## **Informacja o dwunastej konferencji krakowskiej - data: 2-3 grudnia 2019 roku, miejsce: Galeria Sztuki Polskiej XIX wieku w Sukiennicach**

# PANEL 3: MałoPolska – lider w walce o zdrowego mieszkańca (stenogram)

3 grudnia 2019

## Stenogram stanowi wierny zapis przebiegu konferencji, odwzorowuje wszystko, co dzieje się na nagraniu. Ze względu na specyfikę języka mówionego, zwłaszcza w trakcie toczącej się dyskusji, w stenogramie znalazły się również powtórzenia, wtrącenia, błędy językowe oraz odgłosy spoza głównego wątku dyskusji panelowej. W nawiasie ujęto fragmenty nieczytelne.

**druk wytłuszczony – moderator**

druk standardowy – panelista

(ns - gg:mm:ss) – fragment niezrozumiały

[śmiech]

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Prowadzenie konferencji:

**Wojciech S. Wocław** – Polska Szkoła Etykiety

Moderator panelu 3:

**Aleksander Gortat** – dziennikarz radiowy i telewizyjny

Wystąpienie wprowadzające:

**prof. dr hab. Tomasz Grodzicki**

Paneliści:

**Wiesława Borczyk** – Prezes Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku

**dr n. med. Marzena Dubiel** – Stowarzyszenie Lekarze Nadziei

**prof. dr hab. Tomasz Grodzicki** – Collegium Medicum UJ, Wydział Lekarski, Kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii

**dr Jerzy Gryglewicz** – Uczelnia Łazarskiego, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia

**prof. dr hab. Renata B. Kostogrys** – Uniwersytet Rolniczy w Krakowie, Katedra Żywienia Człowieka

**prof. dr hab. n. med. Jadwiga Nessler** – Szpital im. Jana Pawła II, Rada Instytutu Kardiologii CM UJ

Wojciech Wocław: Witam Państwa bardzo serdecznie w drugim dniu Konferencji Krakowskiej. Proszę Państwa, chciałbym się Państwu bardzo nisko ukłonić w imieniu gospodarza tego wydarzenia, czyli marszałka województwa małopolskiego, czyli Pana Witolda Kozłowskiego. Witam wszystkich bardzo serdecznie tutaj na miejscu, w Sukiennicach, cieszę się, że są z nami również internauci przed ekranami, przed monitorami, którzy oglądają to, co się tutaj dzieje na stronie konferencjekrakowskie.pl. Jeśli chcieliby Państwo przekazać informacje swoim bliskim, znajomym, albo współpracownikom o tym, że można tych paneli dyskusyjnych, które toczą się tutaj w Sukiennicach słuchać również w internecie, to zachęcam do tego, żeby im adres tej strony przesłać, konferencjekrakowskie.pl. A to proszę Państwa drugi dzień XII Konferencji Krakowskiej, Konferencje Krakowskie to cykl wydarzeń, który dzieje się od roku 2008, tutaj zastanawiamy się i dyskutujemy na temat tego, jakie są wyzwania i możliwe scenariusze rozwoju i Europy, i Polski, i regionu małopolskiego. To na pewno, proszę Państwa, forum dyskusji o tych najważniejszych wyzwaniach jakie przed nami stoją. Proszę Państwa, tematem tegorocznej konferencji jest człowiek w drodze, z szacunkiem dla siebie, innych i przyrody. Przed nami dzisiaj jeszcze dwa panele dyskusyjne, zdrowie i oto jak dba się o zdrowie w Małopolsce i drugi panel dyskusyjny, w którym będziemy zastanawiać się nad tym co jemy, nad żywnością w XXI wieku. Wczoraj rozmawialiśmy proszę Państwa o sytuacji geopolitycznej i ciągłej zmianie, w której żyjemy, bardzo ciekawy wątek pojawił się w tym pierwszym otwierającym panelu, gdzie uczestnicy zwracali uwagę na kwestię bezpieczeństwa w internecie i to nie tylko w takim wymiarze, że ktoś może zhakować stronę, albo konto bankowe, ale w wymiarze budowania wizerunku państw, gdzie dzisiaj rozsianie pewnej informacji w internecie, może zagrażać bezpieczeństwu całego państwa. Drugi panel dyskusyjny, który odbywał się wczoraj dotyczył zrównoważonego rozwoju i sprawiedliwości międzypokoleniowej. Rozmawialiśmy o tym czy świat jest dla ludzi, czy może ludzie dla świata i tutaj po wstępie ojca Kłoczowskiego, w którym ojciec Kłoczowski przytaczał ideę papieża Franciszka, padło później wiele przykładów, jak w codziennym życiu dbać o ekologię, jak żyć w sposób zrównoważony. Zachęcam Państwa zresztą do tego, żeby zapoznać się z działalnością instytucji, które reprezentowali uczestnicy wczorajszego panelu, te instytucje na co dzień promują taki zrównoważony tryb życia i na pewno może to być dla wielu z Państwa inspiracja i w końcu trzeci panel dyskusyjny, który miał miejsce wczoraj dotyczył duchowości. Uczestnicy próbowali odpowiedzieć na pytanie, ile jest człowieka w człowieku, w świecie 2.0 i tutaj te dyskusje zdominowało takie pytanie o autorytety, kim są autorytety, jak my myślimy o autorytetach, czego oczekujemy od autorytetów. Ta debata zakończyła się takim jednym słowem, empatia, jedna z uczestniczek przywołała słowo miłość, pytając, czemu w tej debacie to słowo nie padło i to Państwu też pod rozwagę poddajemy te dwa słowa, empatia i miłość w kontekście pytania, ile jest człowieka w człowieku w świecie 2.0. Proszę Państwa, miło mi poinformować, że XII Konferencja Krakowska została objęta patronatem przez prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pana Andrzeja Dudę, patronami medialnymi wydarzenia są Radio Kraków i TVP Kraków. Znajdujemy się w niezwykłym miejscu, w Sukiennicach, wczoraj, myślę, sprzyjało to głębokim i pogłębionym dyskusjom. Jestem przekonany, że będzie tak i dzisiaj, kiedy te postacie i te historyczne sceny będą na nas spoglądać i my na nie. Proszę Państwa, opowiadałem o streamingu, o tym, że Konferencję można oglądać na stronie konferencjekrakowskie.pl, w tym miejscu chciałbym zachęcić Państwa również do polubienia fanpage’a Małopolskiego Obserwatorium Rozwoju Regionalnego, jeśli korzystają Państwo z Facebooka, proszę zajrzeć na stronę Małopolskiego Obserwatorium Rozwoju Regionalnego, kliknąć Lubię To i śledzić na bieżąco to wszystko, czym się ta instytucja zajmuje. Przed nami jeszcze dzisiaj dwa panele dyskusyjne, porządek tych paneli będzie taki jak wczoraj, przed każdym panelem będę zapraszać tutaj na scenę moderatora, następnie moderator zaprosi tutaj osobę, która wygłosi wystąpienie wprowadzające do panelu, następnie pojawią się na scenie wszyscy goście, odbędzie się dyskusja, a na koniec tej dyskusji przewidujemy czas na pytania i podsumowania ze strony słuchaczy, Państwa. Zachęcam już teraz Państwa do tego, żeby żywo w tych dyskusjach brać udział. Szanowni Państwo, zanim oddam głos Panu Aleksandrowi Gortatowi, który poprowadzi pierwszy panel dzisiaj, chciałbym zaprosić na środek Panią Joannę Urbanowicz, dyrektor Departamentu Zrównoważonego Rozwoju.

* Joanna Urbanowicz: Dziękuję Panu. Witam Państwa bardzo serdecznie w imieniu organizatorów, po prostu od 12 już lat organizujemy Konferencje Krakowskie. Pomysł na te konferencje był taki, że to mają być miejsce refleksji, refleksji o tym co teraz, jakie są problemy, jakie są potencjały i refleksji o tym co na przyszłość, czyli trendy, tendencje i to co nas czeka w przyszłości pod różnym względem, taka też XII Konferencja. Mam nadzieję, że ten czas refleksji jest owocnym czasem dla wszystkich uczestników, również dla panelistów, ale dla uczestników konferencji, których, powiem, tak wzrokowo, to już odróżniam osoby, które są naszymi towarzyszami Konferencji Krakowskich wielu, może nie wszystkich, ale wielu, tak że od wielu lat jesteśmy w tych interesujących wnętrzach, które dostarczają różnych emocji, każda z tych sal jest inna, ale każda z tych sal to malarstwo polskie i nasze dzieje po prostu. Dzisiejsze dwa panele poświęcone są zdrowiu w różnych aspektach i obszar zdrowia to jest taki obszar, który, jeżeli robimy badanie wśród mieszkańców małopolski, zawsze wychodzi, że jest to najważniejsze dla Małopolan pod różnym kątem. Dzisiaj pierwszy panel to taki faktycznie mówiący o, mam nadzieję, nie tylko o problemach, ale właśnie o przyszłości opieki zdrowotnej, drugim aspekcie bardziej zdrowej żywności i to co jemy i to co będziemy w przyszłości jeść, jakie są trendy, jakie są tendencje, czego się możemy spodziewać i w sumie te dwa obszary jak przygotowywaliśmy się do konferencji, to już się najwięcej pytań, tez, pomysłów na to. Mam nadzieję, że Państwo się zasłuchają w to co mają do powiedzenia nasi paneliści, będą mieć dużo refleksji, pytań, że dyskusja będzie owocna i dynamiczna. Zapraszam Państwa do paneli.

Wojciech Wocław: Bardzo dziękujemy. Proszę Państwa, ten panel dyskusyjny nosi tytuł MałoPolska – lider w walce o zdrowego mieszkańca. Poprowadzi go Pan Aleksander Gortat. Zapraszam.

Aleksander Gortat: Bardzo dziękuję. Szanowni Państwo, to oczywiście mój prywatny i subiektywny pogląd i spojrzenie na ten temat. Nie wiem, czy się zgodzicie. MałoPolska – lider w walce o zdrowego mieszkańca, można walczyć i być liderem w walce, pytanie tylko, czy tą walkę się wygra i to pytanie z całą pewnością powinno w trakcie tego panelu pojawić się, chociaż walka o zdrowie to ciągła walka o zdrowie mieszkańców. Mam wielki zaszczyt i honor poprowadzić, porozmawiać dzisiaj z wybitnymi fachowcami, na wstępie o przemowę otwierającą nasze spotkanie bardzo proszę Pana prof. dr hab. Tomasza Grodzickiego, prorektora Uniwersytetu Jagiellońskiego, zapraszam serdecznie.

* Tomasz Grodzicki: Dzień dobry Państwu, ja przede wszystkim dziękuję za zaproszenie i tytułem wprowadzenia ja postaram się Państwu pokazać taki raport, który się pojawił dosłownie parę tygodni temu o OECD, na temat systemu opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej, czy w Europie w ogóle i jak Polska na tle wypada, bo tam są pewne wnioski, które, w moim odczuciu, bardzo oddają aktualną sytuację, potrzeby, które stają przed nami i pytanie, czy rzeczywiście, jak ta walka wygląda, o czym Pan przed chwilą powiedział. Ja zacznę od definicji zdrowia, bo myślę, że to jest kluczowe, żebyśmy mieli świadomość, że zdrowie to nie jest brak choroby, tylko to jest stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, umiejętność pełnienia ról społecznych, oraz adaptacji do zmian środowiska, a więc nie mówimy w tym czasie o chorobach, mówimy o zdrowiu z nieco innej perspektywy. Gdybyśmy mieli spojrzeć na to co ma decydujące znaczenie, to wbrew temu, co się powszechnie sądzi, to jednak geny mają relatywnie duży wpływ, największy wpływ ma styl życia i to jest tutaj największa rezerwa pewnie do działania, ale również środowisko, w którym żyjemy, no i system opieki zdrowotnej, który również odgrywa dużą rolę, nie jakąś dramatyczną i przełomową, jeżeli chodzi o zdrowie. To jest ten raport, który chciałem pokazać, on jest dostępny na stronach OECD, w związku z tym każdy może do niego sięgnąć. Zdaję sobie sprawę, że z dalszej odległości to będzie pewnie niezbyt dokładnie widoczne, ale powiem, że średnia oczekiwana długość życia w Polsce jest ciągle zdecydowanie krótsza od średniej unijnej, ona jest krótsza o kilka lat, o 3-4 lata od średniej unijnej i to ciągle jesteśmy w towarzystwie takich krajów jak Słowacja, Węgry, Litwa, Rumunia, tutaj jesteśmy w lepszej sytuacji, ale już Chorwacja, Estonia, Czechy, które też są po tej stronie tej niebieskiej średniej, no wypadają lepiej od nas. Kolejna informacja, która też jest z ostatnich obserwacji, to jest taka, że w ciągu ostatnich 3 lat średnia życia w Polsce się zmniejsza, to nie jest problem tylko i wyłącznie Polski, tu się pocieszmy, że w Ameryce również ten trend jest obserwowany, tym niemniej jest to pewne zjawisko nad którym teraz wszyscy się zastanawiają, jakie czynniki decydują, że pomimo ogromnego postępu medycyny, nie żyjemy dłużej, to co nam się udawało przez ostatnie 20 parę lat osiągać, teraz się nagle zaczęło pogarszać. Warto zwrócić uwagę na pewną zmianę trendów, to co jest tutaj to wielkość tych kropek pokazuje jakie są główne przyczyny zgonu i na pewno choroba niedokrwienna serca i udar to są te wiodące, a więc kardiologiczne czynniki, ale jeżeli to jest poniżej tej linii, to pokazuje to, że ta średnia, czy ta liczba zgonów spada jednak, a więc mamy pewną tendencją pozytywną, bo liczba zgonów z powodów kardiologicznych się zmniejsza, natomiast wzrasta nam liczba zgonów z powodów nowotworowych. Tu również różnimy się od krajów Europy Zachodniej, tam choroby nowotworowe zaczęły dominować nad albo równoważyć, albo dominować, stają się częstszą przyczyną zgonów, niż choroby układu sercowo-naczyniowego, w Polsce ciągle jednak choroby układu krążenia są decydujące. Tego pewnie znowu nie widać szczegółowo, ale widać tytuł, który mówi, że po 65 roku życia Polacy cierpią na choroby przewlekłe, niepełnosprawność i ponad połowa swojego życia, mówiąc inaczej, z 20 lat, które ma kobieta w wieku lat 65 dzisiaj przed sobą, to mniej więcej 8 będzie w zdrowiu, a 12 będzie z jakimiś schorzeniami, które będą jej utrudniały życie. Dla mężczyzny to jest odpowiednio tam 16 versus 7, a więc znowu też ponad połowę życia będą chorowali Polacy w wieku starszym. To jest też znowu może nieistotne zestawienie, ale ważny jest wniosek, że tak naprawdę największy wpływ na liczbę zgonów wywiera zmiana czynników ryzyka, a więc wpływ na czynniki ryzyka jest co najmniej równie istotny, albo istotniejszy niż postępy w terapii, no i 3 główne czynniki ryzyka, czy zagrożenia związane z nieprawidłową dietą, rozumiem, że to będzie kolejny panel, problem palenia tytoniu, który ciągle jest częstsze w Polsce. Problem otyłości, czy niskiej aktywności fizycznej, tutaj to też odgrywa rolę spośród tych czynników, spożycie alkoholu nadmierne, otyłość i palenie to są te 3 główne problemy w zdrowiu publicznym w Polsce. Znowu otyłość to jest 17% w Polsce, w Unii Europejskiej 15% i ta otyłość zaczyna nam dominować, mimo tego, że palimy mniej, to jednak powyżej średniej Unii Europejskiej. Tutaj taki fragmencik dotyczący jeszcze profilaktyki szczepienia na grypę w Polsce u osób starszych i w Europie, proszę zwrócić uwagę 10%, 44%, nie pokazujemy danych brytyjskich, które mówią 70-parę procent, mówimy tylko 44, Polska 10%, rzeczywiście ogromna dysproporcja, jeżeli chodzi o profilaktykę, no i problem depresji w wieku starszym to też jest duża grupa osób, około połowy Polaków w wieku starszym ma objawy depresji. Wydatki na opiekę zdrowotną jesteśmy tutaj, natomiast tu jest średnia Unii Europejskiej, przeznaczamy 6,5% i ta dyskusja jak Państwo widzicie trwa, natomiast zwracam uwagę, średnia Unii Europejskiej to jest prawie 10%, a więc mniej więcej 1/3, 30% więcej, można powiedzieć, średniej krajów europejskich, to nie jest najwyższe, bo najwyższe przeznaczają wielokrotnie więcej. Problem niedobór personelu, wielokrotnie powtarzany, to jest najlepsza sytuacja, czyli ta prawa część, duża liczba lekarzy, duża liczba pielęgniarek, na pierwszym miejscu Norwegia, Dania, Szwecja, Islandia, natomiast my jesteśmy w najgorszej sytuacji, jednej z gorszych, mamy najmniej lekarzy, czy za mało lekarzy i za mało pielęgniarek i to warto zwrócić uwagę, że tutaj też, jeżeli chodzi o personel mamy ogromne niedobory w personelu medycznym. W końcu umieralność z przyczyn, którym możemy zapobiec dzięki profilaktyce jest znowu ciągle wyższa niż średnia europejska, więc znowu jest wiele do zrobienia w zakresie przeżycia. I w końcu organizacja systemu. System mamy zbudowany, znaczy w mojej prywatnej ocenie dobry system mamy pod wieloma względami, natomiast pokazuje tylko to, że mamy ciągle za dużo może hospitalizacji, system jest oparty o szpital, są braki w podstawowej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i można by na pewno ograniczyć przyjęcia do szpitali, gdyby się zmieniło tą strukturę, to jest problem niezaspokojonych potrzeb, znowu tych potrzeb niezaspokojonych mamy więcej niż średnia europejska, znowu jesteśmy w lepszej sytuacji pewnie niż te kraje tutaj takie jak chociażby Portugalia czy Łotwa czy Grecja, ale jednak większość krajów europejskich ma zdecydowanie mniejszą liczbę osób o niezaspokojonych potrzebach i te wydatki widać one rosną niewątpliwie w Polsce, to nie ma tutaj co do tego wątpliwości, one rosną ciągle, jest dystans pomiędzy średnią europejską, a Polską, no i teraz dopóki tej dziury nie załatamy w jakiś sposób to boję się, że będzie bardzo trudno osiągnąć lepsze wskaźniki. Mamy zbyt wiele zasobów w sektorze szpitalnym, między innymi problemem w moim odczuciu jest to, że na przykładzie chociażby województwa małopolskiego mamy co najmniej 4-5 dysponentów opieki, czy decydentów w opiece zdrowotnej, mamy samorządy, mamy uczelnie, mamy branżowe szpitale typu MSWiA czy wojsko, mamy w końcu instytuty ogólnopolskie, jest kilku decydentów, nikt w mojej ocenie nie kontroluje systemu jako całości, a oprócz tego system został ustawiony na zysk i to zaczynając od lekarza rodzinnego, kończąc na szpitalu, a jak słusznie kiedyś powiedziała profesor Golinowska, zdrowie to nie jest towar, jak zaczynamy handlować tym, to doprowadzamy do takich patologii i to jak gdyby wpływa na ten brak systemu. i najważniejsze ustalenia podsumowując możemy powiedzieć tak, średnia oczekiwana długość życia rośnie, ale ciągle jest dużo niższa od średniej europejskiej i powiedziałem ostatnie 2–3 lata jest zatrzymanie pod tym względem. Mamy bardzo dużo czynników ryzyka, czy rozpowszechnionych, jak palenie tytoniu, otyłość, czy spożycie alkoholu i to jest duży problem szczególnie ta otyłość u dzieci. Bardzo wielu zgonów można by było uniknąć, gdyby nieco zmienić system i poprawić również prewencje, wydatki są ciągle za małe na opiekę zdrowotną, natomiast te bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych stanowią 23% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną, więc gospodarstwa domowe, u bardzo wielu mieszkańców Polski, pewnie małopolski również, no to jeżeli to jest 1/4 wszystkich wydatków to widać, że pacjent w bardzo dużym stopniu partycypuje w opiece zdrowotnej, to nie jest tak, że my możemy jeszcze przerzucić coś na pacjenta. Średni pacjent płaci bardzo, bardzo dużo. Niedobory pracowników, o czym powiedziałem, no i ciągle udzielanie świadczeń jest zależne od szpitali, a nie od opieki ambulatoryjnej. I teraz na koniec jeszcze takie kilka uwag, a propos wczorajszych rozważań, myślę, że w Krakowie bardzo ważne, czy w Małopolsce. Po tej stronie macie Państwo przekonania co jest ważne, żeby zmniejszyć produkcję CO2, to są badania prowadzone w Niemczech, ale myślę, że podobne również pewnie w Polsce by były, a to są fakty. Dyskusja o plastikowych torbach w sklepach, która stała się szalenie modna w ostatnim czasie, jest tematem zastępczym, wszyscy wierzymy, że to zmniejszy produkcję CO2 i poprawi nam ekologię, ale to nie ma żadnego znaczenie praktycznego, to co ma praktyczne znaczenie, zwracam uwagę, gdyby każdy zrezygnował przynajmniej z jednego lotu samolotowego w roku, to zdecydowanie miałoby to większy wpływ. Niektóre uniwersytety na Zachodzie dzisiaj już wręcz ograniczyły loty swoich pracowników, dbając właśnie o ekologię. Druga rzecz to jest ogrzewanie i izolacja właściwa i to w Krakowie widać wyraźnie pewne zmiany w tej dziedzinie i to co jak gdyby tutaj wysuwa się na pierwsze miejsce, to co nie jest postrzegane w ogóle przez obywateli, mówiąc krótko, przez Niemców, ale pewnie przez Polaków, konsumpcja mięsa to jest taka rzecz istotna, produkcja mięsa wiąże się z ogromnym zużyciem energii i gdybyśmy byli w stanie przestroić nasz sposób żywienia na bardziej ekologiczny, albo inaczej, na bardziej zielony, nie chcę powiedzieć wegetariański, ale tego typu, to byśmy niewątpliwie mogli zdecydowanie wpłynąć na produkcję CO2 i warto zwrócić uwagę, że jeszcze jedna rzecz, wyłączanie wszystkich komórek, telefonów i różnych innych, które są na stand by, które są ciągle włączone gdzieś tam, to wszystko generuje ogromne ilości energii i pożera energię, którą ktoś musi wyprodukować. To tak na marginesie, no i problem, który nas spotyka i będzie, starzenie się społeczeństwa to jest wyzwanie kolejne, istotne, to jest predylekcja czy przewidywanie dla świata w ogóle widać, że liczba osób starszych po 60. roku życia praktycznie się podwoi w ciągu najbliższych powiedzmy 40 lat, dla starzenia te same czynniki, które powiedziałem poprzednio, mają znaczenie, dostęp do opieki zdrowotnej ma wpływ, ale na zdrowe starzenie nie wpływa jakoś dramatycznie, zachowania zdrowotne, to gdzie żyjemy, a więc to zanieczyszczenie środowiska, to kim jesteśmy, a więc wykształcenie i tutaj pewnie ukłon do uniwersytetów trzeciego wieku, bo Państwo tutaj robicie znakomitą pracę, jeżeli chodzi o to pozytywne starzenie. No i ostatnie przeźrocze pokazujące to, że jednym z czynników, tu jest Polska na tle krajów OECD, w zakresie starszych osób korzystających z internetu. Wbrew pozorom istnieje coś takiego jak w tej chwili w Polsce obserwujemy, Polska jest na szarym końcu w wykorzystaniu internetu przez osoby starsze. To jest ogromne wyłączenie społeczne, że starsza osoba nie ma dostępu, nie potrafi, nie może z tego internetu korzystać i to jest jeszcze jedna definicja na koniec, ostatnie przeźrocze już, co to jest pozytywne starzenie? To nie tylko, żebyśmy byli sprawni, to nie tylko, żebyśmy byli zdrowi, ale po to, żebyśmy mogli robić w życiu to co nam sprawia przyjemność i to co dla nas stanowi wartość i to jest najważniejsze w tym wszystkim. Dziękuję bardzo.

Aleksander Gortat: Bardzo dziękujemy Panie profesorze, dzięki tej wypowiedzi jakże wartościowej mamy rys naszego spotkania, bo wątki, które dzięki Panu profesorowi pojawiły się w trakcie tego wystąpienia z całą pewnością będą rozwijane i rozszerzane, tym goręcej za ten wstęp dziękuję. Szanowni Państwo przejdźmy do naszej rozmowy, twórczego dialogu, nie mam co do tego żadnych wątpliwości, mam zaszczyt przedstawić teraz naszych ekspertów i prelegentów w kolejności alfabetycznej. Pani Wiesława Borczyk Prezes Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku, zapraszam, bardzo proszę o zajmowanie miejsc. Pani ****dr n. med. Marzena Dubiel****, specjalistka i Stowarzyszenie Lekarze Nadziei, już obecny w trakcie przemówienia wstępnego ****prof. dr hab. Tomasz Grodzicki, prorektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, dr Jerzy Gryglewicz****, ekspert rynku medycznego, Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie, jest z nami, tak że cieszymy się obecnością Pani prof. dr hab. Renata B. Kostogrys, doktor nauk rolniczych w zakresie technologii żywności i żywienia, adiunkt w Katedrze Żywienia Człowieka Uniwersytetu Rolniczego w Krakowie. Mam wielką radość powitać Panią prof. dr hab. n. med. Jadwigę Nessler kierownika oddziału klinicznego choroby wieńcowej i niewydolności serca z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie. Oto nasi eksperci, szanowni Państwo, zgodnie z moim nieśmiałym wstępem bardzo proszę o odniesienie się do wątków, które w naszym słowie wstępnym, w wystąpieniu Pana profesora już się pojawiły, z czym walczymy, to dobry punkt naszego spotkania, tym czymś z całą pewnością są choroby cywilizacyjne. Ja w tym zacnym gronie będę bardzo ostrożny w kontekście przytaczania danych, moja wiedza jest bardzo skromna i w zderzeniu z takimi autorytetami na pewno bardzo szybko będzie weryfikowana, ale z takich amatorskich poszukiwań wynika, że 80% zgonów aktualnie jest spowodowanych właśnie chorobami cywilizacyjnymi. Mówimy o zmieniającej się rzeczywistości i otoczeniu człowieka, zmieniających się nawykach, no i psującym się środowisku, co wywołuje bezpośredni wpływ na nasze organizmy i powoduje choroby cywilizacyjne. Pani profesor, bardzo serdecznie proszę o można powiedzieć Pani spojrzenie, Pani, czyli kardiologa, bo w przypadku chorób sercowo-naczyniowych możemy mówić o głównym zabójcy w naszym kraju.

* Jadwiga Nessler: Szanowni Państwo, przede wszystkim bardzo dziękuję za zaproszenie mnie do uczestniczenia w tym ważnym bardzo panelu, bo mówiącym o zdrowiu i mówiąc o najważniejszych czynnikach, które wpływają na nasze zdrowie, ja się do nich odniosę, natomiast są one powodem właśnie schorzeń układu sercowo-naczyniowego. Schorzenia układu sercowo-naczyniowego są obecnie głównym zabójcą, tutaj już Pan rektor mówił o tym, że na pierwszym miejscu są właśnie schorzenia układu sercowo-naczyniowego, a więc choroba niedokrwienna serca, zawały, udary i niewydolność serca jako ta jednostka chorobowa, która jakby jest końcowym etapem różnych schorzeń kardiologicznych i w związku z tym musimy zdawać sobie sprawę z tego, że te schorzenia nie biorą się z niczego. Te schorzenia są efektem wieloletnich nieprawidłowych sposobów odżywiania, stylu życia, który jest nieprawidłowy i tak zwanych obecności czynników ryzyka, czynniki ryzyka to są takie zachowania, które prowadzą niestety do powstawania miażdżycy, bo tak naprawdę konsekwencją miażdżycy są właśnie te schorzenia, o których mówimy tutaj jako głównie przyczyniające się do pogorszenia zdrowia naszych mieszkańców i wśród tych czynników trzeba zwrócić uwagę na takie, jak znane Państwu, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, zaburzenia gospodarki lipidowej, otyłość, o której była tutaj mowa już wcześniej, a także cukrzyca, która w ostatnim okresie bardzo często jest rozpoznawana właśnie w społeczeństwie polskim i te wszystkie czynniki ryzyka, niestety, ale decydują o powstaniu choroby. Powinniśmy, żeby zmienić tą sytuację, zapobiegać tym czynnikom ryzyka i to zapobieganie, zwane profilaktyką, jest bardzo ważnym elementem działania nie tylko nas lekarzy, ale także działań, które powinny rozpoczynać się już od najmłodszych lat, od szkoły, od rodziny, a następnie powinny być przenoszone na dorosłe życie, bo, jak to się mówi, czym skorupka nasiąknie za młodu, tym na starość trąci.

Aleksander Gortat: Oczywiście. Pani profesor zresztą wątek profilaktyki, no wyznaczyłbym jako osobny, bo przyzna Pani, jest bardzo osobny i bardzo ważny. Korzystając, że w ten sposób odebrałem Pani głos, chciałbym szanowni Państwo zarysować charakter tej debaty, teraz Pani profesor przypadła tak zwana rozgrzewkowa wypowiedź, natomiast byłbym bardzo wdzięczny i tutaj apel do wszystkich moderatorów, o przyjęcie swobodnej formuły, formuły dialogu, jeżeli ktoś z Państwa miałby ochotę uzupełnić wypowiedź swojego przedmówcy, jest to jak najbardziej wskazane, nie chciałbym żeby nasze spotkanie ograniczyło się do zbioru wypowiedzi eksperckich, ale na bazie właśnie takiego twórczego dialogu na pewno zbudujemy więcej, wierzę w to głęboko. Przepraszam za to, że przerwałem Pani profesor, do wątku profilaktyki przejdziemy wkrótce.

* Tomasz Grodzicki: To ja w takim razie, jeżeli można, to ja bym powiedział, że to może nie z czym walczymy, bo może najpierw się zastanówmy o co my walczymy tak naprawdę, bo jak będziemy wiedzieli o co walczymy i co byśmy chcieli to wtedy byśmy mogli powiedzieć, który z tych czynników z którym walczymy ma sens. Ja tak trochę prowokacyjnie, ale żeby to nie było tak właśnie…

Aleksander Gortat:Terminologia walki jest naznaczona w naszym temacie spotkania. Lider w walce o zdrowego mieszkańca, bardzo proszę.

* Tomasz Grodzicki: Czyli rozumiem, że naszym celem jest to, żebyśmy byli zdrowi, szczęśliwi, bogaci, uśmiechnięci codziennie rano. Walki o młodość to nie polecam, bo jest z góry skazana na porażkę, ale warto żebyśmy byli sprawni i jak powiedziałem, mogli w życiu robić to co lubimy i to jest też szalenie ważne, żeby w całości nie zapominać o tym, że walczmy z chorobami oczywiście, ale walczmy z tymi czynnikami, które powodują, że jesteśmy właśnie szczęśliwi, uśmiechnięci i możemy robić to co lubimy.

Aleksander Gortat:Bardzo proszę, spojrzenie żywieniowca.

* Renata Kostogrys: Bardzo dziękuję, że mogę tutaj uczestniczyć w tak zacnym gronie i tak jak Pan rektor powiedział, czynniki, które wpływają na stan naszego zdrowia, to w ponad 50% to jest styl naszego życia i nie mamy wątpliwości, że właśnie odżywianie jest takim czynnikiem, który możemy modulować i tu nie mamy co do tego wątpliwości. Najważniejszym sposobem utrzymania zdrowia i zmniejszenia ryzyka wielu chorób jest zbilansowana dieta, pytanie jak powinniśmy się odżywiać? Mamy zasady, Instytut Żywności i Żywienia wyraźnie podaje nam normy żywienia, które są nowelizowane. Co jakiś czas, w 2017 roku pojawiły się nowe znowelizowane normy żywienia człowieka, mamy piramidę, w 2019 pojawiła się piramida dla dzieci, wyraźnie wskazuje, jak powinniśmy się odżywiać i pytanie, czy się prawidłowo odżywiamy, no tutaj mam ogromne wątpliwości, Polacy popełniają bardzo wiele błędów żywieniowych.

Aleksander Gortat: I jakich? Gdyby je tak wylistować?

* Renata Kostogrys: Przede wszystkim, proszę Państwa, zastanówmy się, czy każdy z Państwa dzisiaj wyszedł z domu zjadając śniadanie, to jest popularny błąd, który popełniamy właściwie prawie codziennie, większość z nas. Druga rzecz, ile posiłków w ciągu dnia spożywamy, powinniśmy 3, 4 do 5 posiłków dziennie, my najczęściej spożywamy posiłki w pośpiechu, nie zwracamy uwagi na to co jest podstawą piramidy, a mianowicie teraz obecnie w tej naszej nowej piramidzie żywieniowej podstawą piramidy są warzywa, przede wszystkim warzywa plus owoce. Powinniśmy w każdym posiłku pamiętać o warzywach, a niestety, jest to bardzo różnie, więc błędów żywieniowych popełniamy bardzo wiele i to później konsekwencje są, tak jak Pani profesor powiedziała, czyli te choroby dawniej nazywane choroby cywilizacyjne, teraz mówimy, że to są przewlekłe choroby.
* Tomasz Grodzicki: Mogę wsadzić kij w mrowisko? Zapytam się.

Aleksander Gortat: Podejrzewam, że i tak Pan to zrobi.

* Tomasz Grodzicki: Ja zapytam Państwa wszystkich, kto z Państwa jest w stanie policzyć, ile kalorii zjadł dzisiaj na śniadanie. Kto jest w stanie policzyć sam, jedna Pani podniosła rękę, czy ktoś jest w stanie w miarę zbilansować to co zjadł, nie co zjadł, bo to wymieni, a ile kalorii to było.
* Jadwiga Nessler: Jak nie zjadł, to 0.
* Tomasz Grodzicki: Zakładam, że wszyscy jednak, mam nadzieję, zjedli śniadanie. No to po efektach to wagę postawimy z boku, ale to za chwilę Ale to jeszcze zapytam, czyli rozumiem, że jedna Pani tak, podnosi rękę, druga Pani po Cichoniu, to już są dwie osoby, które podnoszą, 3, 4, tam z tyłu 5. Ale tak naprawdę powiedzmy sobie, że jeszcze parę jest nieśmiałych. 10% z nas, co 10 osoba na tej sali, świadomych osób, jest w stanie policzyć ile kalorii zjadła, choćbyśmy nie wiem co mówili o cudownych dietach i bilansach i piramidach, my nie mamy świadomości ile kalorii my zjadamy dziennie, w ogóle tego nie kontrolujemy i tu jest chyba największy problem, że my powinniśmy jednak przede wszystkim mieć świadomość tego od małego dziecka, od małego, nie chcę powiedzieć od takiego, ale już od takiego, który idzie do szkoły, żeby potrafiło policzyć sobie kalorie i potrafiło zobaczyć ile tak naprawdę zje, a ile potrzebuje, bo to jest największy problem.

Aleksander Gortat: Panie profesorze, mam olbrzymią prośbę, proszę nie odkładać jeszcze mikrofonu, żebyśmy od razu definiowali, no adres ogródka, do którego wrzucamy kamyczek. Czy edukacja w tym przypadku szwankuje?

* Tomasz Grodzicki: Myślę, że moim zdaniem edukacja w szkołach to od tego trzeba zacząć. Myśmy taki projekt swego czasu robili w ramach projektu ministerialnego Polcard, adresowaliśmy program do dzieci, które miały wpływać i mobilizować swoich własnych rodziców. Oczywiście to w niektórych środowiskach działało, w niektórych nie, ale to dziecko wyedukowane w wieku lat 8, 10, 12 jest w stanie potem już sobie bilansować, czy świadomie czy nie, ale będzie miało przynajmniej świadomość tego co robi w życiu. To już jest część sukcesu, nie chcę powiedzieć, że to jest sukces, bo do sukcesu daleko.

Aleksander Gortat: Kilka razy wdech już brał Pan doktor Gryglewicz, bardzo proszę.

* Jerzy Gryglewicz: Tak, no Pan redaktor zasugerował żebyśmy prowadzili formę dyskusji, to ja wrócę może do tej tezy o tej walce o zdrowie. Koordynatorem walki o zdrowie jest Minister Zdrowia, Minister Zdrowia rok temu opublikował priorytety zdrowotne państwa, czyli wskazał mniej więcej te obszary, które są najbardziej istotne z punktu właśnie tej walki o zdrowie. Na pierwszym miejscu jest zmniejszenie przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia, tutaj wskazał udary mózgu, zawał mięśnia sercowego, również niewydolność serca. Na drugim miejscu zmniejszenie tej przedwczesnej umieralności z powodu chorób nowotworowych. Trzeci obszar to cukrzyca i czwarty, to szczególnie dla Małopolski jest istotne, przewlekła obturacyjna choroba płuc, czyli ta choroba, którą wywołują właśnie czynniki środowiskowe jakim jest palenie papierosów i zanieczyszczenie środowiska. Również jednym z priorytetów jest walka z otyłością, to jest problem, który oczywiście w związku z tym, że stajemy się coraz bardziej cywilizowanym krajem, narasta. Problemem w Polsce jest również tak zwana otyłość olbrzymia, która wymaga leczenia operacyjnego. W tej chwili widzimy taką tendencję, na przykładzie wielu celebrytów, że tego typu operacje dają spektakularne efekty, wydaje się, że to jest następny obszar, w którym będą wdrożone rozwiązania systemowe i tutaj trzeba pochwalić ośrodek krakowski, który jest liderem, jeśli chodzi o tak zwaną chirurgię bariatryczną, gdzie te efekty leczenia są spektakularne, gdzie w sposób skoordynowany i kompleksowy Uniwersytet Jagielloński narzucił pewną formułę nowych rozwiązań międzynarodowych i to jest ten konkretny obszar. Wspominaliście Państwo o edukacji dzieci, tu przewija się dyskusja, żeby wprowadzić, być może w przyszłym roku, do szkół przedmiot o nazwie zdrowie, który będzie tym elementem podstawy edukacji młodego pokolenia. Mamy świadomość, że program nauczania nacechowany jest na bardzo wiele istotnych elementów świata roślin, zwierząt, najmniej jest informacji o człowieku i w jaki sposób unikać pewnych zagrożeń cywilizacyjnych i w jaki sposób zrozumieć nasz system zdrowia, który jest niesłychanie skomplikowany. Pan profesor bardzo celnie przedstawił nasz system zdrowia punktując największe jego słabości, czyli nadmiar łóżek szpitalnych, niedobór lekarzy, niedobór pielęgniarek, niedobór finansowania i to co w tej chwili się dzieje, pewne tendencje, które są bardzo niekorzystne dla naszego systemu od strony zdrowia. Ten rok jest rokiem przełomowym, jeśli chodzi o nasz system, dlatego że pojawiły się pewne zdarzenia, które wcześniej nie miały miejsca, mianowicie, jak Państwo pewnie często z mediów słyszycie, zamykane są oddziały z powodu braku personelu medycznego, tego wcześniej nie było. Poziom zadłużenia polskich szpitali, jeśli chodzi o szpitale powiatowe sięgnął 95%, czyli mamy zupełnie niezbilansowany finansowy obszar, jeśli chodzi o finanse szpitali. On oczywiście zagraża w istotny sposób ich funkcjonowaniu, no i trzeci element, który jest bardzo niekorzystny, w zeszłym roku NFZ opublikował dane, że za większe środki wydatkowane w systemie ochrony zdrowia, NFZ sfinansował mniej świadczeń, czyli ta dostępność spada. Te środki poszły na wzrost wynagrodzeń personelu medycznego, bo w tej chwili NFZ finansuje również wynagrodzenia, co odbija się niekorzystnie dla pacjentów. Pan profesor zwrócił uwagę, że ponad 25% finansowania ochrony zdrowia jest ze środków prywatnych baterii, ja uważam, że ciut więcej, ponad 30% i ta tendencja rośnie. Dochodzi do pewnego negatywnego zjawiska, czyli prywatyzacji usług, ponieważ system publiczny jest niewydolny, doskonale rozwija się system prywatny, poradnie specjalistyczne, o których Pan profesor powiedział, widzimy negatywną tendencję, co roku 10% mamy mniej poradni finansowanych ze środków NFZ-u, gdyż to finansowanie tych świadczeń jest nieopłacalne. Teraz coś optymistycznego, no mamy jak gdyby tą diagnozę, tą diagnozą jest raport Najwyższej Izby Kontroli, który wskazał to, co Pan profesor powiedział, musimy zmniejszyć szpitale, musimy zmniejszyć liczbę organów założycielskich. W tej chwili największym problemem są szpitale powiatowe, NIK jednoznacznie wskazuje, że szpitale powinny być pod marszałkiem, co jest dosyć istotnym elementem, bo to zapewni nam pewną koordynację świadczeń i specjalizację tych oddziałów szpitalnych. Następnym elementem, przesunięcie całego ciężaru na leczenie ambulatoryjne, bo większość tych hospitalizacji to jest efekt nieefektywności w podstawowej opiece zdrowotnej w poradach specjalistycznych. Drugim takim bardzo pozytywnym elementem jest raport, który nazywa się Wspólnie dla Zdrowia, koordynatorem tego raportu tutaj również kłania nam się patron prezydent Polski, był Pan profesor Czauderna, szef doradców prezydenta w zakresie ochrony zdrowia i ten raport Wspólnie dla Zdrowia również pokazuje te pewne kierunki, konieczność konsolidacji w zdrowiu publicznym, o którym będziemy za chwilę mówić, ale również wdrożenie natychmiastowych reform, które pozwolą wykorzystać tą efektywność, słabą efektywność w naszym systemie, której nam brakuje.

Aleksander Gortat: Wspomniane NFZ niestety nie zdefiniował takiej usługi jak wsparcie dla moderatorów konferencji, którzy próbują utrzymać w ryzach takie sławy naukowe. Przypominam zaczęliśmy od chorób cywilizacyjnych, jesteśmy już daleko w diagnozie sytuacji na rynku polskich usług medycznych, ale będziemy się starać, do usług medycznych z całą pewnością jeszcze dojdziemy. Teraz chciałbym, bo to dla mnie wielka radość, skorzystać z okazji, że w naszym gronie jest specjalistka geriatra, bo nie jest chyba żadną tajemnicą, że demencja chorobą cywilizacyjną jest, nieprawdaż?

* Marzena Dubiel: Tak.

Aleksander Gortat: Dziękuję bardzo za wypowiedź.

* Marzena Dubiel: Krótko, demencja jest chorobą cywilizacyjną, jeżeli przyjrzymy się definicji demencji i przyjrzymy się definicji chorób cywilizacyjnych, czyli że są to choroby, które są związane z negatywnymi aspektami rozwoju cywilizacji i dodatkowo weźmiemy pod uwagę fakt, że czasami określenie choroby cywilizacyjne bywa zamieniane określeniem choroby stylu życia, to w przypadku większości otępień, jesteśmy w stanie zidentyfikować cały szereg elementów związanych ze stylem życia, które ryzyko otępień zwiększają. I to są wspomniane już tutaj dzisiaj sprawy związane z dietą, czyli taka wysoko przetworzona dieta, bogata w tłuszcze zwierzęce, w tłuszcze trans, z dużą zawartością cukru, wysokokaloryczna, palenie papierosów, picie alkoholu, niewystarczająca aktywność społeczna, samotność i izolacja społeczna, to są wszystko elementy stylu życia na które potencjalnie mamy wpływ i które są związane z ryzykiem wystąpienia otępień, ale jeżeli rozmawiamy o otępieniach jako chorobach cywilizacyjnych to myślę, że niezbędne jest powiedzenie jeszcze o dwóch rzeczach, a mianowicie o tym, że po pierwsze takie klasyczne choroby cywilizacyjne do otępień prowadzą, takie jak wymienione już przez Panią profesor nadciśnienie tętnicze czy hipercholesterolemia, stany przedcukrzycowe, cukrzyca, otyłość, to są wszystko te choroby, klasyczne choroby cywilizacyjne, które zwiększają ryzyko otępienia i które są bardzo istotne w etiopatogenezie otępień, czyli w tym w jaki sposób otępienia powstają i to nie tylko otępienia naczyniowe, ale także otępienia klasyczne, otępienia neurodegeneracyjne, jak choroba Alzheimera. I jeszcze jedna niezwykle ważna rzecz, o niej się od ostatnich lat bardzo wiele mówi, ona jest istotna z punktu widzenia rozwoju cywilizacji, rozwój przemysłu, postępująca degradacja środowiska, rozwój handlu, transportu, rozwój dużych aglomeracji miejskich, prowadzi do zanieczyszczenia powietrza i o ile powiedzmy, kilkanaście lat temu mogliśmy powiedzieć takie słowa, że oddychanie złym powietrzem, o złej jakości, zwiększa ryzyko otępienia, o tyle dziś z dużym prawdopodobieństwem na podstawie badań, które zgromadziliśmy, możemy powiedzieć, że oddychanie powietrzem o niskiej jakości powoduje i prowadzi do otępienia, czyli jakby siła dowodów jest bardzo duża. Jeżeli będzie chwila to będę chciała jeszcze o tym trochę więcej powiedzieć.

Aleksander Gortat: Bardzo chętnie do tego wrócimy szanowni Państwo, ten wątek warto podkreślić, nie wiem czy ktokolwiek z Państwa zdawał sobie z tego sprawę, że smog wpływa również na ten obszar ludzkiego zdrowia. Pani doktor, jeżeli jesteśmy już przy demencji, czy można zmniejszyć ryzyko jej występowania.

* Marzena Dubiel: Tak, można.

Aleksander Gortat: Dziękuję bardzo.

* Marzena Dubiel: I to jest w ogóle…
* Tomasz Grodzicki: A ja powiem może, Marzena, że nie można. To znaczy tak, częstość można, natomiast ilość chorych z demencją będzie rosła, bo się starzejemy.
* Marzena Dubiel: Tak, ilość oczywiście.
* Tomasz Grodzicki: Więc my możemy, że jak tutaj siedzimy to, powiedzmy sobie, zmniejszymy szanse rozwinięcia demencji, ale jak dobrze pójdzie wszyscy osiągniemy setnego roku życia, to w związku z tym osób z demencją nam przybędzie.
* Marzena Dubiel: Tak rzeczywiście, musimy tutaj dbać o higienę języka, więc zapadalność możemy zmniejszyć, natomiast biorąc pod uwagę fakt, że się starzejemy, a najsilniejszym czynnikiem ryzyka ciągle pozostaje starość, więc globalnie ilość osób starych będzie przybywać, więc nawet zmniejszając zapadalność, ilość chorych prawdopodobnie przybywać będzie i takie są prognozy. Natomiast czy można zmniejszyć ryzyko, ja tak zrozumiałam pytanie, oczywiście można i przez wiele lat otępienia były uważane za choroby, którym się nie da zapobiegać. Co więcej, były uważane za pewien etap życia w starości. Dziś wiemy, że to są choroby o poważnym rokowaniu i wiemy też, że potencjalnie mamy wpływ na zmniejszenie ich ryzyka. Jest taki bardzo ciekawy model, jeśli mogę bardzo szybko o nim powiem, to jest model właściwie matematyczno-statystyczny stworzony przez profesor Livingstone, która zajmuje się szeroko rozumianą profilaktyką otępień i proszę sobie wyobrazić, że do tego modelu włączono 9 najczęstszych czynników ryzyka otępienia, które są możliwe do modyfikacji, część z nich już dzisiaj wymieniłam i czy Pan redaktor ma pomysł o ile procent zmniejszyć ilość nowych przypadków otępienia?

Aleksander Gortat: Chętnie odpowiem na to pytanie. Nie mam pomysłu.

* Marzena Dubiel: Uważa się, że nawet 35%, oczywiście gdyby całkowicie wyeliminować najczęściej występujące, potencjalne możliwe czynniki ryzyka otępienia, to w tym teoretycznym modelu, który opiera się na danych demograficznych i na danych zgodnych z medycyną opartą na faktach, moglibyśmy potencjalnie mieć tak duży wpływ na redukcję ryzyka wystąpienia otępienia. I chciałam tutaj wspomnieć jeszcze o jednej rzeczy, jest taki aspekt genetyczny otępienia po 65 roku życia, to jest wariant pewnego genu dla apolipoproteiny, to się nazywa wariant E4 tego genu, rzeczywiście sporo pacjentów w takiej codziennej praktyce boi się czynnika genetycznego, często zdarza się, że trafiają do gabinetu Panie z problemami z pamięcią do diagnostyki otępień, które mówią, moja mama choruje, babcia chorowała, być może ja jestem genetycznie zagrożona i gdyby do tego samego modelu o którym przed chwilą wspomniałam wstawić ten wariant E4 apolipoproteiny E, to redukcja nowych przypadków otępienia wynosiłaby 7% w tym samym modelu. Czyli ta waga tego genetycznego składnika schorzenia, którego tak bardzo niektórzy się obawiają, być może nie jest tak duża jak sumaryczny wpływ pewnych potencjalnych, związanych ze stylem życia, bądź modyfikacją czynników ryzyka i leczeniem schorzeń naczyniowych prowadzących do otępienia i schorzeń metabolicznych. A jeszcze chciałam Państwu powiedzieć, że w ogóle są takie badania, które pokazują, że jak pytać ludzi, czy uważacie, że macie realny wpływ na zmniejszenie swojego ryzyka udaru mózgu, czy zawału serca, to większość osób odpowiada tak. To nawet 70% ludzi deklaruje, że ma świadomość, że może zredukować ryzyko, natomiast jeżeli chodzi o takie pytanie czy macie Państwo jakiś wpływ na rozwój choroby Alzheimera, to takie przekonanie ma zaledwie 30%, a te działania prewencyjne to nie jest tylko zmniejszenie ryzyka, ale to jest także szansa na przesunięcie w czasie czy jakby odsunięcie w czasie momentu pojawienia się choroby i to rzeczywiście w skali globalnej może mieć olbrzymie znaczenie, są takie szacunki, które pokazują, że przesunięcie momentu pojawienia się choroby globalnie o rok, to na poziomie 2050 roku może oznaczać około 9 milionów mniej ludzi z chorobą Alzheimera, więc to nie tylko zmniejszenie ryzyka, ale także przesunięcie momentu pojawienia się choroby w czasie.

Aleksander Gortat: To są szokujące dane, z Panią doktor macie jeden punkt wspólny.

* Tomasz Grodzicki: Ja myślę wiele mamy, zacznijmy od doktoratu, nie będę mówił o szczegółach, który miałem przyjemność być promotorem, ale ja myślę, że jedno tylko powiem, że…

Aleksander Gortat: I wszystko jasne, Pan profesor w swojej prezentacji miał co najmniej kilkanaście ostatnich slajdów, z tego co naliczyłem, a Pani doktor kilkanaście ostatnich zdań w swojej wypowiedzi.

* Tomasz Grodzicki: Tak, dokładnie, a ja tylko powiem dwie rzeczy, wracając do systemu i do tego jakie są potrzeby w związku z tym. Jedną rozwiązuje w jakiś sposób Pani prezes tutaj, to znaczy to, że edukacja jest takim najsilniejszym czynnikiem prewencji demencji, to co do tego nie mamy wątpliwości. A druga rzecz, no to my musimy przestroić system opieki, chociaż mamy sukces w udarach, demencji w perspektywie, będziemy wymagali coraz więcej wzmocnienia systemu opieki społecznej i dzisiaj system opieki społecznej jest oderwany od Ministra Zdrowia, to jest jeden defekt, systemowy i to jest pytanie co z tym zrobić. A druga rzecz, my musimy mieć jakiekolwiek dzisiaj dane, że będzie potrzeba coraz więcej domów opieki i wsparcia opiekunów w domach, bo to jest gigantyczny dzisiaj problem jak mówimy o Małopolsce, czy o Polsce w ogóle i to jest pytanie, jak ich wesprzeć, a jak nie dają rady, to co wtedy i tu, żeby ci chorzy nie lądowali w tych szpitalach i tylko tak naprawdę żeby był dla nich system ciągłości pewnej opieki, bo choćby nie wiem co to tej demencji, niesprawności, nie w 80 roku, tylko w 85 roku życia będzie jednak tych chorych przybywało.

Aleksander Gortat: To jest bardzo istotny wątek, który bardzo się cieszę, że padł w trakcie naszej wypowiedzi, społeczeństwo starzeje się, a więc wyzwania przed służbą zdrowia jako systemem także się zmieniają, bardzo dziękuję za te dwa uzupełnienia. Jeszcze na temat chorób cywilizacyjnych ani słowa. Pani Wiesława Borczyk może to zmienić. Bardzo proszę.

* Wiesława Borczyk: Proszę Państwa, reprezentuję Ogólnopolską Federację Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku, co to za uczelnie te uniwersytety trzeciego wieku? Dla ludzi 60+, tak najogólniej to się nazywa, po prostu ludzie, którzy przechodzą na emeryturę, a jak wiemy zmienił się system emerytalny, 2 lata temu ponad 300 000 osób w tym wieku zwolniło rynek pracy, zasiliło właśnie grupę Polaków emerytów i w tej chwili w skali kraju, jak podaje Główny Urząd Statystyczny, takich osób w wieku 60+ na ogólną populację Polaków 38,2 miliona mamy ponad 9 milionów osób. To jest skala problemu, proszę Państwa, w tym również GUS zajął się badaniem uniwersytetów trzeciego wieku, to zaledwie od 3 lat się dzieje, niemniej jednak daje to pewien obraz, jak w tej populacji 9 milionów seniorów w Polsce, bo tak się to potocznie określa, uniwersytetów trzeciego wieku, jest 640, w sensie placówek, zrzeszają zaledwie 113-115 tysięcy osób. To nam pokazuje problem, że stworzyliśmy strukturę, uniwersytety trzeciego wieku powstały w Polsce jako inicjatywa właśnie edukacyjna, edukacji przez całe życie dla osób starszych, w Warszawie w 1975 roku, w przyszłym roku mamy 45-lecie tej działalności, to nie jest systemowe rozwiązanie państwa, to przede wszystkim inspiracjami właśnie takiego edukowania przez całe życie, na początku były uczelnie wyższe i to w Warszawie w ramach uczelni wyższych powstał taki uniwersytet trzeciego wieku, Kraków, tutaj w Małopolsce rozpoczął tą działalność w 1982 roku i muszę powiedzieć, że województwo małopolskie jest swego rodzaju liderem w ogóle w podejmowaniu tematów starzejącego się społeczeństwa. Nie wiem czy Państwo wiecie, ale również w ramach tych spotkań, tych Konferencji Krakowskich, już po raz któryś mówimy o tematach związanych z tym co zrodziło się w Małopolsce jako pierwsze, w pierwszym województwie, to były wyzwania starzejącego się społeczeństwa, Małopolska rozpoczęła te działania jeszcze wtedy, kiedy marszałkiem województwa był pan Marek Nawara, a Pani profesor Golinowska, o której Pan profesor Grodzicki był uprzejmy wspomnieć, współpracuje zresztą bardzo aktywnie z naszymi uniwersytetami trzeciego wieku, Pani profesor Golinowska była konsultantem merytorycznym, naukowym, tego całego przedsięwzięcia, właśnie tej pierwszej w Polsce strategii pod nazwą „Wyzwania starzejącego się społeczeństwa Małopolski” i stąd te nasze wzorce również zostały przejęte dzięki Panu Ministrowi Kosiniakowi-Kamyszowi, który był Ministrem Pracy i Polityki Społecznej w latach 2012-2015, ponieważ nigdy przedtem w Polsce nikt nie zajmował się polityką senioralną, drodzy Państwo. To dzięki temu, że Unia Europejska, Komisja Europejska, Parlament Europejski ogłosił w całej Europie rok 2012 rokiem aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej, to właśnie Kraków już był właśnie w tym szeregu i Małopolska, że myśmy już o tym temacie rozmawiali i dyskutowali na forach samorządowych i później rządowych i dzięki temu też stworzyła się jakby taka przestrzeń do dyskusji o seniorach w sensie pozytywnym, jeżeli przechodzisz na emeryturę w 60 roku życia, jeszcze przed tobą jest średnio około 20 lat życia, jeżeli chodzi o kobiety, bo mężczyźni trochę krócej żyją, to trzeba jakoś sensownie zagospodarować ten czas, trzeba w tym czasie stworzyć możliwość przede wszystkim, warunki, bo to nie jest grupa, która pójdzie walczyć Panie redaktorze, to nie są ludzie zdani do walki, ale mimo wszystko są to ludzie szalenie, powiedziałabym, konstruktywni w sensie zaplanowania tego swojego życia.

Aleksander Gortat: Chciałoby się powiedzieć, że w takim razie, jeżeli Pani tak mówi, to nie zna Pani mojej mamy, też jest z uniwersytetu trzeciego wieku.

* Wiesława Borczyk: Ale ta walka chyba trochę inaczej jest przez nią rozumiana, może w ten sposób bym powiedziała.

Aleksander Gortat: Tutaj postawiłbym kropkę i zresztą do wątku uniwersytetu trzeciego wieku byśmy powrócili na pewno. Profilaktyka, zalotnie wręcz spoglądam w kierunku Pani profesor wierząc, że przez chwilę przytrzymamy się bardzo mocno i merytorycznie tego wątku. Profilaktyka, szanowni Państwo, od której zależy wiele i która już teraz, tutaj w trakcie tej rozmowy była odmieniana przez wszystkie możliwe przypadki. Zacznijmy od kwestii definicyjnej i zastanówmy się czy i jak Polacy o siebie dbają, a przede wszystkim chyba warto stwierdzić, po raz kolejny, że profilaktyka jest tańsza niż leczenie. Bardzo proszę Pani profesor.

* Jadwiga Nessler: Profilaktyka jak z greckiego profilaksis to jest zapobieganie, czyli zapobieganie wystąpieniu schorzeń, mówimy tutaj o profilaktyce zdrowotnej w służbie zdrowia, to po prostu zapobieganie chorobom. I mówiąc o profilaktyce musimy sobie zdawać sprawę, że mamy różnego rodzaju profilaktyki, ta pierwotna, czyli taka szeroka populacyjna, ma za zadanie zapobiegania wystąpieniu schorzeń, na przykład schorzeniom cywilizacyjnym, ale nie tylko bo tutaj może mieć ona charakter, albo swoisty, czyli na przykład szczepienia są przykładem takiej profilaktyki swoistej, albo może mieć charakter nieswoisty, czyli właśnie pewne schematy postępowania pozwalają na zapobieganie w wystąpieniu pewnych schorzeń, w tym cywilizacyjnych, a więc otyłości, cukrzycy, generalnie miażdżycy. Mamy również tak zwaną profilaktykę wtórną, czyli to jest to z czym spotykamy się często, że w pewnych populacjach może wystąpić zwiększone ryzyko wystąpienia jakichś schorzeń i wtedy poprzez badania profilaktyczne, my mamy możliwość wczesnego zidentyfikowania tego schorzenia, konkretnego i włączenia wczesnego leczenia i to jest ta wtórna profilaktyka, przykładem tutaj jest chociażby wczesne rozpoznanie nadciśnienia tętniczego, zaburzeń gospodarki lipidowej, czy wykonywanie mammografii, żeby jak najwcześniej rozpoznać raka sutka i, no to są te działania, które w kardiologii mają bardzo duże znaczenie, zarówno ta pierwotna jak i wtórna. No i mówimy jeszcze o tym trzecim rodzaju profilaktyki, tak zwanej trzeciorzędowej, ona dotyczy populacji już, w której jest choroba i pewnych takich działań, które mają poprawić jakość życia, na przykład wdrożenie rehabilitacji, czy inne działania, zapobieganie na przykład powikłaniom chorobowym. W niewydolności serca taką profilaktyką trzeciorzędową jest właśnie to, o czym mówiliście Państwo tutaj, czyli zapobieganie hospitalizacjom poprzez właśnie wczesne wykrywanie objawów chorobowych i zatrzymanie pacjenta na etapie właśnie leczenia ambulatoryjnego, a nie leczenia szpitalnego i tutaj w tym zakresie oczywiście możemy mieć różne bardzo działania, ale zawsze powinny być systemowe.

Aleksander Gortat: Czy ja mogę o drobną pauzę poprosić, Pani profesor, bardzo bym żałował, gdyby jakiekolwiek Pani słowo umknęło, a umyka z uwagi na odległość mikrofonu od ust. O, tak będzie na pewno dużo lepiej, serdecznie dziękuję. Skoro już przerwałem, pytanie, z którym może się Pani uporać kiedykolwiek bądź w trakcie wypowiedzi, chciałbym dowiedzieć się, jak ta profilaktyka wygląda w Pani branży, w Pani przestrzeni medycyny, w której się porusza, bo stwierdziliśmy jasno i wyraźnie, że to jest przestrzeń najbardziej zapalna, jeśli chodzi o choroby cywilizacyjne. Bardzo proszę.

* Jadwiga Nessler: W kardiologii profilaktyka odgrywa ogromną rolę, ponieważ my możemy społeczeństwo nauczyć tego, żeby nie doszło do rozwoju tych czynników ryzyka, o których mówiłam, nadciśnienie, hipercholesterolemia wtórna, czyli musimy zwalczać te czynniki ryzyka, żeby nie doszło do miażdżycy, no i trzeciorzędowa, to co już mówiłam o tym, że możemy zapobiegać bezpośrednio już pewnym zaostrzeniom konkretnych jednostek chorobowych. Te działania są różne, jeżeli chodzi o to co dzieje się w Krakowie to uczestniczymy rzeczywiście jako środowisko medyczne w różnego rodzaju akcjach profilaktycznych i tutaj chcę powiedzieć, że właśnie Kraków był pierwszym miastem w Polsce, gdzie odbył się Światowy Dzień Serca, który właśnie był taką akcją o charakterze profilaktyczną, dedykowaną mieszkańcom Krakowa, ten Dzień Serca, odbywa się już od 16 lat na rynku głównym i właśnie tutaj miasto wspiera tą inicjatywę. W tym dniu można zasięgnąć różnych informacji dotyczących zdrowia i właśnie profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego. Drugą taką akcją, która została również po raz pierwszy przeprowadzona w Krakowie, był Dzień Niewydolności Serca, taki dzień obchodzony jest w świecie już od chyba 16-17 lat, natomiast my dołączyliśmy w 2014 roku, właśnie w Krakowie po raz pierwszy taki dzień świadomości tej choroby się odbył. Dlaczego to jest takie ważne? Dlatego że, jak już wspomniałam, niewydolność serca jest tym ostatnim etapem uszkodzenia serca i bardzo często chorują na to osoby starsze, osoby, które nawet nie wiedzą, że mają niewydolność serca i w związku z tym jej nie leczą, ponieważ mając wiele różnych innych schorzeń, to jakby jest zamaskowane, dlatego tak ważne jest, żeby była edukacja i była świadomość, że jest taka choroba, którą można skutecznie leczyć i której przede wszystkim można skutecznie zapobiegać jeżeli stosuje się odpowiednie działanie. Oczywiście każda z klinik, czy każdy z oddziałów krakowskich ma swoje akcje prowadzone w obrębie już samego szpitala, kiedyś mówiliśmy, że to są białe soboty, czy jakieś inne dni, kiedy przyjmujemy pacjentów, kiedy właśnie chcemy robić takie akcje przesiewowe, żeby wykryć pewne jednostki chorobowe, a później przyczynić się do zwiększonej możliwości wdrożenia leczenia u tych osób.

Aleksander Gortat: Pani profesor i szanowni Państwo, dochodzimy, mam nadzieję, do momentu przeze mnie bardzo lubianego, mianowicie momentu, w którym moderator staje się powoli zbędny w dyskusji. Mianowicie, eksperci zaczynają rozmawiać między sobą i jest pytanie do Pani, bardzo proszę Pani prezes.

* Wiesława Borczyk: Jeżeli mogę do Pani profesor się zwrócić, powiedziała Pani o bardzo cennych inicjatywach nazywając je po imieniu, akcje, a ja ponieważ mam świadomość jak wygląda działalność uniwersytetów trzeciego wieku, które prowadzą działalność codzienną praktycznie, od października do czerwca każdego roku i to są głównie ich słuchaczami ludzie starsi ja chciałabym zapytać jednocześnie bardzo serdecznie, w imieniu środowiska słuchaczy uniwersytetów, ale również i innych klubów seniora, centrów aktywności seniora, zapytać Państwa jako lekarzy, jako specjalistów, bo wiem, że jesteście zajęci i na uczelniach i w szpitalach i zajmujecie się pracą naukową, kiedy znajdziecie czas ażeby spotykać się z nami, ewentualnie prośba o waszych studentów, o waszych doktorantów. Chodzi o to, ażeby stworzyć w miarę możliwą płaszczyznę do bieżącego kontaktu specjalistów właśnie z ludźmi, którzy tej wiedzy najbardziej potrzebują, ja jeszcze nawiążę jedno zdanie do tego co Pani profesor powiedział, że warto włączyć dietetykę, zasady dietetyki, to liczenie kalorii do edukacji szkolnej, ja pójdę krok dalej, do edukacji przedszkolnej, mój wnuk, który ma 4 lata, proszę Państwa, on świetnie zna telefon jaki jest na policję, ratunkowy, jaki jest telefon do straży pożarnej i on świetnie to również w formie zabawowej nam w domu demonstruje. Myślę, że to jest doskonały momenty, 4-5-latków uczyć co ty jesz na śniadanie i ile to jest kalorii, zostanie na pewno na całe życie, dziękuję.
* Tomasz Grodzicki: Ja odpowiem może na to pytanie, ja myślę, że jako przykład podam, zawsze kontakt musi być w dwie strony, ja mogę powiedzieć, do mnie się zgłosiło koło seniorów z Salwatora, czy dwa koła seniorów, 2 miesiące temu czy 3 miesiące temu, żeby zorganizować właśnie cykl spotkań i ten cykl się toczy w tej chwili, odbyły się dwa spotkania, w przyszłym tygodniu jest kolejne spotkanie w związku z tym, myślę, że nikt z nas jak tutaj siedzimy, czy Pani profesor, Pani profesor, Pan profesor, Marzena, czy ja, nikt z nas nigdy nie odmówi, ale jednak chcielibyśmy, żeby inicjatywa wychodziła od Państwa, bo najgorzej jak my zaczniemy narzucać spotkania, jeżeli koła seniorów uniwersytetu trzeciego wieku współpracujemy już nie powiem ile lat, bo nie będę nikomu wypominał, ale wiele lat.
* Wiesława Borczyk: W Małopolsce jest ich 70, tych uniwersytetów.
* Tomasz Grodzicki: Myślę, że nikt z nas nigdy nie odmówi, tutaj, jak powiedziałem, tego typu działania prowadzimy.
* Wiesława Borczyk: Ale nie wszystkie są w Krakowie, przepraszam, że tak się włączam w treść, bo tu się pokazuje problem również ludzi, którzy mieszkają poza aglomeracjami i tu jest ten problem z dotarciem również. Ja też proszę pod uwagę ewentualnie rozważenie wykształcenia tak zwanych promotorów zdrowia, bo być może z pewnej grupy ludzi, która mogłaby przejść odpowiednie szkolenia, również tych w wieku przedemerytalnym czy wczesnej emeryturze, mogliby być bardzo przydatni właśnie jako wspomagająca kadra edukatorów.
* Jadwiga Nessler: Ja, odpowiadając jeszcze na pytanie, chciałabym podkreślić, że w szpitalu Jana Pawła II również są systematycznie prowadzone szkolenia właśnie dla seniorów, tak że można w nich uczestniczyć. Mamy tam swoje wykłady jako lekarze i to jest też nasz wkład do edukacji, poza tym wydaje mi się, że edukacja jest bardzo ważnym elementem, który powinniśmy wszyscy rozwijać z uwagi na to, że już pomijam to co wcześniej było powiedziane, ale na przykład jeżeli chodzi o leczenie pewnych schorzeń, to tutaj bardzo ważna jest świadomość tego, żeby pacjent, który ma konkretną chorobę wiedział na czym ta choroba polega i był partnerem w tym całym toku leczenia, stąd ważne są te wszystkie działania, na przykład zmiany systemowe dotyczące opieki koordynowanej, wprowadzania opieki koordynowanej, w różnych jednostkach chorobowych takim przykładem jest Kod Zawał, a teraz będzie właśnie KONS, czyli koordynowana opieka nad pacjentami z niewydolnością serca i tutaj wiele różnych punktów jest poświęconych edukacji. Ten edukator, pielęgniarka czy inna osoba, jest cały czas przy pacjencie, bo tylko wtedy będziemy mieć sukces, jeżeli pacjent będzie współpracował z lekarzem.

Aleksander Gortat: Pani profesor, czy to nie jest tak, szanowni Państwo, że te szkolenia, o których mówimy czy spotkanie, moim zdaniem większość tych wykładów i prelekcji mogą trwać co najwyżej 15 sekund, chodź regularnie do lekarza i się badaj, można dodać, do cholery.

* Jadwiga Nessler: A teraz są w poczekalni.

Aleksander Gortat: No to się zgadza oczywiście, bo to już jest kwestia systemu. Pytanie, czy zbudowanie tego nawyku profilaktyki jest kwestią bardzo skomplikowaną, to już jest, jak gdyby, spojrzenie Państwa od środka systemu, bardzo proszę Pani profesor.

* Renata Kostogrys: Ja jeśli mogłabym włączyć się jeszcze w dyskusję, to chciałam podkreślić, że to się już dzieje, to co powiedziała Pani profesor, my, jako Uniwersytet Rolniczy, włączamy się i w uniwersytety trzeciego wieku i nie tylko w Krakowie. Ja osobiście miałam przyjemność prowadzić w Krynicy na przykład takie szkolenia, ale dodatkowo też włączamy się to, o czym mówił pan rektor, w szkolenie małych dzieci, włączamy się w uniwersytet dzieci, również prowadzimy różnego rodzaju zajęcia jako Uniwersytet Rolniczy również byliśmy w projekcie ABC Zdrowego Żywienia, więc to się dzieje, ta profilaktyka, to szkolenie jest, natomiast to co chciałabym jeszcze tutaj dołożyć do tej dyskusji. W 2019 roku teraz pojawiły się wyniki ankiety zapytano około ponad 1000 Polaków jak dbają o zdrowie i czy są zadowoleni o swoją troskę, o stan zdrowia i proszę sobie wyobrazić, że ponad 70% Polaków powiedziało tak, my jesteśmy raczej zadowoleni z własnej troski o swoje zdrowie, co więcej z badań wynika, że najbardziej popularnym dbaniem o zdrowie jest spożywanie warzyw, spożywanie owoców, jest aktywność fizyczna o której też należy wspomnieć, te badania profilaktyczne są niestety trochę niżej, ale proszę zwrócić uwagę, że Polacy wiedzą, że należy odżywiać się prawidłowo, natomiast ja wrócę do pierwszej mojej wypowiedzi, a mianowicie wiemy, ale jak stosujemy w praktyce? My bardzo dużo wiemy na ten temat, znamy normy, znamy piramidy, natomiast już w praktyce stosujemy, niestety, ja powiedziałabym bardzo niewiele, aktywność fizyczna w naszym przypadku ogranicza się do pchania wózków w supermarkecie, do którego jedziemy samochodem, no bo któż będzie dźwigał zakupy, więc niestety, jeśli chodzi o stosowanie tych zaleceń, które gdzieś tam już dbamy o to jako naukowcy, żeby były, jest, no niewystarczające.
* Jerzy Gryglewicz: Ja bym chciał doprecyzować kwestie związane z tą szeroko pojętą profilaktyką, dzieląc ją jak gdyby na trzy obszary, pierwszy obszar, o którym mówimy, to edukacja prozdrowotna, gdzie mówimy jak zapobiegać chorobom. Dobszarem to jest wykrywanie wczesne chorób o którym tutaj zapomnieliśmy ten przykład Pani profesor, może jest dosyć istotny, a trzeci to zapobieganie powikłaniom, to już jak ktoś ma chorobę to poprzez odpowiedni styl życia i odpowiednie nawet przyjmowanie określonych leków, może tym powikłaniom zapobiec. Ja bardzo doceniam uniwersytety trzeciego wieku, też miałem okazję współpracować z jednym z uniwersytetów, bo na przykład bardzo istotne i dosyć proste, jak zapobiegać złamaniom osteoporotycznym u osób starszych, zwłaszcza u pań, taki pierwszy program został zorganizowany w Małopolsce, powiat Nowosądecki realizuje ten program dla swoich mieszkańców, bo to co jest istotne, to również Państwo jesteście w stanie wywołać pewną presję na samorządy, które mogą takie programy dla tych mieszkańców danego samorządu realizować. W tej chwili 300 samorządów realizuje programy profilaktyki zdrowotnej na wiele chorób nacechowanych i choroby krążenia i nowotwory i tą osteoporozę i właśnie ten przykład ten osteoporozy to współpracowałem z Uniwersytetem Trzeciego Wieku w Wałczu, gdzie z inicjatywy właśnie tych osób, gdzie często dochodzi w tym wieku do złamań, był pomysł w jaki sposób stworzyć taki program, gdzie po prostu identyfikuje się osoby, które są szczególnie zagrożone złamaniem i podejmuje się działania mające na celu zapobieganie, ale właśnie to uniwersytety trzeciego wieku wywołały tą presję, gdzie samorząd powiatowy będzie to finansował, bardzo ważną i istotną rzeczą jest to, że od 2 lat jest zmiana, NFZ dofinansowuje programy samorządowe, czyli jeśli Państwo poprzez uniwersytety stworzycie jak gdyby pewien pomysł jaka jednostka chorobowa, czy jakie schorzenie, czy jaki obszar prozdrowotny jest istotny, to sądzę, że napisanie tego programu i sfinansowanie przez samorząd może być dosyć istotne, bo to jest dla Państwa najbardziej istotny element i tutaj sądzę, że na pewno pojawią się eksperci, którzy Państwu pomogą stworzyć tego typu rozwiązania.
* Wiesława Borczyk: Dziękuję bardzo, jeżeli można odpowiem w ten sposób, takie działania generalnie uniwersytety realizują na terenie kraju i ta współpraca z samorządami, a szczególnie lokalnymi w gminach, w miastach, jest właściwie bieżąca, natomiast to nie załatwia problemu, bo w dużym stopniu jest jeszcze mnóstwo ludzi, którzy nie angażują się w działalność edukacyjną, nie angażują się w działalność ani klubów seniora, po prostu praktycznie mało kiedy wychodzą z domów i to jest duży problem, ogromny problem całego społeczeństwa i również środowiska lekarskiego, medycznego. Widzimy także potrzebę stworzenia takiej opieki środowiskowej w przypadku chorób psychicznych, na przykład, no bardzo trudny jest kontakt ze szpitalem i szpitale nawet krakowskie, które dosyć mają dobrą opinię, jeżeli chodzi o działania w zakresie profilaktyki zdrowia psychicznego, to jednak wypadałoby i myślę, że w tym gronie też taki apel może jeżeli mogę skonstruować stworzyć pewne minimum programowe, ponieważ również oprócz profesjonalistów przyjeżdżają na wykłady różni eksperci i różni amatorzy eksperci, tak bym powiedziała, stąd też myślę, że środowisko medyczne też byłoby tutaj szalenie nam przydatne i potrzebne, ażebyśmy stworzyli minimum programowe tej wiedzy, którą starszy człowiek przechodząc na emeryturę, a więc na etapie przygotuje się do emerytury, bo już myślę o takim okresie powinniśmy mówić, te 55+, kiedy już w tym momencie ludzie zaczynają jakby planować ten swój etap życia, na ten okres już poza pracą zawodową i w tym zakresie, że zdrowie jest najważniejsze nie musimy nikogo przekonywać, myślę, że takie abecadło medyczne w przystępny sposób z case’ami, z przykładami, ale równocześnie z możliwością skonsultowania edukacyjnego pewnych rzeczy, żeby ci edukatorzy społeczni też mogli mieć jakieś wsparcie. Uniwersytet trzeciego wieku to nie jest działanie systemowe państwa, to jest po prostu dobra wola ludzi, którzy decydują się, że chcą się zapisać do takiego uniwersytetu i dobra wola ludzi tych, którzy to prowadzą i to jest istota rzeczy, to jest ten polski fenomen proszę Państwa, tak są określane w skali Europy polskie uniwersytety trzeciego wieku, bo nie działają tylko w uczelniach wyższych jak na przykład jest w większości krajów europejskich i tam jest limit 100 miejsc, 200 miejsc rocznie, tylko u nas stworzyliśmy taką formułę, że oprócz uniwersytetów trzeciego wieku w uczelniach wyższych, stowarzyszenia w partnerstwie z uczelniami wyższymi, ze środowiskiem naukowym właśnie starają się nawiązać tą współpracę, to wszystko jest z myślą o starzejącym się społeczeństwie naszego kraju.

Aleksander Gortat: I tutaj zasugeruję kropkę.

* Wiesława Borczyk: Dziękuję.

Aleksander Gortat: Dziękuję.

* Jerzy Gryglewicz: A ja bym tylko chciał wzmocnić ten przekaz, jeśli przyjrzymy się strukturze wiekowej hospitalizowanych pacjentów, to średni wiek hospitalizowanego pacjenta w Polsce to jest ponad 70 lat, średni wiek pacjenta w oddziale okulistycznym 78 lat, poza pediatrią generalnie możemy powiedzieć…

Aleksander Gortat: Tam trudno byłoby znaleźć takich pacjentów.

* Jerzy Gryglewicz: I może położnictwem, na wszystkich tych oddziałach ten średni wiek jest mocno zaawansowany, dlatego te wszelkie działania, o których Pani powiedziała, są kluczowe. Ja powiem, że ten pomysł, o którym się mówi, czyli połączenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej byłby pewnym rozwiązaniem. Ale już tak kończąc, tydzień temu byłem przy okazji wizyty książęcej pary duńskiej na takim spotkaniu i tam wystąpił minister z Danii, który miał tytuł Minister Zdrowia i Osób Starszych co w istotny sposób pokazuje co jest największym problemem naszego systemu ochrony zdrowia, to jest leczenie i zapobieganie chorobom u osób starszych.
* Wiesława Borczyk: Stworzyliśmy takie forum, nazywa się Forum Polskich Seniorów, www.forumseniorow.pl możecie Państwo też organizacje również swoje zgłaszać tam różne inicjatywy, opinie i zgłosiliśmy do premiera potrzebę stworzenia struktur, które w strukturach rządu zajęłyby się również polityką senioralną, czyli sprawami seniorów, a to jest jakby jeden temat, teraz, czy tam jadąc tutaj do Państwa, bo mieszkam na co dzień w Nowym Sączu, czytam, że jest propozycja utworzenia pełnomocnika rządu do spraw demografii w Polsce, bo się okazuje, że ten przyrost dzieci, pomimo 500+, nie wypalił w skali kilku lat i trzeba zadbać o to, więc zaczyna być też pytanie, ile tych pełnomocników rządu ma być stworzonych. Są propozycje, żeby połączyć w pewnym zakresie działania Ministra Zdrowia z Ministrem Opieki Społecznej ponieważ bardzo często ludzie wychodząc ze szpitala, wracają do swoich osamotnionych mieszkań, ponieważ jest to specyfika polska, starzenie się społeczeństwa również w samotności i tutaj jakby nie ma więzi pomiędzy dwoma resortami, dotykamy poprzez sieć uniwersytetów trzeciego wieku problemów ogólnopaństwowych, problemów ogólnospołecznych i odniosę się do Pana profesora również, że mówimy o specyfice polskiej podwójnego starzenia się. Pan profesor Grodzicki wielokrotnie też na różnych konferencjach o tym mówił, proszę Państwa to jest bardzo poważna sprawa, ponieważ ci 60-latkowie bardzo często zajmują się starszymi rodzicami powyżej 80 roku życia i to systemowo w żaden sposób nie jest w państwie rozwiązane. Myślę, że z Krakowa ten sygnał również jakąś propozycją prac nad takim rozwiązaniem mógłby być ewentualnie dołączony do tych dzisiejszych naszych wypowiedzi. Dziękuję.

Aleksander Gortat: Bardzo serdecznie dziękuję. Pierwsze owacje dzisiaj Pani prezes. Teraz też w wątku profilaktycznym, tak go nazwę roboczo, do wypowiedzi zgłaszała się Pani doktor Marzena Dubiel, proszę.

* Marzena Dubiel: Ja chciałam w pewnym sensie połączyć wypowiedzi Pani profesor i wypowiedź Pani prezes, bo krótko powiem Państwu o tym jak profilaktyka otępienia wygląda na poziomie mózgu, to jest oczywiście bardzo duże uproszczenie, ale ono się odnosi do tego o czym Panie wcześniej powiedziałyście. Uważa się, że te działania profilaktyczne, czyli te głównie sfocusowane na pewne elementy stylu życia, oraz leczenie chorób zwiększających ryzyko otępienia powodują pewne zmiany w mózgu i to są albo zmiany zmniejszające uszkodzenie mózgu, albo zmiany zmniejszające proces zapalny w mózgu, który jest jedną z teorii neurodegeneracji, albo są to zmiany, które zmniejszają, jeżeli działają niekorzystnie, albo zwiększają, jeżeli mają działać korzystnie, coś, co nazywamy rezerwą kognitywną i chciałam Państwa bardzo krótko z tym pojęciem zapoznać, bo ono jest bardzo ciekawe. Mówi się teraz bardzo dużo o tym, że jest coś takiego jak rezerwa kognitywna, którą każdy z nas jakąś posiada i jeżeli ktoś ma małą rezerwę kognitywną, to nawet niewielkie uszkodzenie mózgu może doprowadzić do pojawienia się objawów w postaci dysfunkcji kognitywnej, bądź objawów choroby, czyli otępienia. Jeżeli czyjaś rezerwa kognitywna jest duża, to nawet duże nagromadzenie uszkodzenia mózgu może do objawów deficytów poznawczych i otępienia nie doprowadzić i to pojęcie właściwie wzięło się stąd, że badano mózgi osób, które zmarły bez otępienia i bez zaburzeń funkcji poznawczych i w niektórych z tych struktur tkanki mózgowej odkryto bardzo duże nagromadzenie zmian takich charakterystycznych na przykład dla choroby Alzheimera. Niemniej jednak ci ludzie żadnych objawów dysfunkcji poznawczych nie prezentowali, pewnie dlatego, że ich rezerwa poznawcza była bardzo duża. Uniwersytety trzeciego wieku i w ogóle kształcenie ustawiczne, ustawiczna aktywność intelektualna i edukacja, która zaczyna się już we wczesnym okresie życia, taką rezerwę kognitywną poprawiają, a na przykład takie czynniki ryzyka jak nadciśnienie, stany przedcukrzycowe, cukrzyca, otyłość, hipercholesterolemia, mogą tą rezerwę kognitywną w sposób bezpośredni bądź pośredni zmniejszyć i to jest bardzo ważne, że to nie jest jakaś taka stała rezerwa, ona się może zwiększać i zmniejszać w czasie życia, w związku z tym my potencjalnie na naszą rezerwą kognitywną mamy wpływ.

Aleksander Gortat: Bardzo dziękuję. Czy w wątku profilaktyki, Państwa zdaniem, można postawić kropkę na nasze potrzeby i w tym panelu? Pani profesor chętnie coś doda, bardzo proszę.

* Jadwiga Nessler: Ja chciałabym zachęcić do tej profilaktyki, do zapobiegania, do walki z czynnikami ryzyka.

Aleksander Gortat: Brakowało puenty.

* Jadwiga Nessler: Ponieważ, no to w sposób zasadniczy przekłada się jednak na to, co widzimy później jako kardiolodzy, prawda. Jasno sobie trzeba powiedzieć, że im więcej czynników ryzyka nie jest kontrolowanych, tym większe prawdopodobieństwo, że rozwinie się miażdżyca, a więc zawał, udar, niewydolność serca, musimy o tym pamiętać, musimy zwalczać te czynniki. Zresztą są już takie dane, które mówią o tym, że jeśli to ryzyko sercowo-naczyniowe, które my możemy określić, a ono jest wysokie, obniżymy tylko o 1%, to przekłada się to w sposób zasadniczy na rokowanie pacjentów, a później także i na koszty wynikające z leczenia tych schorzeń cywilizacyjnych.
* Jerzy Gryglewicz: Ja bym tylko dodał, że o tym jak ważna jest profilaktyka, możne świadczyć fakt, że w expose premiera, które jeszcze chyba tydzień czy 2 tygodnie temu było przedstawiane w sejmie, premier stwierdził, że konieczne będzie wprowadzenie bilansów, czyli takich badań dla określonej grupy wiekowej, gdzie będzie wczesne wykrywanie i miejmy nadzieję, że tego typu bilanse, obejmą jak najszerszą populację, bo to co jest istotne, żeby docierać do osób, które uważają się za zdrowe, bo cukrzyca jest takim klasycznym przykładem, że prosty poziom cukru, badania poziomu cukru, no daje pewien sygnał, że osoba może być chora na cukrzycę. Ci pacjenci, często mężczyźni, bo tutaj musimy jasno powiedzieć, że świadomość zdrowotna u kobiet jest zdecydowanie wyższa niż u mężczyzn, mężczyźni rzadziej korzystają z opieki zdrowotnej, rzadziej chodzą do lekarzy, więc to co jest istotne to tego typu badania u osób pozornie zdrowych mogą ich ostrzec wcześniej, a wcześniej leczony pacjent jest nie dosyć, że leczony z lepszym efektem, z mniejszą liczbą powikłań, ale jest zdecydowanie tańszy dla systemu.
* Jadwiga Nessler: Ja jeszcze tylko chciałam uzupełnić i powiedzieć kilka słów na temat młodszych populacji, które wcześnie powinny zwalczać czynniki ryzyka i je modyfikować, że mamy taką skalę Score, która pozwala nam na ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego i to właśnie dotyczy populacji osób powyżej 40 roku życia, które mają jakieś pojedyncze czynniki ryzyka i jeżeli ktoś ma nadciśnienie tętnicze, pali papierosy, na podstawie takich właśnie jak wiek, płeć, palenie papierosów, wartość ciśnienie tętniczego i cholesterolu, możemy określić prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych w postaci zawału w ciągu 10 lat i właśnie to jest bardzo ważne dlatego, że osoby, które jeszcze nie są chore na jednostki chorobowe właśnie te kardiologiczne, można w sposób dość, powiedziałabym, skuteczny zalecić właśnie taką profilaktykę, która miałaby na celu wyeliminowanie, bo to jest argument, prawda, jeżeli komuś się powie, że ma Pan duże prawdopodobieństwo, że takie powikłanie jak zawał wystąpi, to wydaje mi się, że tutaj motywacja do walki z paleniem i innymi czynnikami jest, no wzmocniona w sposób istotny.

Aleksander Gortat: Serdecznie dziękuję, szanowni Państwo o ile słowo profilaktyka było odmieniane wielokrotnie, system także poodmienialiśmy już parę razy. Jeżeli to możliwe, bardzo bym prosił szanowni Państwo przez chwilę chociażby o pochylenie się nad wątkiem rzeczywistości, w której aktualnie się znajdujemy i w której aktualnie jesteśmy leczeni. System, który jest z całą pewnością na celowniku pacjentów, z całą pewnością jest widoczne wiele problemów, które można w nim poprawić, być może są rzeczy dobre. Szybka diagnoza, o to bym prosił, finansowanie świadczeń medycznych, czyli aktualnie kto płaci za leczenie Polaków, jak jest, jak być powinno, mowa ciała Pana doktora Gryglewicza wskazuje, że chętnie w tym temacie się wypowie.

* Jerzy Gryglewicz: Powiem pokrótce, mniej więcej nasz system ewaluował dokładnie 20 lat temu, 20 lat temu wprowadziliśmy system ubezpieczeniowy, nie jest to sensu stricte system ubezpieczeniowy kiedy pacjent czy obywatel jest stroną ubezpieczyciela w naszym systemie, jak gdyby państwo nakłada pewne rozwiązania poprzez ustawy, w innych państwach, gdzie mamy kilku ubezpieczycieli możemy sobie sami wybrać towarzystwo, które będzie dbać o nasze zdrowie, u nas to się dzieje, ale na rynku prywatnym, czyli za dodatkową opłatą. W tej chwili mamy finansowanie w oparciu o składkę zdrowotną i to co jest optymistyczne, że po wielu latach i politycy, i wszyscy decydenci, i lekarze, doszli do wniosku, że nasz system jest nisko finansowany, te dane, które Pan profesor przedstawił są jednoznaczne, my musimy gonić ten system zdecydowanie szybciej i ten wzrost nakładów, o którym mówiono już w tej chwili, wiadomo, że jest niewystarczający już nawet sam Minister Zdrowia sugeruje, że te dojście do tych 6 PKB jest na tyle niewystarczające, że nie osiągniemy tych efektów zdrowotnych, które powinny zostać zrealizowane. Nawet w toku ostatniej debaty politycznej, bo musimy mieć świadomość, że wszystkie rozwiązania są w rękach polityków, to oni kształtują nie tylko kwestie organizacyjne systemu ochrony zdrowia, ale przede wszystkim poziom finansowania, czy poziom również kształcenia odpowiednich kadr medycznych, bo to co jest bardzo ważne, co Pan profesor pokazał, to mamy ten ogromny problem z pracownikami medycznymi i te nieszczęście, że nie tylko lekarzy, ale i pielęgniarek brakuje w naszym systemie, będzie tym procesem, który będzie…

Aleksander Gortat: Samych lekarzy, przypominam, 70 tysięcy, takie dane oficjalnie gdzieś krążą.

* Jerzy Gryglewicz: Oczywiście, to zależy w jaki sposób będziemy kształtować kompetencje tych lekarzy. Widzimy pewien trend, że od pewnego czasu wiele obszarów jest przerzucanych, jak gdyby na inny personel, kiedyś wystarczy wspomnieć, że jeszcze 15 lat temu w zespołach ratownictwa medycznego, czyli w karetkach, jeździli sami lekarze, teraz są ratownicy medyczni, rola fizjoterapeutów znacznie w systemie ochrony wzrosła, kiedyś taką rolę pełnili lekarze rehabilitacji medycznej. Pielęgniarki z roku na rok otrzymują coraz większe kompetencje, jako przykład można podać, że pielęgniarki mogą samodzielnie wypisywać receptę, nie korzystają z tego uprawnienia bardzo, ale niemniej jednak pokazujemy, że ten brak lekarzy próbujemy uzupełnić poprzez, po pierwsze, zwiększenie kompetencji innych zawodów, ale również poprzez kształcenie, no jesteśmy w Małopolsce, tutaj powstała pierwsza prywatna niepubliczna uczelnia kształcąca lekarzy, to też pokazuje, że system publiczny nie jest w stanie nadążyć, może zabrzmi to źle, z produkcją lekarzy, ale tak to trzeba określić, bo w tej chwili już widać, że w każdym województwie powstała uczelnia medyczna, w województwie mazowieckim jest ich już 4 nawet i też to co jest najbardziej niebezpieczne, i najbardziej też przykre, że problem niedoboru kadr medycznych, zwłaszcza lekarzy, będzie narastał. Średni wiek lekarza w Polsce to 52 lata, co pokazuje, że ten kryzys prawdziwy, czyli ta luka pokoleniowa będzie. Popełniliśmy w latach 90. duży błąd, była decyzja o zmniejszenie liczby kształconych lekarzy o połowę na poziomie 2,5 tysiąca studentów rocznie i to spowodowało to, że tą lukę pokoleniową mamy teraz, no i chodzi o to, żeby ten system był coraz bardziej efektywny i bardziej racjonalny. Było mówione, że mamy zbyt dużo szpitali w Polsce, ale oczywiście to nie jest tak, że w planach powinna być likwidacja tych szpitali, tylko przekształcenie, to o czym mówiliśmy, w zakłady opiekuńczo-lecznicze, inne zakłady opieki długoterminowej, właśnie nacechowane na leczenie osób starszych. Jest inicjatywa prezydencka, która ma stworzyć centra zdrowia 75+, czyli w każdym powiecie, będzie instytucja, która będzie koordynowała opiekę zdrowotną i opiekę społeczną dla osób starszych, miejmy nadzieję, że ta inicjatywa prezydencka zostanie przykuta na ustawę, która spowoduje to, że skokowo byśmy osiągnęli pewien sukces, bo tak jak powiedziałem, nasz system ochrony zdrowia nie jest nacechowany na osoby starsze, bo one są najczęstszą populacją, która korzysta z tej opieki. Największym problemem mamy oczywiście problem z dostępem do lekarzy specjalistów, te kolejki, które się pojawiają, one niestety wzrastają cały czas, bo lekarze odchodzą do lepiej opłacanej pracy w sektorze prywatnym, to jest naturalne. Wizyta bez badań u lekarza specjalisty w systemie NFZ to jest wycena 30 złotych, w sektorze prywatnym jest to wielokrotnie więcej, musimy się liczyć z tym, że ta dostępność będzie spadała, jeśli nie podejmiemy konkretnych działań, które w tym zakresie są istotne, a brak na przykład konsultacji u lekarza kardiologa często powoduje…
* Wiesława Borczyk: Zdrowie towarem, tak.
* Jerzy Gryglewicz: …że ten pacjent nie mając wyjścia zgłasza się na szpitalny oddział ratunkowy, podraża koszty, mógłby być leczony w warunkach ambulatoryjnych, a leczenie pacjentów w trakcie hospitalizacji to nie tylko jest kwestia związana z dodatkowymi często nieracjonalnie wydatkowanymi środkami, ale ryzykiem. Co 10. pacjent w szpitalu, to jest pacjent, u którego wystąpiło zdarzenie niepożądane związane z hospitalizacją.

Aleksander Gortat: Bardzo serdecznie dziękuję. Czy pozostali prelegenci zachowają, że tak powiem, taktyczne milczenie w sprawie systemu, też chętnie się wypowiedzą.

* Tomasz Grodzicki: Znaczy ja myślę, że w sprawie systemu pewne decyzje zostały podjęte, tak jak Pan powiedział, wiele lat temu i w moim odczuciu, no stety niestety, one są nieodwracalne, więc my tutaj systemu nie zmienimy w sposób istotny. Jest oczywiście pytanie czy system można dofinansować, jeden pomysł, który był to były dodatkowe ubezpieczenia, który ze względów akceptacji społecznej się nie przyjął i powiedzmy sobie wzbudza wiele kontrowersji. Dla mnie niezrozumiałe jest zupełnie to, że nie można powiedzmy sobie akcyzy z papierosów, przeznaczyć na system opieki zdrowotnej, dlaczego tego nie można zrobić to ja nie wiem, bo to jest jak gdyby forma dodatkowego ubezpieczenia, mówiąc krótko, palę papierosy, płacę więcej i w ten sposób ponoszę koszty przyszłego swojego leczenia, nie tylko swojego, ale wszystkich innych, piję alkohol, w związku z tym znowu płacę akcyzę dodatkowy koszt, to będą koszty związane z moim przyszłym leczeniem i tak dalej.

Aleksander Gortat: Panie profesorze, sugerowane rozwiązania przez Pana raczej zachwiałyby budżetem tego kraju.

* Tomasz Grodzicki: Ale była dyskusja o podatku cukrowym, bo to mówimy o diecie, no to wszystko chwieje generalnie tym systemem, więc albo ten system jest kolosem na glinianych nogach, coś jest nie tak, bo to by można było prosto wydawałoby się zmienić i byłyby te dodatkowe środki, o których tutaj mówimy, no bo oczywiście inna możliwość jest taka, że wszyscy zapłacimy jak siedzimy, czy palimy czy nie palimy, będziemy płacili za tych, mówiąc krótko, którzy palą. No więc w związku z tym bardziej sprawiedliwe społecznie wydaje mi się, żeby zapłacili ci, którzy rzeczywiście się obciążają. Szereg takich rozwiązań było podnoszonych, bo to była kwestia chociażby kwestia wypadków drogowych, różnych innych obciążeń, które można by było w ten sposób zwiększyć finansowanie, ale jakoś nikt tego nie podnosi tak, nie wiem dlaczego, szczerze mówiąc, bo to nie wydaje się, żeby politycznie nie było akceptowalne, ale to wymaga pewnych decyzji. Natomiast ja wrócę do tego, że pewne akcje, które w Małopolsce były podejmowane, one się przełożyły, tutaj Pan doktor mówił o wariacji, ja zacznę może od takiego projektu, 20 lat temu Małopolski program leczenia zawału serca, który został prowadzony 20 lat temu już pewnie minęło, no i to jest system obowiązujący w całej Polsce, gdzie rzeczywiście sieć ośrodków kariologii interwencyjnej, organizacji opieki nad chorym, co z tym zawałem została tak zorganizowana. Drugi projekt, który w Małopolsce też wystartował, to był projekt leczenia udaru mózgu, to oczywiście znowu był projekt oparty tutaj o radiologię interwencyjne i neurologię interwencyjną, ale to też projekt, który wystartował w kilku ośrodkach w Polsce i również jest jak gdyby wdrażany i być może się spełni, Pani wspomniała o opiece psychiatrycznej, również w Małopolsce pamiętajmy, że jesteśmy w trakcie rewolucji całej opieki psychiatrycznej w Polsce i tutaj również Kraków jest takim przykładem i region, nie tylko, Tarnów, jeżeli dobrze pamiętam, też, miejscem, gdzie ten pilotaż innego modelu opieki psychiatrycznej jest wdrażany, psychiatrzy twierdzą, że to rzeczywiście wydaje się, że to będzie sukces, no życie pokaże. Ale to niewątpliwie jest pewne novum podejścia do opieki psychiatrycznej, więc pewnie wiele innych programów też jest wdrażanych. Tu mówimy o programie niewydolności serca, podam przykład, my w tej chwili mamy w oparciu o klinikę onkologii szpitalu uniwersyteckiego i uniwersytetu mamy współpracę z wszystkimi szpitalami w Małopolsce, jeżeli chodzi o onkologię, umowa została podpisana między wszystkimi szpitalami, czy zaczynając pracować w zakresie onkologii, czyli te same standardy, konsultacje, maksymalnie szybkie, nie chcę powiedzieć, że od razu, ale ta umowa została podpisana między tymi szpitalami, tak że taka sieć Małopolska odnośnie onkologii też powstała, więc dużo rzeczy bym powiedział, że się dzieje pozytywnych, mówiąc o tytule naszej konferencji w Małopolsce i tutaj myślę, że to jest pozytywne. Natomiast oczywiście to znowu są raczej działania wycinkowe, no nie stać nas na to żebyśmy, w sensie kompetencji również, wpłynęli na cały system. Była mowa, zbyt wielu decydentów jest, wbrew temu co mówią politycy, nie ma zgody pomiędzy poszczególnymi partiami na to, żeby zdrowie było ponad partyjne, to z bólem serca stwierdzam. Przez 15 lat byłem specjalistą krajowym od geriatrii, muszę powiedzieć, co rząd to nowa koncepcja, a wszystkie stare pomysły złe, nawet jak były bardzo dobre, w związku z tym i myśmy oceniali, mówię my, jako niezwiązani z polityką, związani tylko z opieką zdrowotną, dobrze to wszystko szło do kosza i powstawały nowe projekty. Tu jeżeli tego nie zmienimy, to widać nie tylko tam na górze, ale to widać na dole, powiem na dole, w małych miastach, już nie mówię o Krakowie, bo to bardzo wyraźnie widać, gdzie można by było stworzyć pewną wspólną płaszczyznę, ale niestety polityczne siły się nie porozumiewają, zresztą powiem tak, z polityków zaproszonych na dzisiejsze spotkanie to tak nie widzę jakoś tutaj, co świadczy o tym, że zdrowie nie jest priorytetem, brutalnie powiem, ja rozumiem, że są różne ważne wydarzenia, które się pewnie dzisiaj dzieją, ale widziałem, że w składzie zaproszonych był jeden z przedstawicieli władz województwa i nie ma go, a szkoda, bo może właśnie by pokazał zainteresowanie tym. Teraz jeszcze jedną rzecz powiem a propos osób starszych, którą też z kolei Urząd Miasta w Krakowie prowadzi, to jest dla starszych osób i dla opiekunów osób starszych, które trafiają do szpitala taki projekt przygotowania do wypisu do domu, żeby pomóc w momencie, kiedy pacjent trafia do domu, żeby pomóc zorganizować, czyli rodzaj wsparcia dla opiekuna, który będzie się potem opiekował pacjentem w domu, żeby jego wesprzeć, to też takie akcje są, więc dużo się dzieje, natomiast brakuje uznania tego, że zdrowie rzeczywiście jest priorytetem dla tych najistotniejszych w tym kraju.

Aleksander Gortat: Jest priorytetem, powinno być apolityczne i ponad wszelkimi podziałami, a przede wszystkim nie jest towarem, tak szukając jakiejś puenty. Pani profesor, okiem kierowniczki oddziału klinicznego systemu.

* Jadwiga Nessler: Trudne bardzo pytanie, bo borykamy się z różnymi problemami, chociażby kadrowymi i różnego rodzaju, natomiast kadrowymi to głównie bo brakuje rzeczywiście lekarzy, nie ma kto dyżurować, natomiast klinika aktywnie uczestniczy w tym co tutaj było wspomniane, w pilotażu kompleksowej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca i tutaj chce podkreślić, że rzeczywiście jesteśmy liderem i koordynatorem krajowym, jest to program, który opracowaliśmy wspólnie z Towarzystwem Kardiologicznym i wspólnie z Ministrem Zdrowia, są na to przeznaczone specjalne środki, żeby pacjenci z niewydolnością serca mieli możliwość opieki koordynowanej, a więc właśnie takiej, że pacjent po wypisie ze szpitala po zaostrzeniu niewydolności serca ma zaplanowany ciąg wizyt przez okres jednego roku, jest zaopiekowany właśnie przez pielęgniarkę edukatora, ma dostęp do szeregu świadczeń poza kolejnością i one są ekstra finansowane. Bo chodzi o to, żeby wycenić koszty leczenia niewydolności serca w Polsce w oparciu właśnie o doświadczenie kilku ośrodków, bo my jesteśmy, jako Kraków, liderem i koordynatorem, ale jeszcze 6 ośrodków jest w Polsce powołanych, mianowicie Śląsk, jest Warszawa, jest Wrocław, jest Gdańsk i jest Poznań, i mamy nadzieję, że ten pilotaż pokaże, że rzeczywiście opieka nad tą chorobą przewlekłą, która generuje tak naprawdę najwięcej kosztów w tej chwili, jeżeli chodzi o służbę zdrowia, o w ogóle nakłady na służbę zdrowia, dlatego że najczęstszą przyczyną hospitalizacji jest właśnie niewydolność serca i tutaj w 94% budżet, który przeznaczony jest na leczenie tej jednostki chorobowej, jest wykorzystywany właśnie na hospitalizacje, a nie na inne ważne być może aspekty leczenia tej choroby, właśnie dlatego, że nie ma opieki ambulatoryjnej i my chcemy taką opiekę przetestować, zapewnić na razie w wybranych ośrodkach, ale Minister Zdrowia ma nadzieję, że uda się to również wprowadzić w innych miastach i poszerzyć grupę tych osób.

Aleksander Gortat: Bardzo serdecznie dziękuję. Dla mnie, Ślązaka, który żyje w przekonaniu, że trudno przebić Zabrze w kontekście serca, bardzo dobra informacja i szczere gratulacje. Pan profesor.

* Tomasz Grodzicki: Ja tylko powiem jedno zdanie, systemowo jest tak, że szpital, generalnie rzecz biorąc, stał się przedsiębiorstwem generalnie ustawionym, jeżeli nie na zysk to na zbilansowanie i to jest całe nieszczęście. W związku z tym, co szpitale robią, szpitale najchętniej biorą procedury, które są opłacalne, żeby się utrzymać, a rezygnują z nieopłacalnych, żeby się nie utrzymać, żeby nie ponosić kosztów. Nieopłacalnym przykładem takim złotym, dzisiaj i ostatnich 2-3 lat, jest medycyna paliatywna, gdzie właściwie zlikwidowano większość oddziałów paliatywnych w Małopolsce, bo to generuje straty, w związku z tym dyrektor nie ma innego wyjścia, on najchętniej by zamknął jeszcze internę, już nie mówię o geriatrii, bo to też mu generuje straty. Szpitale duże rezygnują z SOR-ów, przykładem znowu w Krakowie jest szpital MSWiA, który nie ma SOR-u, bo SOR to jest koszt, to że wjeżdża karetka o każdej porze dnia i nocy, to jest koszt. Lepiej planować, mieć tylko szpitale, zresztą widać po prywatnej służbie zdrowia, co się rozwinęło, położnictwo, ortopedia, urologia, gdzieś tam w Krakowie na szczęście nie i kardiologia. Oprócz tego zaczyna się konkurencja między szpitalami, no bo walczymy o ten sam kawałek chleba, o te same pieniądze, nikt tego nie koordynuje, dlatego dzisiaj mamy nadmiar ortopedii w Krakowie pewnie, bo jest ich strasznie dużo, bo to każdy szpital ma ortopedię, bo to się opłaca, a jeden szpital ma paliację, bo to się nikomu nie opłaca, jako przykład, więc żadnej strategii zdrowotnej dla Polski dla regionu, tylko każdy walczy o to, żeby przeżyć. No i szpitale duże w związku z tym, te pełnoprofilowe, które muszą po prostu to zrobić, są w długach, to się dzisiaj mówi, szpitale duże, uniwersyteckie, Banacha miliard długów, to mówią dane publiczne, Banacha, czyli największy szpital w Warszawie, dzisiaj uczelniane, koło miliarda długu, szpital uniwersytecki w Krakowie 360, szpital dziecięcy 120, Centrum Zdrowia Dziecka, kilkaset milionów, w Warszawie. Największe szpitale generują gigantyczne długi, bo one nie mają wyjścia, one muszą przyjąć każdego chorego i tutaj ktoś coś musi z tym zrobić, bo inaczej ten system się naprawdę zawali.
* Jerzy Gryglewicz: Pan profesor podał bardzo istotny element finansów i logiki finansowania szpitali, ten największy szpital w Warszawie ograniczył liczbę aktywnych sal operacyjnych z 16 na 8, bo mamy dla pacjentów najbardziej niebezpieczny miesiąc jakim jest grudzień, to jest ten miesiąc w którym w większości szpitali kończy się budżet, zwany ryczałtem i bardzo wiele szpitali, niestety, będzie ograniczało swoje przyjęcia, żeby nie realizować świadczeń, za które NFZ jednak nie zapłaci, bo po przekroczeniu pewnej puli współczynników tego ryczałtu te pieniądze nie są finansowane, ale żeby było bardziej miło i pozytywnie to ja również chciałbym wskazać takie dwa obszary, gdzie województwo małopolskie jest pewnym liderem. Niewątpliwie w obszarze stwardnienia rozsianego to Małopolska stworzyła pierwszy taki model, mimo że nie było takich rozwiązań w Polsce, sama z siebie, pewną sieć poradni leczenia SR i tutaj mamy do czynienia z systemowym rozwiązaniem, które w tej chwili będzie powielane w Polsce, więc tutaj ci pacjenci mają zabezpieczone świadczenia. Również urologia jest takim wzorcem, gdzie profesor Chłosta jest liderem zmian w urologii, która ma stworzyć koordynowaną opiekę i obszar istotny, przede wszystkim innowacyjna medycyna. Kraków jest tym miejscem, gdzie wdraża się jako pierwsze miejsce, nowe technologie medyczne, mam tu na myśli radioterapie i właśnie urologia, robotyka medyczna, to są te obszary, gdzie Kraków, no powiedzmy sobie, narzuca pewien standard, jeśli chodzi o nowoczesne leczenie i to jest ten obszar gdzie właśnie dzięki aktywności lokalnej, albo jeśli chodzi o wsparcie centralne w tym obszarze wielkich sukcesów nie ma, no można pewne rzeczy przeprowadzić, leczenie bólu, również jeśli chodzi o ten obszar, to Kraków jest liderem i tworzy pewne rozwiązania, które będą później powielane w całej Polsce.

Aleksander Gortat: Szanowni Państwo, gdzieś równolegle do systemu, można powiedzieć w świadomości każdego obywatela pojawił się nowy, moim zdaniem, bardzo istotny gracz na rynku medycznym. Źle powiedziane. Przybyła wam konkurencja, drodzy lekarze, doktor Google, który w tejże przestrzeni zaczyna odgrywać coraz większą rolę, stety niestety, bardzo chętnie bym na ten temat coś od Państwa usłyszał. Mówi się o nich, że to nie lekarstwa, lecz żywność, to po pierwsze, a po drugie, ich rynek to 5 miliardów złotych rocznie, mówię o suplementach diety. Szanowni Państwo porozmawiajmy o nich i pomyślmy przez chwilę na temat tego jak leczą się Polacy, bardzo proszę, Pani profesor Kostogrys.

* Renata Kostogrys: Szanowni Państwo, w Polsce w ostatnich latach obserwuje się wzrost popularności suplementów diety, zarówno wśród osób zdrowych jak i osób chorych. Przytoczę Państwu definicję suplementu diety, zgodnie z Ustawą o bezpieczeństwie żywności i żywienia, są to środki spożywcze i co z tego wynika, wynika to z tego, że nie jest to lek, w związku z tym wystarczy zgodna głównego inspektora sanitarnego, żeby wprowadzić suplement na rynek. Możemy suplementy kupić wszędzie, nie tylko w aptece, możemy kupić właśnie przez internet, możemy kupić w zwykłym supermarkecie, oglądając różnego rodzaju reklamy, w których celebryci wypowiadają się jak to można sobie takie suplementy zakupić.

Aleksander Gortat: Przepraszam, że przerwę Pani profesor, definicja jest potrzebna, cóż to takiego suplement, bo przypominam, że oprócz szanownych zgromadzonych tutaj na sali, słuchają nas zapewne liczne osoby w internecie, bardzo mi zależy na przekazaniu konkretnych informacji, dla tych, którzy nie wiedzą. Brak czynnika, brak środka aktywnego to jedyny wyróżnik?

* Renata Kostogrys: To są środki spożywcze, tak mówi definicja, czyli są to skoncentrowane źródła witamin, składników mineralnych, aminokwasów, kwasów tłuszczowych i generalnie zgodnie z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia, Polacy, osoby, które prawidłowo się odżywiają, powinni dostarczyć wszystkich składników w diecie, prawidłowo zbilansowanej diecie, oczywiście, mówię, są grupy, jak osoby starsze, jak dzieci, gdzie ta suplementacja jest brana pod uwagę, ale chciałabym tu absolutnie wyraźnie podkreślić i stanowczo powiedzieć, że moim zdaniem, każda suplementacja musi być pod kontrolą lekarza i co do tego, nie wiem jak Państwo, się do tego jakby odnosicie, natomiast moje zdanie, jako żywieniowca jest jednoznacznie.

Aleksander Gortat: No ale skąd wziąć D12 w naszym klimacie? I tak dalej i tak dalej, no i garść, że tak powiem, jest coraz bardziej pojemna, jeżeli chodzi o te medykamenty, czy też suplementy, które przyjmujemy.

* Renata Kostogrys: Oczywiście proszę Państwa jeśli chodzi o witaminę D, to jeśli Państwo porównacie normy z 2017 roku, do norm poprzednich, to jakby zalecenia odnośnie witaminy D są zwiększone, więc my musimy dostarczać ten witamy D więcej, natomiast proszę pamiętać, że żywność nasza, którą kupujemy w supermarketach, to jest żywność wzbogacana, czyli mamy w wielu produktach spożywczych dodatki różnego rodzaju składników, w związku z tym, oczywiście, suplementacja tak, ale, tak jak jeszcze raz podkreślę, pod kontrolą lekarza, który to zrobi dokładny wywiad z pacjentem, dowie się jak pacjent się odżywia, jakie produkty stosuje i wtedy podejmie decyzję, lekarz.
* Tomasz Grodzicki: A ja jeszcze powiem jedno, to jest największe nieszczęście w moim odczuciu dzisiaj. Proszę pamiętać, że to są preparaty, które nie podlegają żadnej kontroli rygorystycznej, jeżeli chodzi o ich wchłanialność, bezpieczeństwo, skuteczność.
* Jerzy Gryglewicz. : Bo to nie jest lek, to jest żywność.
* Tomasz Grodzicki: To jest żywność, czyli mówiąc krótko, powiem tak, dam każdemu z Państwa teraz cukierka, którego kupię na dole i powiem, że on będzie działał na demencję i uczciwie powiem, że jak powiem z tego miejsca dzisiaj, to parę osób z tego towarzystwa przekonam.

Aleksander Gortat: Oczywiście, że tak. Efekt placebo.

* Tomasz Grodzicki: Efekt placebo, wiary i tak dalej i na tym bazują niestety producenci, sprzedają rzeczy, które są w mojej ocenie, w większości ogromne i bezwartościowe, które robią więcej krzywdy niż korzyści i to trzeba jednoznacznie mówić. Miałem ostatnio chorego, miał objawy uboczne, zażywał tylko 4 czy 5 preparatów tak zwanych suplementów, generalnie był zdrowy, ale źle się czuł, zaczął zażywać. Nie byłem w stanie ustalić z żadnych dostępnych źródeł internetowych, już nie mówiąc o ulotkach, czy to może być spowodowane tymi preparatami, bo nie ma żadnej informacji na temat tego jakie niekorzystne działania to może wywierać, w związku z tym ja powiem tak, jeżeli do mnie ktoś przychodzi, to mówię od razu, proszę tego nie zażywać, bo to tylko może Panu zaszkodzić, bo żadnych korzyści nie ma na to, żeby to mogło działać korzystnie w żadnych sytuacjach, nie ma na to żadnych badań. To jest tak jakbym Państwu dawał lek, który nie ma rejestracji z danym wskazaniem, my z jednej strony oczekujemy, że lek będzie miał wskazania, badania, bezpieczny i skuteczny, a równocześnie zażywamy przedziwne rzeczy, które w ogóle nie były nigdy badane, nigdy oceniane, jakie nieszczęścia robią to nikt z nas nie wie. Już nie mówiąc o tym, że dajemy dzieciom, starszym osobom, a więc osobom bardzo wrażliwym, w związku z tym to jest największy błąd jaki tak naprawdę dopuszczamy. To niestety jest tak, że w pewnej części tych działań biorą udział również lekarze, to nie chodzi tylko i wyłącznie o tego typu działanie, to jest problem komórek macierzystych, które na wszystko pomagają i na każdym słupie można zobaczyć dzisiaj co nam się poprawi, jak weźmiemy komórki macierzyste dostawowo, na głowę, albo gdzieś, nie ma badań, niebezpieczne, powinno być zakazane. FD ostatnio amerykańska agencja zabroniła w ogóle tych działań, bo to jest po prostu niebezpieczne. Natomiast u nas jest wolny rynek, u nas każdy może się reklamować i mówi to nie jest lek, ja reklamuję produkt spożywczy, z całym szacunkiem tak naprawdę natomiast reklamuje ewidentnie do osób chorych, do osób, które mają problemy różne zdrowotne, a więc, ja osobiście z tym walczę i uważam, że to jest ogromna szkoda dla pacjenta, jeżeli tego typu leki bierze, jak był zdrowy to będzie chory potem.
* Renata Kostogrys: Żywieniowcy również, Panie profesorze.

Aleksander Gortat: Pani profesor, wróćmy do wątku, kiedy ktoś używa doktora Google i googluje, boli mnie w klatce, czy to już zawał, bo takie rzeczy na pewno również się zdarzają. Jak wielki to wróg, a na ile to przyjaciel.

* Jadwiga Nessler: Znaczy jeżeli chodzi o takie ogólne dane dotyczące objawów takich ważnych jednostek chorobowych jak na przykład zawał serca to wydaje mi się, że im większa będzie świadomość na ten temat, że ból w klatce piersiowej może być zawałem, jest ważną informacją niż to, gdyby takiej informacji nie było i gdyby pacjent z bólem w klatce piersiowej starał się sam leczyć, oczywiście nie każdy ból w klatce piersiowej jest objawem zawału serca, dlatego, no są pewne typy, są pewne charakterystyczne objawy, aczkolwiek wiadomo, że na podstawie samego bólu, my nie jesteśmy w stanie zróżnicować czy to jest ból zawałowy, czy ból wynikający z nerwów międzyżebrowych i czy z jakichś innych dolegliwości i schorzeń.
* Tomasz Grodzicki: Już całej różniczki nie rób, bo będzie za długo.
* Renata Kostogrys: Ja nie będę robić różniczki, na pewno ból w klatce piersiowej zawsze jest czymś, co wymaga zróżnicowania czy nie jest to zawał, i tutaj akurat w tym przypadku, mimo że nie jestem zwolennikiem doktora Google i uważam, że wiele nieprawidłowych, niewłaściwych danych, informacji, znajduje się na tym portalu, to akurat jeżeli chodzi o ból w klatce piersiowej, to uważam, że zawsze powinien być zdiagnozowany.
* Tomasz Grodzicki: Ja powiem, że ja jestem zwolennikiem tego, że internet jest bardzo dobrym źródłem informacji, to że zdrowi i chorzy korzystają z diagnozy to to jest bardzo dobrze, bo to jest znakomite miejsce szkoleniowe i informacyjne, problemem jest wiarygodność strony i tutaj bym zwracał uwagę na to, że żeby korzystać ze stron, które są oferowane przede wszystkim przez towarzystwa naukowe, czy to towarzystwo kardiologiczne, czy różne inne, natomiast wystrzegać się stron, które są wątpliwego pochodzenia, ja wiem, że to trudno odróżnić, bo dzisiaj to tak w różnych dziedzinach trudno odróżnić szarlatana i jakość ocenić. Bardzo trudno, ale jeżeli już szukamy złotego standardu to szukajmy stron towarzystw naukowych, bo tam rzeczywiście są w większości dzisiaj tych stron są, nazwijmy to strony czy podstrony dedykowane dla pacjenta i w związku z tym tam jest dużo bardzo dobrych wiadomości, czy instytutów typu instytuty higieny, no różne inne.
* Jerzy Gryglewicz: Jest też drugie źródło, wczoraj była debata, na temat autorytetów, ja śmiem twierdzić, że jeśli spotkamy się z wypowiedzią Pana profesora i Pani profesor, no to tutaj ta informacja jest wiarygodna, obowiązkiem lekarza jest wyłącznie przedstawiać fakty naukowe, które są zgodne z aktualną wiedzą medyczną, więc jeśli mamy do czynienia z wypowiedzią lekarza, profesora, członka towarzystwa naukowego, to mamy duże prawdopodobieństwo, że ta wiedza przekazywana jest wiedzą prawdziwą i kompetentną. Oczywiście to jest ten jeden z elementów, myślę, od doktora Google nie uciekniemy, bo nawet Pan profesor przygotowując dzisiaj wykład też korzystał ze strony Google o OECD, gdzie te źródło wiedzy było i większość informacji jest przenoszona w tej chwili drogą elektroniczną. Poziom informatyzacji w tym ochrony zdrowia gdzie akurat mamy ogromne przyspieszenie, jest na tyle dynamiczny, że nie uciekniemy od tego typu rozwiązań, one są naturalne i szybkie, ważne, żeby podejmować decyzje i było bardzo wiele przypadków, gdzie lekarz widząc daną osobę poprzez jej zdjęcie był w stanie zidentyfikować, że ta osoba jest chora na jakąś jednostkę chorobową i takie przypadki były, więc musimy jak gdyby bardziej oswajać tego Google’a, tworzyć pewien przekaz dla osób korzystających, właśnie to, o czym Pan profesor powiedział, odróżniać te elementy, które zawierają faktyczną wiedzę, a nie jakąś czasami niestety szarlatanerię, bo również na tych stronach ogłaszają się osoby, które obiecują pacjentom niesłychane dobre wyniki w leczeniu, najgorzej, że często to dotyczy chorób nowotworowych, gdzie ta sytuacja staje się potem dramatyczna, bo pacjent często może zaniechać prawdziwej opieki medycznej na rzecz działań, powiedzmy sobie, które są zmienionej epoki, czy jakieś elementy, które mają na celu bardziej wyłudzenie pieniędzy niż faktyczną pomoc lekarską.

Aleksander Gortat: Bardzo dziękuję.

* Jadwiga Nessler: Ja jeszcze tylko chciałam na koniec powiedzieć, że rzeczywiście istnieje kilka stron internetowych przygotowanych przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne i na przykład taka strona internetowa jak www.copozawaleserca, jest ważną stroną i tam pacjenci bardzo dużo odsłon jest, ponad milion odsłon już, a strona nie jest taka stara, bo ma kilka lat. Drugą taką stroną, którą udało nam się przygotować przez profesjonalistów i do której zachęcam na wejście jest www.slabeserce.pl, to też jest właśnie wortal przygotowany przez środowisko krakowskie zajmujące się niewydolnością serca, tutaj były kręcone filmiki, tam jest 78 filmów, cała strona i wiedza o niewydolności serca, przedstawiona jest w postaci mini filmików i opowiadań, zresztą wcielił się w chorego na niewydolność serca krakowski aktor Jacek Strama, który wspaniale odegrał pacjenta z dusznością, muszę powiedzieć, że ciężko było to nauczyć.

Aleksander Gortat: Pani profesor, jest prośba z publiczności o powtórzenie adresów tych stron.

* Jadwiga Nessler: www.copozawale.pl, następnie www.slabeserce.pl, jest jeszcze kolejna strona o migotaniu przedsionków, również bardzo dobrze przygotowana przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, zachęcam. Zamiast doktora Google wejść proszę na te strony, fajne informacje są.

Aleksander Gortat: Bardzo dziękuję.

* Jerzy Gryglewicz: Są jeszcze jedne strony, które są coraz bardziej profesjonalne, są to strony prowadzone przez stowarzyszenia pacjentów, widać, że stowarzyszenia starają się być również aktualne, mają jedną zaletę, ponieważ są w stanie sobie pozwolić na taki łatwiejszy przekaz, bezpośrednio kierowany do pacjenta, jeśli mamy stowarzyszenie pacjentów z jakąś konkretną jednostką chorobową, to również z tej strony dowiemy się gdzie się leczyć. Lekarzom, instytucjom, nie można się w żaden sposób reklamować, bo tego zabrania prawo, a pacjenci mogą wskazywać te ośrodki, które w ich ocenie mają najwyższy standard leczenia.

Aleksander Gortat: Szanowni Państwo, to jest wprost niesamowite, te 2 godziny uciekły właściwie nie wiadomo kiedy. Bardzo serdecznie proszę, chociaż Pani doktor chyba chciała jeszcze w tym wątku jeszcze coś powiedzieć, jeżeli się mylę, oczywiście się wycofuję.

* Renata Kostogrys: Ja może, jeśli jeszcze mogłabym w wątku leczenia. Może Państwo słyszeliście o czymś takim jak nutrigenomika, gdzie mówi się nutrigenomika, leczenie przyszłości, natomiast proszę Państwa ja bym powiedziała może żywienie z bardzo mocnym naciskiem na słowo przyszłość. Co to w ogóle jest nutrigenomika, to jest nauka, która zajmuje się interakcjami genetyczno-żywieniowymi.

Aleksander Gortat: Czy Pani kiedyś o tym wątku opowiedziała w ciągu 2 minut.

* Renata kostogrys: W 2 minut, tak.

Aleksander Gortat: To jest ten moment.

* Renata Kostogrys: To jest ten moment. Proszę Państwa my odżywiając się wpływamy na poziom naszych genów, co więcej różnimy się genami między sobą 0,1 % genów, co w konsekwencji powoduje, że w różny sposób reagujemy na pewne składniki odżywcze i tu już nie mamy wątpliwości, że na przykład kawa, o której mówi się, że działa na nas bardzo korzystnie, okazuje się, że nie u wszystkich. Jesteśmy w stanie wyłapać osoby, na które kawa działa źle, robiąc badania takie testy multigenetyczne, to już jest na rynku, natomiast ja chciałam tutaj też wyraźnie podkreślić, że nutrigenomika jako żywienie przyszłości.

Aleksander Gortat: Starajmy się tu, w cudzysłowie, sprzedać od razu w formie przystępnej, czyli krótko mówiąc, konkretna kombinacja genów, konkretny człowiek i konkretna potrawa, no i są w konflikcie.

* Renata Kostogrys: Dokładnie tak, to byśmy chcieli osiągnąć w przyszłości, natomiast czy to umiemy robić, nie, jeszcze tego nie umiemy robić, mamy testy na rynku, które próbują znaleźć nam konkretny gen, konkretne żywienie, natomiast chciałabym znowuż podkreślić dosyć wyraźnie, że dotychczas najlepszym źródłem informacji na temat potrzeb żywienia człowieka są nadal normy żywienia człowieka, które mówią, jak ma odżywiać się grupa populacyjna, natomiast jeśli chodzi o nutrigenomikę to tak jak powiedziałam to jest przyszłość nasza, być może tylko wciąż nie wiemy jak daleka ta przyszłość.

Aleksander Gortat: MałoPolska – lider w walce o zdrowego mieszkańca, to był temat, który sprawił, że spotkaliśmy się tutaj i mieliśmy przyjemność rozmawiać w ciągu ostatnich 2 godzin. Szanowni Państwo, wstać i po prostu sobie pójść byłoby złym pomysłem, po minucie dla każdego na puentę w dowolnym wątku, który tutaj się pojawił. Kto zaczyna? Nie wszyscy naraz, szanowni Państwo.

* Jerzy Gryglewicz: Może ja zacznę. Przekaz chyba wydaje mi się dosyć istotny, że jeśli chodzi o dbanie o własne zdrowie to każdy o własne zdrowie powinien zadbać przede wszystkim sam, a nie liczyć na to, że państwo, czy inne instytucje, w tym kierunku będą odgrywać kluczową rolę. Te wszystkie czynniki, które zostały przez Pana profesora pokazane, to jednoznacznie wskazują, że za zdrowie odpowiada sam obywatel, a system ochrony zdrowia może w tym momencie często pomóc, a zdobywanie odpowiedniej wiedzy poprzez właśnie kontakty z profesjonalistami, mogą w tym znacznie pomóc.
* Renata Kostogrys: Jeśli mogę, ja prosiłabym Państwa, żeby zapamiętać ten pierwszy slajd, który Pan rektor nam pokazał, czyli czynniki, które wpływają na stan naszego zdrowia i proszę pamiętać, że w ponad 50% na stan naszego zdrowia wpływa właśnie nasz styl życia, czyli aktywność fizyczna, żywność i żywienie.
* Jadwiga Nessler: Ja chciałabym podkreślić rolę profilaktyki i to zarówno jeżeli chodzi o jej wpływ na rozwój schorzeń jak i profilaktyki hamującej postęp schorzeń, które już istnieją, poprzez właściwe leczenie jednostek chorobowych, a w przypadku profilaktyki pierwotnej poprzez wdrażanie właściwych, rekomendowanych zaleceń dotyczących zdrowego stylu życia.

Aleksander Gortat: Bardzo dziękuję.

* Tomasz Grodzicki: Żeby nie powtarzać może tego, o czym była mowa, to ja bym zwrócił jeszcze na jeden aspekt uwagę o którym nie mówimy, że przynajmniej musimy się nauczyć nie tylko przepisywać leki, ale musimy się nauczyć odstawiać leki, to szczególnie dotyczy osób starszych, które zażywają po kilkanaście preparatów, mówię ostrożnie, często osiągniemy odstawiając pewne leki, a więc bardzo ostrożnie. Pamiętajmy, że to jest substancja chemiczna, każdy lek wchodzi w interakcję z innymi, przy 5 lekach jest pewna interakcja, w związku z tym bądźmy bardzo ostrożni z przyjmowaniem kolejnych leków i przepisywaniem, mówię teraz do lekarzy, kolejnych leków, bo raczej sztuka jest odstawić niż przepisać.

Aleksander Gortat: Nauczyć się odstawiać leki, bardzo ważny wątek, dziękuję. Bardzo proszę.

* Marzena Dubiel: Ja chciałam nawiązać do tematu tego 2-dniowego spotkania, człowiek w drodze, i bardzo szybko i krótko powiedzieć Państwu o drodze, jeżeli ktoś jest bardziej zainteresowany to później w kuluarach opowiem więcej. Było takie duże badanie kanadyjskie, duże badanie bo 6,5 miliona osób, prawie cała populacja jednego miasta, badano przez ponad 10 lat, analizowano jak zanieczyszczenie powietrze wpływa na rozwój otępienia i wykazano relację pomiędzy zamieszkiwaniem blisko dużej ruchliwej drogi, a mianowicie w odległości mniejszej niż 50 metrów, a występowaniem choroby Alzheimera. To nawiązanie do nowych czynników ryzyka otępienia i do zanieczyszczenia powietrza, o którym dzisiaj też mieliśmy mówić. Szczegóły jeśli ktoś zainteresowany to bardzo chętnie później.
* Wiesława Borczyk: Proszę Państwa, uczenie się przez całe życie, uczenie się każdego z nas, to jest inwestowanie we własny rozwój, bez względu na wiek, komórki mózgowe przyjmują wiedzę nawet w późnym okresie życia, to już zbadali specjaliści. Ważne jest drodzy Państwo żeby to również połączyć z praktyką, a przez tą praktykę rozumiem tak, były plany wprowadzenia bilansu zdrowia dla wszystkich osób, które kończą 60 rok życia, 70 i 80 rok życia, było to założenie w poprzednich rządów, ażeby lekarz rodzinny miał o wiele prostszą i łatwiejszą możliwość diagnozowania i leczenia kiedy będzie miał taki raport, taki bilans każdego pacjenta przed sobą. Na dzisiaj chodzimy do różnych specjalistów, ale nie zawsze jeden wie o drugim i nie zawsze jeden lekarz wie, jakie drugi przepisuje nam leki. Nie ma czegoś takiego jak książeczka zdrowia dziecka, a być może już w tym wieku dla nie tylko pacjenta starszego, ale dla jego rodziny, dla opiekunów coś takiego byłoby potrzebne i myślę, że o tym bilansie zdrowia po prostu o ten bilans zdrowia dla ludzi w pewnym wieku powinniśmy się też dopominać. Dziękuję uprzejmie.

Aleksander Gortat: Dziękuję również. Strach przed starością, kult piękna i młodości, co nakręca usługi okołomedyczne, fizjoterapeuta, rehabilitant, kosmetyczka, zawody przyszłości. Wzrastające zapotrzebowanie na usługi medyczne, a zmiany na rynku pracy, co z powietrzem, kto kogo truje, czy Małopolska wygra grę o czyste powietrze. Te wątki miały się tutaj pojawić, zmieścić to wszystko w 2 godziny wydaje mi się rzeczą absolutnie niemożliwą, już z tej perspektywy. Dziękując za uwagę Państwu zgromadzonym i wszystkim, którzy oglądają nas za pośrednictwem platform internetowych, jestem przekonany, że wspólnie mamy jeden wniosek, warto było posłuchać. Serdecznie dziękuję za niewątpliwą przyjemność rozmawiania z Państwem, dziękuję za uwagę, wszystkiego dobrego.

Wojciech Wocław: Bardzo dziękujemy, to był redaktor Aleksander Gortat, a ja chciałem Państwu powiedzieć tylko tyle, że spotykamy się tutaj o 12:50, zapraszam Państwa bardzo serdecznie, proszę spojrzeć na zegarki, 12:50 spotkajmy się na kolejnym panelu. 12:50, tak jest.