicy: Maruz Opoka, prof. Henryk Skarżyński

DEBATA VI
Uczucie medyczne i kompetencje przyszłości. Jak kształcić lekarzy jutra? Wpływa na to sztuczna inteligencja? Moderacja: dr hab. Anna Koryniewicz, prof. CMKP

23 listopada 2025

Zakładaj się, aby zobaczyć więcej zdjęć i filmów.



Publikacja użytkownika PacjenciPacjenci

Pacjenci
12,5K obserwujących
Z 1916

Prezenterka VII Kongresu „Zdrowie Polaków” w Światowym Centrum Słuchu w Katowicach
prof. Henryk Skarżyński ogłosił debiut HEARBOX mobile – innowacji, która przynosi istotną diagnostykę słuchu do domów pacjentów.

Największy przełom? Badanie słuchu bez słuchawek. Wystarczy smartfon, obciążenie czasu nasłuchiwań staje się dostępne również dla seniorów i osób mających trudności w obsłudze dedykowanego sprzętu.

Aplikacja oferuje szeroki zakres testów: audiometrię przewodzącą, test sekwencki, wysokość i długość oraz test rozumienia mowy metodą prof. Skarżyńskiego. Istotną są wersje dla dorosłych i dzieci, a system zapisuje historię wyników, pozwalając monitorować słuch w czasie.

Wersję testów udostępnił Ministerstwo Edukacji, dzięki czemu zbierane punkty za wykonywanie badań w ramach wolontariatu.

Aplikacja do pobrania w Google Play i App Store.

#konkreszdrowiepolakow #teledyagnostyka #medycyna #audiologia #ŚwiatoweCentrumSłuchu #HEARBOX #innowacje #ŚwiatoweCentrumSłuchuHenrykSkarzynski #MinisterstwoEdukacjiNarodowej

Publikacja użytkownika Rzecznik Praw PacjentaRzecznik Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta
6261 obserwujących
2 mies.

Startuje Kongres Zdrowie Polaków 2025. Już jutro zapraszamy na rozmowę red. Aleksandry Kurowskiej Cowodrowiu.pl z ministrem Bartłojem Chmielowcem Rzecznik Praw Pacjenta.

Tematem wywiadu będzie m.in. ustawa „Jex szarlatan”, która ma chronić zdrowie i życie pacjentów przed pseudomedycyną i dezinformacją medyczną oraz wspierać lekarzy stosujących leczenie zgodne z aktualną wiedzą medyczną.

Transmisja z wydarzenia
<https://nkd.in/d/tu2wF5>

Publikacja użytkownika Fundacja Urszuli JaworskiejFundacja Urszuli Jaworskiej

Fundacja Urszuli Jaworskiej
1,2K obserwujących
100

Kongres Zdrowie Polaków to jedno z najważniejszych w Polsce imprez edukacyjnych poświęconych zdrowiu i doświadczeniom pacjentów zdrowiu i doświadczeniom pacjentów zdrowiu i doświadczeniom pacjentów

Zachęcamy do uczestnictwa w 7. Kongresie Zdrowie Polaków w Światowym Centrum Słuchu w Katowicach
„Kongres Zdrowie Polaków” to jedno z najważniejszych w Polsce imprez edukacyjnych poświęconych zdrowiu i doświadczeniom pacjentów zdrowiu i doświadczeniom pacjentów

7. KONGRES „ZDROWIE POLAKÓW” DEBATA FUNDACJI

Publikacja użytkownika Gospodarstwo Pasieczne Tysoń Sp. z o.o.Gospodarstwo Pasieczne Tysoń Sp. z o.o.

Gospodarstwo Pasieczne Tysoń Sp. z o.o.
1,2K obserwujących
100

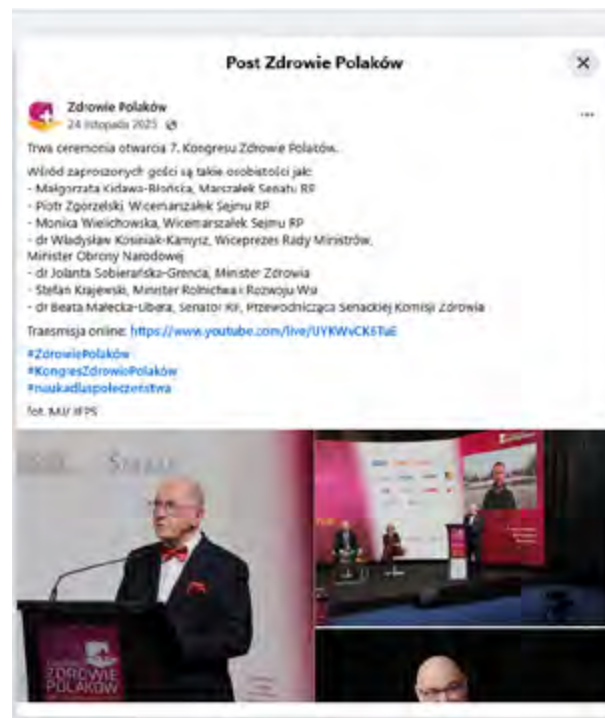
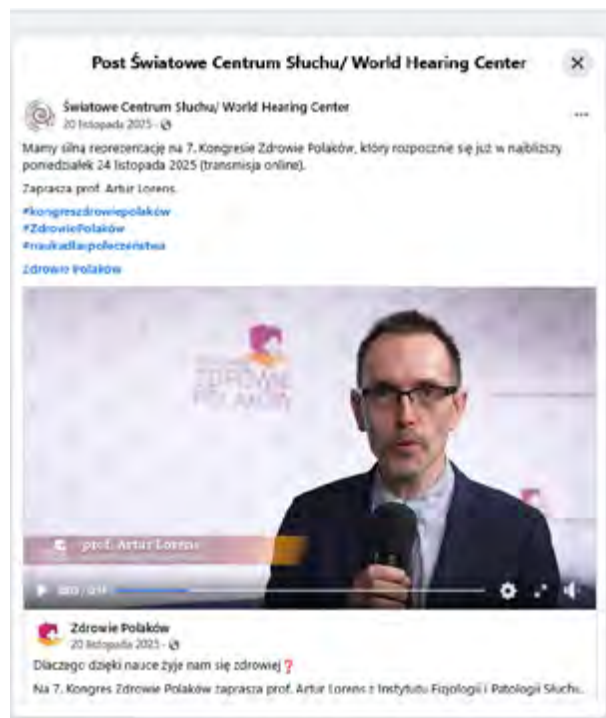
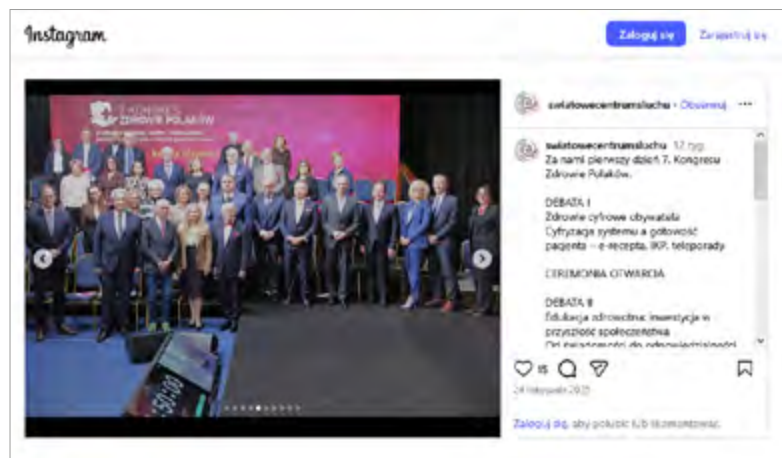
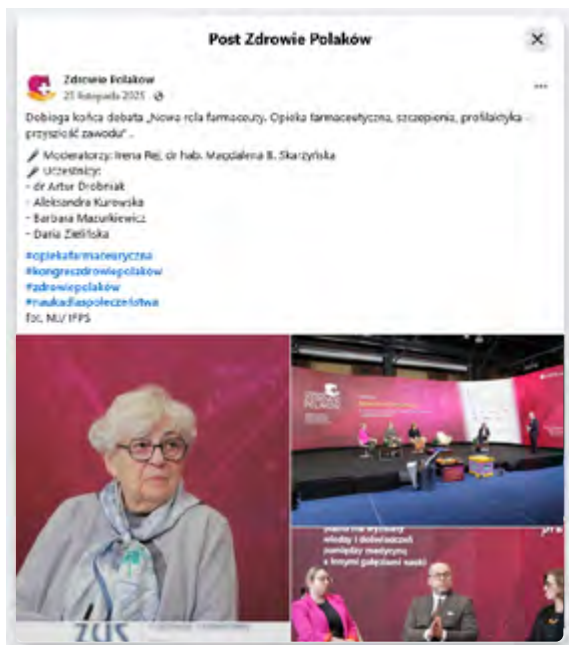
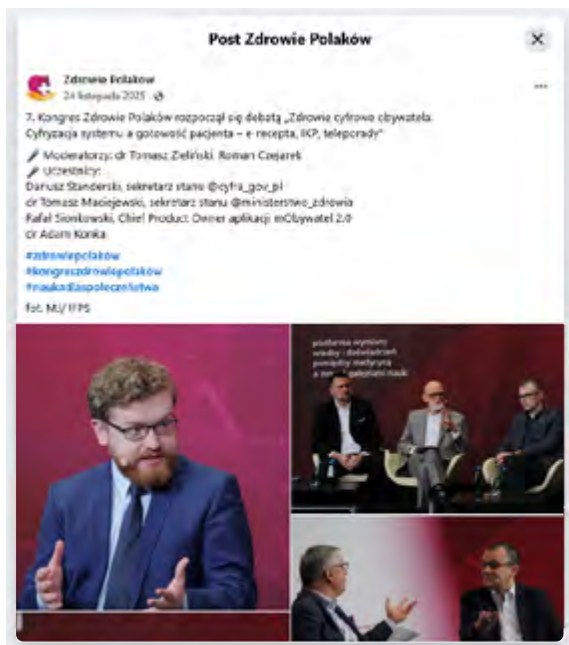
Współpraca z prof. Henrykiem Skarżyńskim i dr. hab. med. Agnieszką Kurowską
Współpraca z prof. Henrykiem Skarżyńskim i dr. hab. med. Agnieszką Kurowską

7. KONGRES „ZDROWIE POLAKÓW” platforma wymiany wiedzy i doświadczeń pomiędzy medycyną a innymi gałęziami nauki

7. KONGRES „ZDROWIE POLAKÓW” platforma wymiany wiedzy i doświadczeń pomiędzy medycyną a innymi gałęziami nauki

dominują na rynku farmaceutycznym.

Współpraca z prof. Henrykiem Skarżyńskim i dr. hab. med. Agnieszką Kurowską
Współpraca z prof. Henrykiem Skarżyńskim i dr. hab. med. Agnieszką Kurowską



Post Ministerstwo Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia
24 listopada 2023

Minister zdrowia Jolanta Szymbalska-Gronda oraz wiceminister Tomasz Maciejewski wzięli udział w 7. Kongresie Zdrowia Polaków. Podczas debaty omawiającej, minister Jolanta Szymbalska-Gronda zwróciła uwagę, że skuteczna profilaktyka zaczyna się od dobrej edukacji i skutecznego kontaktu z pacjentami:

Mam nadzieję, że wiele akcji profilaktycznych - tych, które prowadzimy w ministerstwie oraz tych, które wspieramy - będzie skutkało pacjentom. Najważniejsze są dla mnie edukacja oraz odpowiedzialna forma komunikacji - tak, aby była przytępiona metaforami od mijała zamieszkała czy dziobro: wykastowana. Tyko wtedy można zbudować komfort współpracy, a co za tym idzie - osiągnąć lepsze efekty leczenia.

W panelu „Edukacja zdrowotna: inwestycja w przyszłość społeczeństwa” minister podkreśliła, że spójny przekaz ze strony środowisk medialnych i resortu, oparty na współpracy i zaufaniu, realnie przyczynia się do wzrostu świadomości zdrowotnej społeczeństwa i skuteczniejszego działania profilaktycznego.

W kwestii profilaktyki - wszystko ręce na pokład!

Wiceminister Tomasz Maciejewski w panelu „Cyfryzacja systemu a gotowość pacjenta - e-recepta, AI, teleopieka” podkreślił najważniejsze wyzwania związane z cyfrową transformacją ochrony zdrowia. Zwrócił uwagę na korzyści, jakie pacjenci zapewniją IoT i IoTy? oraz na znaczenie centralnej e-recepty w rozwiniętych dostępie do świadczeń.

for. Mij #PS

Post Fundacja Słyszę

Fundacja Słyszę
23 listopada 2023

Na Kongresie Zdrowia Polaków zakończyła się kolejna interesująca debata zatytułowana: "Nowa rola farmaceutyki. Opieka farmaceutyczna - szczyptenie, profilaktyka - przyszłość zawodu"

Debata moderowana przez dr hab. n. med. i n. o zdr. Magdalena Szustkiewicz, wicedyrektor ds. badań klinicznych w Instytucie Nazydów Zygalski

Przez prezes zarządu Instytutu Gospodarczej FARMACJA POLSKA

W dyskusji udział wzięli:

- dr Agnieszka Górgoń-Cosior, senator RP, członek Komisji Zdrowia
- Aleksandra Cuiowska, redaktor naczelna portalu "Ciepły głos"
- dr n. med. Ania Drobosik, przewodnicząca Rady Lekarskiej w Warszawie
- mgr Daria Zielińska, Drogowa Izba Aptekarska w Warszawie
- dr n. med. Barbara Wazarkiewicz, Wzrostowa Drogowa Izba Polegniarek i Polobych

Podczas debaty poruszono kwestie zmian w szerokiej farmaceutyce, relacji z pacjentem oraz nowych badań, jakie czekają farmaceutów. Rozmowa pokazała, że zawód ten pozostaje niezwykle potrzebny, a jego potrzebę różni się w zależności od perspektywy różnych środowisk medialnych.

Ania Wojciechowska

#FundacjaSlyszę #Farmacja #Kongres #ZdrowiePolakow #Farma #Medycyna

YouTube

Badanie słuchu za pomocą telefonu? Prof. Henryk Skarżyński przedstawił bezpłatną aplikację

Michał Miel 71 subskrypcji

2 wyświetlenia 2 min 30 s

Podczas VII Kongresu "Zdrowie Polaków" w Świątyni Centrum Słuchu prof. Henryk Skarżyński opisał premierę aplikacji iSTAR. Słuch można... [więcej]

Przepraszam, nie mogę zobaczyć Twojego wideo. Sprawdź, czy masz zainstalowaną aplikację YouTube.

Echo

Przepraszam: „Maszże da się wyrobić”, czyli dlaczego Polacy kochają okulary, a nie badają wzrok?

Pozegnaj się z drogimi aparatami słuchowymi (jeśli masz ponad 60...)

Badanie słuchu za pomocą telefonu? Prof. Henryk Skarżyński przedstawił bezpłatną aplikację

Podczas VII Kongresu „Zdrowie Polaków” w Świątyni Centrum Słuchu prof. Henryk Skarżyński opisał premierę aplikacji iSTAR. Słuch można... [więcej]

0°C Gryfka

Post Instytut Matki i Dziecka

Instytut Matki i Dziecka
24 listopada 2023

Instytut Matki i Dziecka na 7 edycji Kongresu Zdrowia Polaków!

Uczestniczyliśmy w dyskusji o realnych zastosowaniach sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia i o tym, jak nowe technologie mogą bezpiecznie i skutecznie wspierać lekarzy oraz pacjentów.

IMiD reprezentowała Nikolaeta Buzek, zastępca kierownika Działu Wzrostu - Centrum Innowacji i Sztucznej Inteligencji IMiD, która podczas wykładu podkreśliła znaczenie wdrożenia AI w oparciu o realne potrzeby kliniczne i sprawne procesy.

Dziękujemy Organizatorom za zaproszenie i możliwość podzielenia się naszymi doświadczeniami!

Post Narodowy Instytut Onkologii w Gliwicach

Narodowy Instytut Onkologii w Gliwicach
23 listopada 2023

W Świątyni Centrum Słuchu w Kąkociu 8, Warszawie odbyła się trójdniowa debata "Zdrowie Polaków". Hasłem tego wieczoru: "Jutro jest już, imajmy się! Zdrowie - każdy element ma znaczenie!"

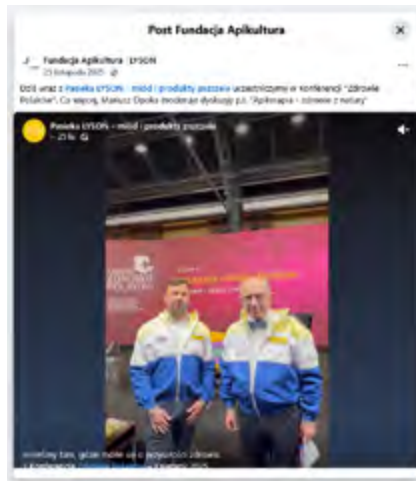
Na zaproszenie prof. Henryka Skarżyńskiego, dyrektora Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, który jest inicjatorem tego wydarzenia, w kongresie uczestniczyli specjaliści z zakresu medycyny i ochrony zdrowia: mikrobiologia, parazytologia, choroby zakaźne, radioterapia i diagnostyka, dyrektorski szpital, konsultant krajowy, podzielniki organizacji pacjentów oraz dzielniki.

Narodowy Instytut Onkologii w Gliwicach reprezentuje prof. Krzysztof Siodłowski, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej oraz kierownik i Kliniki Radioterapii i Chemioterapii. Pan profesor wzięł udział w debacie „Edukacja zdrowotna: inwestycja w przyszłość społeczeństwa - od świadomości do odpowiedzialności - nowa strategia edukacji zdrowotnej Polaków”, w której uczestniczył również minister zdrowia Jolanta Szymbalska-Gronda i członek jawnicjanta Barłomiej Chmielnicki.

Prof. Krzysztof Siodłowski zabrał głos na temat roli profilaktyki onkologicznej - konieczności budowania świadomości społecznej na temat raka. Jak podkreślił, nawet najnowocześniejsze technologie medyczne, takie jak zaawansowana radioterapia czy Krajowa Sieć Onkologiczna nie zastąpią czujności onkologicznej pacjenta i lekarza.

Według niego konieczna jest zmiana narracji na temat nowotworów złośliwych - strach przed chorobą powinna zastąpić świadomość, że bezwzględnie należy wykonać badania i zrobić badania przesiewowe, które oznaczają wykrywanie.

#ZdrowiePolakow #profilaktyka #EdukacjaZdrowotna #radioterapia #radiacja #Kongres #KongresZdrowie



Post Wydział Technologii Żywności - UR w Krakowie

Wydział technologii żywności - UR w Krakowie
23 listopada 2023

W dniach 26.11-28.11 Dr inż. Katarzyna Petru reprezentowała nasz Wydział na 7. Kongresie „Zdrowie Polaków 2023”!

Wydarzenie odbywało się pod hasłem „Nasza ścieżka zdrowia społeczeństwa”, a przewodniczącą tegorocznej edycji – „Zdrowie – każdy element ma znaczenie!” – podkreślało wagę współpracy środowisk naukowych, medycznych, edukacyjnych i społecznych na rzecz zdrowia publicznego.

Pudząc Komplexu, który zgromadził ekspertów z całej Polski, dyskutowano m.in. o: nowościach nowych technologii w ochronie zdrowia, roli sztucznej inteligencji w diagnostyce i leczeniu, wpływie zmian klimatycznych na zdrowie, zdrowiu dzieci i młodzieży, wsparciu seniorów edukacji i profilaktyce – szczególnie ważnych w roku edukacji i profilaktyki 2023.

Wielką radość przyniosła nam obecność naszego Wydziału to dla nas powód do dumy i potwierdzenie, że intensywnie realizujemy godziwe, łączące naukę, technologię i praktykę jest kierunek do realnych zmian w zdrowiu publicznym.

Dziękujemy Organizatorom w szczególności Prof. Henrykowi Skarżyńskiemu za stworzenie przestrzeni do tak ważnej dyskusji!

Post Radio Nadzieja

Radio Nadzieja
28 listopada 2023

👉 Piątkowy (28.11) Gość Dnia Radio Nadzieja 📻. O zbliżającej się debacie oksfordzkiej „Zabijesz w kompy” 📺, kongresie „Zdrowie Polaków” 📺, a także balu charytatywnym 📺, który już niebawem zorganizuje Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych – mówił dr. inż Ireneusz Zuchowski - rektor MANS 📺. Link w komentarzu 👉

Ważna jest wiadomość, jaki wpływ stan jamy ustnej ma na ogólnie zdrowie

12 miesięcy w cenie 10 KURSEK

Instagram

zestawowecentrumsluchu - Odbiór

zestawowecentrumsluchu 12 tys. Za nami pierwszy dzień 7. Kongresu Zdrowie Polaków

DEBATA I Zdrowie cyfrowe obywatela Cyfryzacja systemu i gotowość pacjenta – e-recepty, IEP, teleporady

CEREMONIA OTWARCIA DEBATA 4 Edukacja zdrowotna: inwestycja w przyszłość społeczeństwa

15 14 listopada 2023

Nasze krople drażną skały

Na naszych kongresach nie ma płaczu, dominuje poczucie, że mamy co pokazać i czym się pochwalić

Rozmawia Roberk Walenciak

To już siódmy **Kongres Zdrowia Polaków**, który pan organizuje. Warto w to się angażować?

– Warto było i będzie to kontynuować. Pierwszy kongres odbył się w 2015 r. i pokazał ogromne zainteresowanie w wielu ośrodkach medycznych oraz w wielu zespołach. Zaprezentowaliśmy prawdziwe, trwałe osiągnięcia oraz wysoki poziom polskiej nauki i medycyny. To miało budować zaufanie do zawodów medycznych, do tego, że możemy zaoferować pacjentom. W jednej z debat spotkał się ministerstwo lub wiceministerstwo wszystkich kierownictw resortu zdrowia od początku lat 90. Przedstawicielka każdej ekipy w resortie mogła powiedzieć i pokazać, co im się udało. Ila było słyszanych decyzji, których czasem nie dostrzegamy. To był przykład realnego umieszczenia się ponad wszelkie podziały.

Początkowo wydawało się, że Kongresy Zdrowia Polaków będą kolejną „ścianą płaczu”. Przyjadą eksperci, uznani fachowcy, ponarzekają i się rozjadą. Tymczasem chyba jest inaczej.

Prezentując nasze rekomendacje, byliśmy słuchani. Czy zawzięta była 28 tym uczestników przez nas stworzył? Pewnie nie, ale nasze krople drażnią skały.

Mówi pan, że wnioski i uwagi formułowane podczas kolejnych kongresów są uwzględniane i wdrażane.

– Przykładów można wymieniać wiele, ale one są nie tylko naszą zasługą i nawet gdy wiem, że o czymś mówiliśmy jako pierwsi, czasem mówiliśmy jako pierwsi, czasem jedyni, nie upokorzył mnie to do przypisywania sukcesu tylko sobie. Zwykle jest on wypadkową wielu działań, w tym naszych.

Czyli?

– Poniżam pierwsze debaty przedstawiciele samorządów różnych szczebli, którzy przedstawiali pojedyncze inicjatywy różnych akcji mających na celu

PROF. HENRYK SKARŻYŃSKI
– otoczeniu, spacji i środowiu otorynolaryngologii, audiologii, foniatrii i otolaryngologii dziecięcej. Od 2003 r. kieruje stworzonym przez siebie Światowym Centrum Słuchu Instytutu Fiziologii i Patologii Słuchu, wiodącym światowym ośrodkiem implantacji słuchowych. Inicjator i organizator **kongresów Zdrowie Polaków** oraz Nasza ścieżka Społeczeństwa.

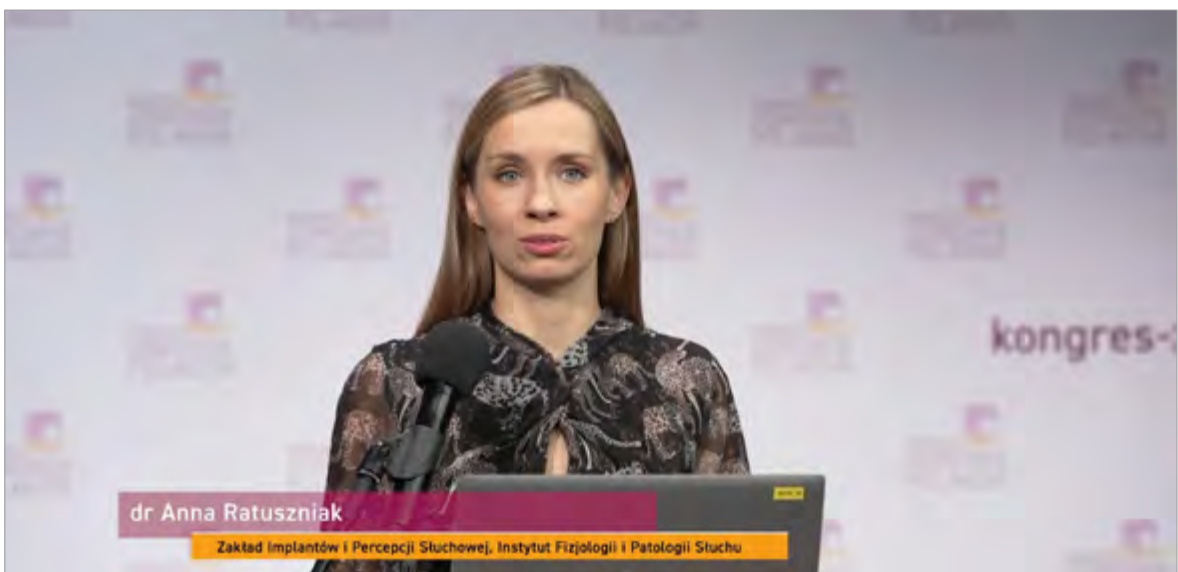
I grup pokoleń. A potem, po... upowszechnienie programów pro-

Podczas VII Kongresu „Zdrowie Polaków” w Światowym Centrum Słuchu, prof. Henryk Skarżyński ogłosił premierę aplikacji HEAR BOX mobile. To nowoczesna aplikacja umożliwiająca dostęp do diagnostyki oraz regularne monitorowanie słuchu przy pomocy smartfona. Bez konieczności posiadania słuchawek.

Wiosenne wytyczne wad słuchu jest kluczowe dla skutecznego leczenia i rehabilitacji, jednak dostęp do badań audyometrycznych bywa utrudniony. Odpowiedzią na to wyzwanie jest HEAR BOX mobile – aplikacja stworzona przez ekspertów Światowego Centrum Słuchu, która przynosi profilaktykę do domów pacjentów.

Innowacja bez dodatkowych akcesoriów

Najważniejszym wyróżnikiem aplikacji jest technologia pozwalająca na przeprowadzenie badania słuchu bez użycia zewnętrznych akcesoriów. Wystarczy smartfon, co czyni to rozwiązanie dostępne dla szerokiego grona odbiorców, w tym seniorów, którzy mogą mieć trudności z obsługą dodatkowego sprzętu. Metoda Skarżyńskiego i szeroki wachlarz testów HEAR BOX mobile oferuje odbudowany zakres badań, wykraczający poza standardową audyometrię. Ułatwienie ma do dyspozycji m.in.:



Patronaty honorowe



MARSZAŁEK SENATU
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
Małgorzata Kidawa-Błońska



Wiceprezes Rady Ministrów
Minister Obrony Narodowej

Władysław Kosiniak-Kamysz



Marcin Kulasek
Minister Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



Minister
Zdrowia

Patronat Honorowy



Minister
Edukacji



Ministerstwo Rolnictwa
i Rozwoju Wsi

Patronat honorowy
Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi
Stefana Krajewskiego



Ministerstwo
Sportu i Turystyki



Ministerstwo Spraw
Wewnętrznych i Administracji



RZECZNIK PRAW
OBYWATELSKICH



Rzecznik Praw Pacjenta



Rzecznik
Praw Dziecka

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia



URZĄD
PATENTOWY
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

NCBR

Narodowe Centrum Badań i Rozwoju

ZUS

Patronat Honorowy
Pracosa
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Patronaty medialne



wprost



newsMED



mz
menedżer zdrowia



TERMEDIA
NOWE TRENDY W MEDYCYNIE
WWW.TERMEDIA.PL



SŁYSZE

Organizatorzy



INSTYTUT FIZJOLOGII
I PATOLOGII SŁUCHU
ŚWIĄTOWE CENTRUM SŁUCHU



RADA GŁÓWNA
INSTYTUTÓW
BADAWCZYCH



Ekspertskie Zespoły
Uniwersyteckie,
Towarzystw Naukowych
i Organizacji Pozarządowych



INSTYTUT
NARZĄDÓW
ZMYŚLÓW



Zapraszamy na
**KONGRES
ZDROWIE POLAKÓW 2026**

