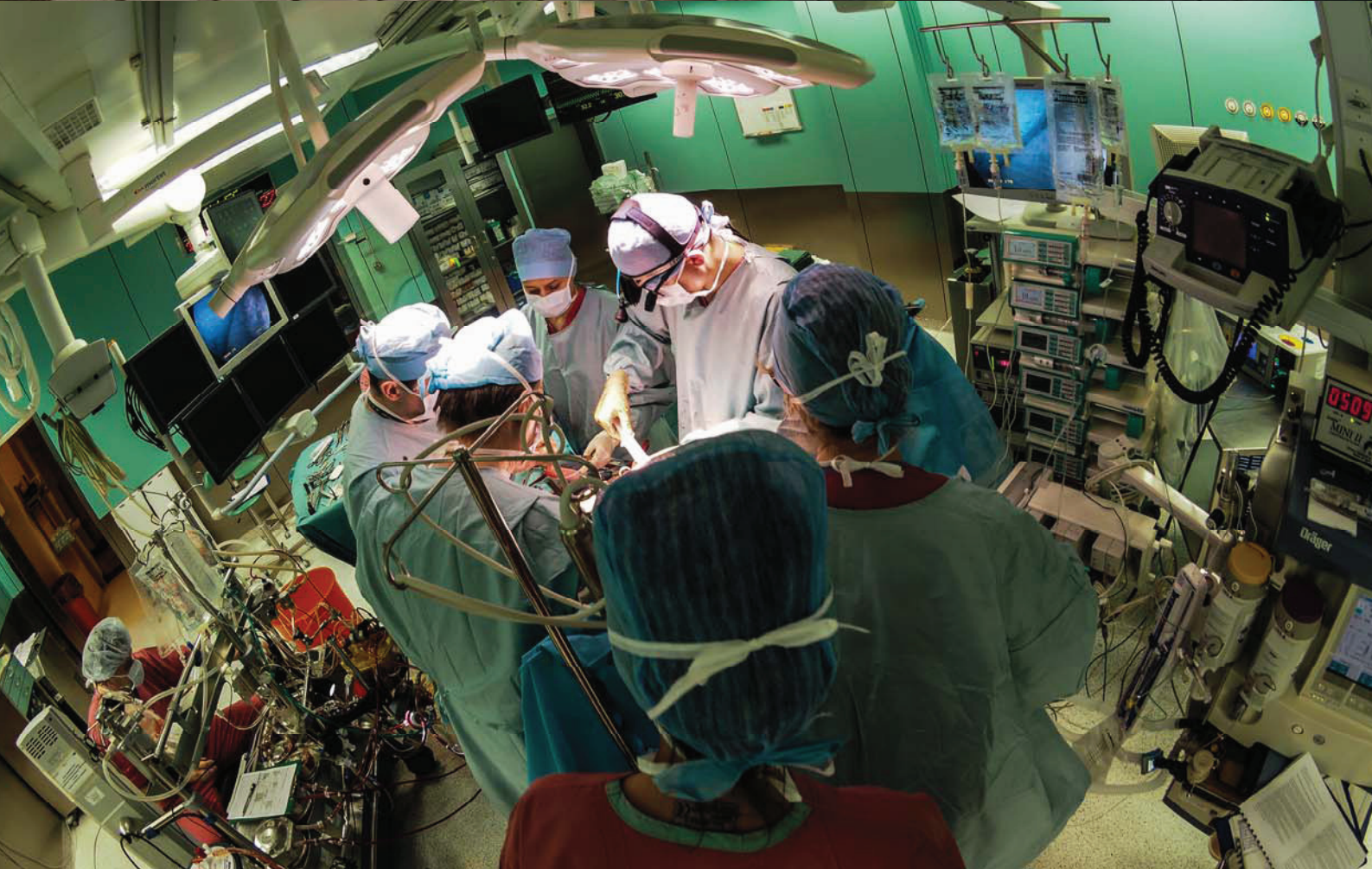


SZLACHETNE ZDROWIE

Czasopismo Śląskiego Centrum Chorób Serca

NUMER 32

ISSN 1730 - 1297



Szlachetne Zdrowie
Nikt się nie dowie
Jako smakujesz
Aż się zepsujesz

Jan Kochanowski

*Opadły mgły i miasto ze snu się budzi,
Górą czmycha już noc,
Ktoś tam cicho czeka, by ktoś powrócił;
Do gwiazd jest bliżej niż krok!
Pies się włóczy pod murami - bezdomny;
Niesie się tęsknota czyjaś na świata cztery strony
A ziemia toczy, toczy swój garb uroczy;
Toczy, toczy się los! /SDM/*



W numerze:

- Punkt widzenia
- Psychologiczne i psychiatryczne aspekty stosowania mechanicznego wspomaganie krążenia
- KONS Kompleksowa opieka nad chorym z niewydolnością serca
- MedTrends 2018
- Wspomnień czar...
- Dieta w niedoczynności tarczycy. Co jeść, a czego unikać?
- Fundacyjne wieści
- Witaminy i minerały - co każdy z nas wiedzieć powinien
- Rehabilitacja i sport gwarantują poprawę zdrowia
- Opieka zdrowotna na przestrzeni lat 1918-1989
- Tatuś, ale smaczna herbatka!

Zapraszamy wszystkich do lektury kolejnego zeszytu naszego czasopisma, w którym każdy może znaleźć coś interesującego.

REDAKCJA

WYDARZENIA

- **14.05.2018** - w Śląskim Centrum Chorób Serca odbyło się spotkanie z panem prof. Andrew Newby, wybitnym ekspertem w medycynie sercowo - naczyniowej
- **23.05.2018 -24.05.2018** - IV międzynarodowa konferencja MedTrends
- **05.2018** - w rankingu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, który obejmował dorobek naukowy za lata 2016-2017, III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, którą stanowi Zespół Pana Prof. M. Gąsiora, zajęła 1 miejsce na naszym Zabrzeńskim Wydziale Lekarskim
- **05.2018** - w rankingu szpitali „Wprost” w kategoriach „najlepsze szpitale kardiochirurgiczne” i „najlepsze szpitale kardiologiczne” Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu po raz kolejny zdobyło 1 miejsca
- **04.06.2018** - XI Śląska Konferencja Placówek Promujących Zdrowie
- **05.06.2018 - 08.06.2018** - XXV Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna

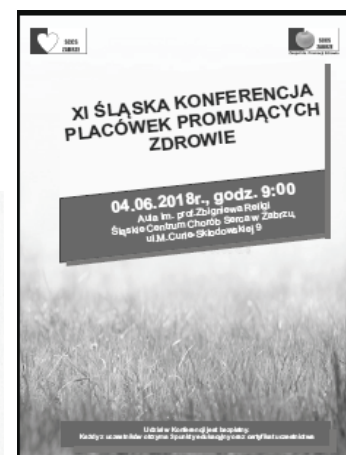
REDAKCJA:

Bożena Smoter

Śląskie Centrum Chorób Serca
Ul. M. Skłodowskiej 9
41-800 Zabrze
www.sccs.pl
biblioteka@sccs.pl

WYDAWCA:

Fundacja SCCS
ul. Wolności 182
41-800 Zabrze

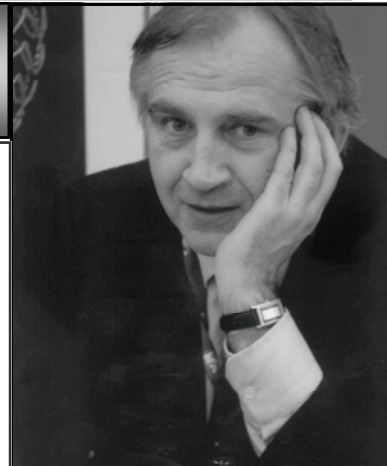


XXV Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna

Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób serca, płuc i naczyń
Zabrze, 5-8 czerwca 2018 r.



Punkt widzenia



Prof. dr hab.

Marian Zembala

*Dyrektor Śląskiego Centrum
Chorób Serca*

11 stycznia 2018 roku uchwalono budżet na rok bieżący, ze zgłoszonych około 400 poprawek, jedyna ponadpartyjna poprawka, którą poparła większość sejmowa dotyczyła przeznaczenia 1,2 mln zł na utworzenie nowej rezerwy celowej w budżecie związanej z powstaniem Śląskiego Ośrodka Kliniczno-Naukowego Zapobiegania i Leczenia Chorób Środowiskowych, Cywilizacyjnych i Wieku Podeszłego im. prof. Zbigniewa Religi. U podstaw tej inicjatywy leżały dwie kwestie. Z jednej strony, matecznik SCCS, w którym narodził się w roku 1985 zabrzański model leczenia zawału serca jako II w Europie, po francuskiej Tuluzie i wkrótce stał się modelem ogólnopolskim, którego budowę mogli zobaczyć widzowie filmu „Bogowie” – czyli tzw. budynek „A” Śląskiego Centrum Chorób Serca, który od 4-5 lat nie spełnia już wymogów formalnych ministra zdrowia dotyczących placówek medycznych.

Matecznik, który dał początek silnemu ośrodkowi kardiologii, kardiologii i transplantologii jednakże już nie wystarcza do współczesnych zadań w medycynie sercowo-naczyniowej. Tak więc zrodził się pomysł, aby wybudować ośrodek, który wzmocni Śląską i Polską medycynę w obszarach, które są niezwykle potrzebne, wzorem istniejących rozwiązań w Europie Zachodniej w przemysłowych regionach np. w Essen, gdzie wybudowano akademickie specjalistyczne ośrodki z myślą o górnikach i hutnikach zarówno w wieku produkcyjnym jak również w wieku starszym, kiedy z powodu chorób przemysłowych, mają obok chorób sercowo-naczyniowych znacznie więcej obciążen i chorób współistniejących takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, przebyte udary mózgowe czy upośledzoną funkcję nerek.

Na Śląsku, w miastach przemysłowych takich jak Zabrze, Ruda Śląska, Gliwice, Chorzów mieszkają setki tysięcy ludzi mających 70-80 lat, którzy pracowali w kopalniach, hutach, także cynku i ołowiu, zakładach chemicznych. Żyją, co pokazują statystyki, o cztery - sześć lat krócej, niż wynosi średnia w Polsce. Mają obok chorób serca, o wiele więcej chorób współistniejących niż przeciętny Polak.

Dlatego, nie wolno tych ludzi pozostawić samym sobie. Im nie wystarcza wizyta dwa razy do roku u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Na Śląsku, który przechodzi transformację, gdzie zamknięte zostały kopalnie i huty, troska i obowiązek wobec tych, którzy zostawili tutaj pracując w ciężkich warunkach zdrowie, pozostaje.

Dwa lata temu, zgodnie z koncepcją marszałka województwa śląskiego powstał projekt utworzenia ośrodka uwzględniający choroby środowiskowe, cywilizacyjne, takie jak nadciśnienie, cukrzyca, choroby metaboliczne i choroby wieku podeszłego. Projekt ten został bardzo wysoko oceniony i przyznane zostały na niego środki na realizację. Na budowę laboratoriów, na realizację badań. Brakowało w nim jednak podstawowego elementu – nie można było w jego ramach hospitalizować chorych, dlatego w takiej formie nie mógł być zrealizowany. Odstąpiliśmy te środki na inne ważne potrzeby w ochronie zdrowia dla województwa śląskiego.

Od kilku już lat podpatrywaliśmy dobrze funkcjonujące rozwiązania w przemysłowych aglomeracjach Zagłębia Ruhry w Niemczech, patrzyliśmy na rozwiązania funkcjonujące w Uppsali, w Szwecji, Stawanger w Norwegii, Maastricht w Holandii. Mieszkańcom przemysłowego województwa śląskiego i nam leżącym i odpowiedzialnym za leczenie potrzebny jest ośrodek kliniczno-naukowy, prowadzący badania, ale i przyjmujący trudnych pacjentów, nie tylko z naszego województwa ale także służący pomocą byłym pracownikom kopalń i hut Głogowa, Lubina, Legnicy, Lublina, Turowa, Konina i Bełchatowa.

Z wyraźnym wsparciem władz rządowych i samorządowych miasta Zabrze, Pana wojewody Śląskiego i Marszałka powstała koncepcja, w której

zawierają się zarówno zadania naukowe jak i kliniczne. Została bardzo wysoko oceniona w ramach programu IOWISZ pod koniec ubiegłego roku, gdzie uzyskała 16660 punktów. Zyskała też poparcie samorządu województwa, silnego wsparcia ze strony samorządu Zabrza oraz miast ościennych, a także samego ministerstwa zdrowia i NFZ.

Skierowaliśmy ten projekt do Pani premier Beaty Szydło i także do premiera Mateusza Morawieckiego. Został też złożony wniosek, uwzględniający realizację tej inwestycji, w postaci poprawki budżetowej. Niestety, kiedy decydowano o budżecie w pamiętnej sesji w Sali kolumnowej w grudniu 2016 roku, do głosowania nad poprawkami nie doszło. Nie czekaliśmy. Wydaliśmy już sporo pieniędzy na realizację tego projektu z kasy SCCS. Nasze środki finansowe jednak są ograniczone. Od dwóch lat rentowność kardiologii drastycznie zmalała i nie jesteśmy w stanie sami temu przedsięwzięciu podołać. Dlatego, mając wsparcie wielu posłów, łącznie z komisją budżetową, wystąpiłem ponownie z wnioskiem, aby tę inwestycję zawarto w projekcie budżetu. I udało się!

Śląski Ośrodek Kliniczno-Naukowy Zapobiegania i Leczenia Chorób Środowiskowych, Cywilizacyjnych i Wieku Podeszłego, który będzie kosztował około 86 mln zł (65 budynek i 21 jego wyposażenie) ma być gotowy najpóźniej do października, listopada 2021 roku. Wówczas ma przyjąć pierwszych pacjentów.

Skupimy się w nim między innymi na chorych starszych, z obciążeniami poprzemysłowymi. Już dzisiaj na ponad 2300 chorych operowanych w roku 2017 z powodu chorób serca i naczyń u nas większość, prawie 70 proc., to osoby powyżej 70 lat. Chcemy pokazać, że były górnik, hutnik nawet w podeszłym wieku, który ma ciężką pylicę, do tego choroby serca i inne obciążenia, ma na miejscu możliwość znaleźć specjalistyczną pomoc. Trafi do nas i my mu tej pomocy udzielimy. W 38 milionowym kraju, taki ośrodek być powinien, świadczą o tym rozwiązania w poprzemysłowych regionach w Europie i na świecie. Oprócz leczenia nawet chorych najtrudniejszych będziemy prowadzili badania dotyczące epidemiologii zagrożeń środowiskowych i cywilizacyjnych w makroregionie województwa śląskiego i Polski południowej włącznie z badaniami zanieczyszczenia środowiska tj. wody, powietrza, badaniami genetycznymi i populacyjnymi.

Do nowego budynku, umownie dzisiaj nazywanego „A+” zostanie przeniesione wszystko co dzisiaj mieści się w tzw. „maceczniku” – czyli budynku „A”. Znajdą tam miejsce także laboratoria nowego ośrodka, które będą zajmować się zagrożeniami środowiskowymi, które szczególnie w środowisku przemysłowego Śląska są nadal wyjątkowo duże i wciąż stanowią zagrożenie dla zdrowia ludności tego regionu.

Pamiętajmy, że SCCS ma z konieczności doświadczenie w rozbudowie szpitala i właściwego przystawiania do nowych wysokich wymagań i warunków. W SCCS powstał w roku 2011 nowy budynek „B”, ze środków własnych, w roku 2015 budynek „C” ze środków pochodzących z europejskich grantów, za który otrzymał nagrody polskie i zagraniczne za efektywność ekonomiczną oraz wysoką jakość wykonania i funkcjonalność.

Co będzie w maceczniku Śląskiego Centrum po przeniesieniu jego zawartości do nowego budynku? Jest już kilka dobrych pomysłów. Najpierwszy aby nowoczesna Klinika Okulistyczna już istniejąca w ramach zabrzańskiego Wydziału Lekarsko-Dentystycznego SUM pod kierunkiem prof. Edwarda Wylęgały ze Szpitala Kolejowego w Katowicach została przeniesiona do Zabrza w ramach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, która jest pilnie potrzebna mieszkańcom Zabrza i okolicznych miast Śląsko-Zagłębiowskiej Metropolii, bowiem w zachodniej części tej metropolii brakuje specjalistycznej okulistyki dla dzieci. Może powstanie ośrodek opieki seniorów.

Silny potencjał naukowy i kliniczny zarówno ludzi jak i sprzętu oraz dotychczasowe osiągnięcia Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu działającego wspólnie z władzami samorządowymi i rządowymi miasta i województwa oraz Śląskim Uniwersytetem Medycznym, Parkiem Technologii Medycznych w Zabrzu Kardiomed Silesia i Fundacją Rozwoju Kardiologii im Prof. Z. Religii stanowią gwarancje powodzenia tego ważnego dla ludzi i środowiska przedsięwzięcia.

Izabela Jaworska, specjalista psycholog kliniczny
Robert Pudło, specjalista psychiatra
Katarzyna Rojewska,
specjalista psycholog kliniczny

Psychologiczne i psychiatryczne aspekty stosowania mechanicznego wspomaganie krążenia

Wzajemne oddziaływanie na siebie „somy” i „psyche” jest znane już od czasów starożytnych, kiedy to Hipokrates pisał „... natura ciała może być rozumiana tylko w całościowym ujęciu, dlatego błędem naszych czasów jest leczenie ludzkiego ciała, kiedy lekarze oddzielają duszę od ciała”. Fakt, że przewlekłe choroby somatyczne mogą przyczyniać się do powstawania długotrwałych i poważnych zaburzeń emocjonalnych oraz odwrotnie, że trudności po stronie zdrowia psychicznego mogą skutkować pojawieniem się zaburzeń w funkcjonowaniu ciała jest dobrze udokumentowany w dostępnych publikacjach naukowych. Z tego powodu w psychologii i psychiatrii funkcjonują takie terminy jak zaburzenia somatopsychiczne i psychosomatyczne. Z tych samych powodów we współczesnej medycynie zaleca się holistyczne ujmowanie problemów chorego, zgodnie z którym człowiek choruje jako istota biopsychospołeczna. Praktyka kliniczna pokazuje, że zwłaszcza w grupie pacjentów, u których rozpoznawana jest choroba przewlekła, której objawy nasilają się, koniecznym staje się poszerzenie zespołu terapeutycznego o psychiatrę i psychologa. Szczególne miejsce w tej interdyscyplinarnej opiece zajmują chorzy, u których z powodu niewydolności krążenia zachodzi potrzeba implantacji urządzeń mających na celu jego mechaniczne wspomaganie.

Mechaniczne wspomaganie krążenia to uznana metoda leczenia ciężkiej niewydolności serca, która może u pacjenta wzbudzać wiele emocji zarówno pozytywnych jak i negatywnych, podobnie jak wiele innych rzeczy w naszym życiu, co zwykle jest zależne od indywidualnych cech danej osoby. Może nieść poczucie ulgi i nadziei na wyzdrowienie ale może też wzbudzać poczucie winy za niedostateczne dbanie o siebie w okresie przed zachorowaniem. Kwalifikuje się

do niej chorych z niewydolnością krążenia, u których pomimo stosowania optymalnej farmakoterapii oraz niejednokrotnie balonu do kontrapulsacji wewnątrzortalnej objawy niewydolności serca w dalszym ciągu utrzymują się. Leczenie to jest stosowane przede wszystkim w ramach dwóch strategii. Po pierwsze - jako pomost do przeszczepienia serca, w grupie pacjentów, u których doszło do jego nieodwracalnego uszkodzenia. Po drugie - jako pomost do regeneracji mięśnia sercowego, u tych chorych, u których do pogorszenia sprawności funkcji serca doszło w sposób nagły na skutek np. zapalenia miokardium czy toksycznego działania leków, używek lub innych substancji. Trzecią strategią jest zastosowanie mechanicznego wspomaganie krążenia jako terapii docelowej, w sytuacji, kiedy istnieją przeciwwskazania do transplantacji narządu.



Systemy do wspomaganie niewydolności krążenia dzielą się ze względu na czas stosowania na krótko-, średnio- i długo-terminowe oraz ze względu na formę wspomaganie czyli na pompy pulsacyjne oraz te o przepływie ciągłym. W SCCS pompy o przepływie ciągłym (POLCAS RELIGA) są obecnie rzadziej stosowane niż jeszcze kilka lat temu, a ich użycie wiąże się z wydłużonym okresem odseparowania od naturalnego środowiska życia, ponieważ przez cały okres ich stosowania chory musi przebywać w szpitalu. Cechą charakterystyczną tego systemu jest to, że ma dość dużych rozmiarów jednostkę sterującą, a pneumatyczna komora wspomagająca serce znajduje się na zewnątrz ciała pacjenta. Obrazowo można powiedzieć, że „pacjent ma serce na dłoni”, któremu może się przyglądać i w którego rytm, choć narzucony przez maszynę, może się wsłuchiwać. Poza tym, kiedy zachodzi konieczność wymiany komory na nową, pacjent zwykle odczuwa dystres i niepokój. W przypadku urządzeń o przepływie ciągłym, pompa jest na tyle mała, że w całości implantuje się ją do worka osierdziowego, a wyprowadzone na zewnątrz ciała chorego urządzenie sterujące jej pracą mieści się w niewielkich rozmiarów torbie, którą pacjent nosi przewieszoną przez ramię. Dzięki temu, po okresie rehabilitacji pacjent wraca do domu i może być

prowadzony w trybie ambulatoryjnym. Z pozoru wydaje się, że powrót do domu jest idealnym rozwiązaniem, jednak nie można zapominać, że i on niesie ze sobą nowe, czasem trudne z psychologicznego punktu spojrzenia wyzwania do podjęcia. W szpitalu chory ma nieustanny i bezpośredni dostęp do personelu medycznego, co wpływa na jego poczucie bezpieczeństwa. W warunkach domowych musi on przyjąć na siebie większą odpowiedzialność za powodzenie stosowanej terapii, a jego wiedza i umiejętności nie są tu bez znaczenia. Chory musi np. prawidłowo interpretować sygnały płynące z urządzenia, samodzielnie wymieniać w nim baterie, zmieniać opatrunki, być uwrażliwionym na wszelkie zmiany zachodzące we własnym funkcjonowaniu i decydować kiedy w trybie pilnym skontaktować się z ośrodkiem prowadzącym. Wszystkim tym zadaniom może towarzyszyć wzrost napięcia emocjonalnego wynikający z odseparowania od zespołu leczącego. Na komfort psychiczny chorych nie pozostaje też bez wpływu świadomość, że życie zależy od urządzenia i jego sprawności czy w końcu możliwość wystąpienia ewentualnych powikłań medycznych.

Z uwagi na powyższe na etapie kwalifikacji do tej formy leczenia często wykonuje się konsultację psychiatryczną i psychologiczną ukierunkowaną na występowania ewentualnych przeciwwskazań takich jak istotne zaburzenia psychiczne czy czynniki mogące utrudnić podjęcie przez pacjenta optymalnej współpracy z zespołem leczącym w trakcie trwania wspomaganie i/lub po transplantacji serca. Celem tych konsultacji jest też m.in. leczenie zaburzeń wynikających z choroby podstawowej, co pozwala optymalizować proces adaptacji do nowej sytuacji.

Konieczność wyrażenia zgody na mechaniczne wspomaganie krążenia i przeszczepienie narządu, jest zwykle zwrotnym momentem w życiu chorego ze schyłkową niewydolnością serca. Staje on w obliczu wyboru „wszystko albo nic”. Może kontynuować leczenie zachowawcze, co wiąże się z perspektywą dalszego pogarszania się stanu jego zdrowia do śmierci włącznie albo podejmując ryzyko związane z niepowodzeniem tych form leczenia, dać sobie szansę na wyleczenie i powrót do czynnego życia. Czas trwania choroby, częstość hospitalizacji, brak możliwości podejmowania większości codziennych aktywności, siedzący tryb życia, czy wielokrotne optymalizacje leczenia farmakologicznego, zwykle nie pozostawiają wątpliwości, że zastosowanie wysokospecjalistycznych procedur jest jedyną szansą na powrót do sprawności

i poprawę jakości życia. Jednak aby móc uzyskać te cele pacjent musi skonfrontować się z utratą poczucia bezpieczeństwa i lękiem przed śmiercią, które często wywołuje perspektywa poddania się operacji kardiochirurgicznej, która jest przeżywana jako skomplikowana i głęboko ingerująca w jego ciało. Istnieją dane wskazujące, że na etapie kwalifikacji do wspomaganie lub w trakcie jego trwania, 64% pacjentów wymaga konsultacji psychiatrycznej, najczęściej z powodu zaburzeń adaptacyjnych przebiegających z objawami lęku, zdenerwowania i zamartwiania się. W jakiś czas po implantacji wspomaganie ustępują okołoperacyjne dolegliwości bólowe, stabilizuje się stan kliniczny pacjenta, który uzyskuje znaczącą poprawę w zakresie funkcjonowania fizycznego, następuje także poprawa np. jakości snu mierzona wzrostem jego wydajności i zmniejszeniem liczby jego fragmentacji. Niestety jeśli w trakcie stosowania wspomaganie okaże się, że regeneracja własnego serca chorego nie jest możliwa, to poza utratą nadziei chory może przeżywać rozczarowanie i poczucie żalu, że jego własne serce zawiodło.

U pacjentów, którzy w okresie pooperacyjnym odzyskali możliwości dobrego funkcjonowania, a następnie przez kilka miesięcy oczekiwali na przeszczepienie narządu, reakcje emocjonalne mogą wahać się od dobrego samopoczucia do silnej drażliwości i depresji. Zwykle jest to związane z np. osłabieniem mechanizmów adaptacyjnych chorego, zmniejszeniem jego odporności na stresory, czy frustracją z powodu braku możliwości precyzyjnego określenia (co do dnia) terminu zakończenia leczenia, bo przecież nie jest możliwe określenie z wyprzedzeniem ile czasu serce będzie potrzebowało na regenerację czy kiedy zostanie zgłoszony odpowiedni dawca. W leczenie mechanicznym wspomaganie krążenia wpisane jest podjęcie jeszcze jednej, trudnej decyzji – po okresie poprawy i dobrego funkcjonowania wyrażenie zgody na kolejną operację kardiochirurgiczną, którą chory przeżywa jako poczucie zagrożenia, nie jest łatwą decyzją i może prowadzić do aktywacji lęku i niepokoju.

O stanie zdrowia psychicznego świadczą cechy prawidłowego lub nieprawidłowego przystosowania się do nowej sytuacji. Do tych pierwszych zalicza się: zaakceptowanie roli pacjenta i zależności od zespołu leczącego, rozumiane jako: prawidłowe stosowanie się do zaleceń lekarskich; podejmowanie działań prozdrowotnych, w tym utrzymywanie abstynencji od papierosów i alkoholu; powrót do codziennych aktywności adekwatnych do stanu zdrowia;

wypracowanie adekwatnych do stanu zdrowia celów życiowych i planów na przyszłość; gotowość do ujawniania swoich problemów i podjęcia współpracy z psychologiem czy psychiatrą.

Reasumując można powiedzieć, że stosowanie wysokospecjalistycznych metod leczenia, takich jak mechaniczne wspomaganie krążenia, odgrywa istotną rolę w ograniczaniu śmiertelności w grupie pacjentów z zaawansowaną niewydolnością krążenia. Jednakże, te same procedury, które ratują ludzkie życie mogą przyczyniać się do powstawania dystresu i różnego rodzaju zaburzeń psychicznych.

Zalecenia dotyczące ich leczenia obejmują nie tylko stosowanie farmakoterapii ale też szeroko rozumianego wsparcia psychologicznego, którego może udzielić każdy pracownik medyczny: dać pacjentowi czas na zaadoptowanie się do sytuacji; akceptować werbalizację jego emocji; udzielać wsparcia emocjonalnego; ułatwiać kontakty między pacjentami; dbać o prawidłową opiekę psychiatryczną i psychologiczną. Trudności w obszarze zdrowia psychicznego, których doświadcza pacjent nie tylko wpływają na jego samopoczucie ale także przekładają się na jego relacje z bliskimi. Z tego powodu psycholodzy w ramach podejmowanych interwencji stosują m.in.: psychoterapię behawioralno-poznawczą, pracę z systemem rodzinnym oraz terapię wspierającą.

Nieocenioną zaletą pierwszej z nich jest to, że podejmowane działania, w przeciwieństwie do terapii wglądowych, nie trwają długo, a psycholog i pacjent koncentrują się na identyfikacji i zmianie schematów poznawczych, które mogą być źródłem problemów. Terapia systemowa zakłada, że kiedy jedna osoba (pacjent) w rodzinie cierpi, to wszyscy członkowie rodziny w jakiś sposób doświadczają tego cierpienia. Warto pamiętać, że z powodu zaawansowanej choroby system rodzinny i role pełnione przez poszczególnych jego członków mogą ulec zmianie, co od wszystkich wymaga dostosowania się do nowej sytuacji

Irena Młynarczyk



KONS

Kompleksowa opieka nad chorymi z niewydolnością serca

Nie mamy jeszcze jednoznacznej informacji, czy program kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale serca (KOS) spełnia pokładane w nim nadzieje. Zdaniem świadczeniodawców ciągle trwa pokonywanie barier pojawiających się na wytyczonej przez KOS drodze. Z pewnością jest to przedsięwzięcie bardzo ważne dla pacjentów i istotne z punktu widzenia zarządzających szpitalami. Założony projekt stwarza warunki optymalnego leczenia i rehabilitacji, a monitorowanie efektów opieki daje szansę na istotne zmniejszenie umieralności, redukcję ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych i rehospitalizacji; wspiera osoby po zawale serca w powrocie do pracy zawodowej i poprawia jakość życia. Wprowadzone świadczenia KOS-u określa się mianem nowej jakości w opiece medycznej.

O sukcesie projektu Kompleksowej Opieki w Niewydolności Serca (KONS) zdecydować ma systemowe połączenie kardiologii interwencyjnej, elektroterapii, kompleksowej wieloprofilowej opieki ambulatoryjnej, farmakoterapii i rehabilitacji. Jedną z najważniejszych zmian w tym kontekście leczenia uważa się wykorzystanie rozwiązań telemedycznych, w tym telemonitoringu urządzeń wszczepialnych: kardiowerterów defibrylatorów (ICD), układów do terapii resynchronizującej (CRT), czy rejestratorów arytmii.

Rozwój kardiologii, innowacje w zakresie technologii medycznych, farmakologii, oraz metod zabiegowych pozwalają na wydłużenie życia i skuteczne leczenie. Postęp medycyny połączony ze starzeniem się społeczeństwa powoduje rosnącą liczbę chorych wymagających długoterminowej opieki. Niewydolność serca stanowi epidemię XXI wieku, która jest w prawie 70% przypadków konsekwencją uszkodzenia serca w przebiegu choroby wieńcowej. Z powodu niewydolności serca rocznie umiera 60 tys. Polaków, a wielkość zachorowań sięga miliona.

W systemie ochrony zdrowia istnieje wiele nierozwiązanych problemów dotyczących chorych z niewydolnością serca (Tab.1).

Niektóre przyczyny niepowodzeń opieki nad chorymi z niewydolnością serca ze strony systemu ochrony zdrowia

Brak wszechstronnie zintegrowanego systemu opieki nad chorym z chorobą przewlekłą
Słaba koordynacja opieki oraz komunikowanie się między prowadzącymi leczenie
Niewystarczające transponowanie wiedzy opartej na EBM do praktyki klinicznej
Zła organizacja systemu kontroli chorych
- zbyt późno po wypisie ze szpitala
- zbyt rzadko
Słaby dostęp do opieki specjalistycznej
Słaby dostęp lekarzy rodzinnych do ważnych badań: ECHO, BNP
Niewystarczająca edukacja uniwersytecka i podyplomowa o chorobie przewlekłej i opiece terminalnej

EBM (evidence based medicine) - medycyna oparta na faktach; BNP (brain natriuretic peptide) - oznaczenie mózgowego peptydu natriuretycznego

Najważniejszym z nich jest nieodpowiednio zorganizowana opieka przedszpitalna, co skutkuje zarówno zbyt późnym rozpoznaniem choroby, jak i brakiem nadzoru nad optymalnym przebiegiem terapii. W konsekwencji prowadzi to do zaostrzenia choroby i konieczności leczenia szpitalnego. Wskaźniki hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca w Polsce należą do najwyższych w Europie i jak wynika z analiz Ministerstwa Zdrowia ich liczba wzrosnie o 25,5% do 2029 roku. Według rejestrów klinicznych, ok. 1/4 osób z ostrą niewydolnością serca jest ponownie hospitalizowana w ciągu 3 miesięcy od wypisu ze szpitala; po 6 miesiącach odsetek pacjentów wymagających rehospitalizacji sięga połowy, a po roku aż 70%. Dane NFZ sprzed dwóch lat wskazują, że roczne wydatki związane z niewydolnością serca wynoszą w Polsce 900 mln zł, z czego koszty hospitalizacji stanowią prawie 90% tej sumy. Uzasadnia to konieczność poprawy opieki nad grupą pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi, szczególnie z niewydolnością serca.

Sposobem na zmianę negatywnych statystyk jest podjęta przez polskie środowisko medyczne inicjatywa realizacji Narodowego Programu Zapobiegania i Leczenia Niewydolności Serca. Podstawą tego Programu jest przekształcenie systemu ochrony zdrowia; integracja i usprawnienie funkcjonowania opieki szpitalnej i ambulatoryjnej na różnych poziomach referencyjności. KONS to propozycja walki z niewydolnością serca, sposób na pokonanie epidemii tej choroby wśród Polaków. Wdrożenie założeń koordynowanej opieki w chorobach przewlekłych stanowi kontynuację prowadzanego obecnie systemu KOS po zawale serca i pilotażowego modelu poszerzonej opieki zdrowotnej

(POZ PLUS), którego realizacja jest planowana do 31 grudnia 2019 r. Zdaniem autorów projektu racjonalnie wykorzystując środki dostępne w NFZ można zapewnić pacjentom z niewydolnością serca efektywniejszą opiekę w trybie ambulatoryjnym, bez kosztownej hospitalizacji. Wprowadzenie kompleksowej, koordynowanej opieki nad chorymi na niewydolność serca (KONS) powinno prowadzić do wydłużenia przeżycia, redukcji częstości hospitalizacji, zmniejszenia absencji chorobowej, poprawy jakości życia oraz spadku kosztów pośrednich wynikających z niezdolności do pracy i absencji rentowej (ZUS).

Osiągnięty w ostatnich 2-3 dekadach postęp w zakresie diagnostyki i leczenia niewydolności serca spowodował znaczącą poprawę rokowania. Mimo to nadal pacjenci nie są poddani optymalnej terapii, a leczenie zastosowane w momencie wypisu ze szpitala nie jest modyfikowane. Efektem tego jest zwiększone ryzyko zaostrzenia choroby i dekompensacji z koniecznością ponownej hospitalizacji. Opierając się na danych NFZ, można uznać, że leczenie szpitalne w Polsce jest podstawą postępowania w niewydolności serca.

Z badania IMPROVEMENT, przeprowadzonego ponad dekadę temu wynika, że przyczyny wielu terapeutycznych niepowodzeń wśród chorych na niewydolność serca są często łatwe do skorygowania. Mogą one wynikać z braku określonych kompetencji lekarzy, braku czasu dla pacjenta, zaniechania przestrzegania zaleceń. Niewystarczająca edukacja pacjentów powoduje, że nie potrafią oni prowadzić samokontroli i reagować na pierwsze objawy dekompensacji. Brak odpowiedniej współpracy lekarzy, pielęgniarek, dietetyków, fizjoterapeutów, prowadzi do opieki niepełnej i pozbawionej ciągłości (Tab.2 i Tab.3).

Niektóre przyczyny niepowodzeń opieki nad chorymi z niewydolnością serca ze strony lekarza

Niewystarczająca znajomość diagnostyki niewydolności serca
- zbyt późne rozpoznanie
Niewystarczająca wiedza o leczeniu opartym na EBM
Nieprawidłowości farmakoterapii
- zbyt duże pierwsze dawki ACEI i β -adrenolityków
- zbyt szybkie zwiększanie dawek tych leków
- zbyt małe ich dawki docelowe
- zbyt szybka rezygnacja z ich stosowania
- obawa o potencjalne efekty uboczne leków
- stosowanie leków pogarszających niewydolność serca (niesterydowe leki przeciwzapalne, werapamil, sterydy, antydepresanty)
Niedostateczna edukacja chorych
Ograniczenia czasowe

Niektóre przyczyny niepowodzeń opieki nad chorymi z niewydolnością serca z winy chorego

Słaba współpraca z personelem medycznym

Nieprzestrzeżenie zalecanej farmakoterapii spowodowane

- niewystarczającą wiedzą o chorobie i leczeniu
- występowaniem objawów ubocznych
- skomplikowanym reżimem terapeutycznym
- wysokim kosztem leków

Brak umiejętności samooceny i samokontroli

- kontroli wagi, obrzęków, ciśnienia tętniczego, tętna
- nieznanomość objawów wymagających zgłoszenia się do lekarza

Od lat w wytycznych ESC zwraca się uwagę na znaczenie działań edukacyjnych. Powodzenie w leczeniu może zapewnić zrozumienie choroby i odpowiednia dbałość pacjenta o zdrowie. Koncepcja samoopieki zyskuje w Europie coraz szersze uznanie i pokrywa się z rosnącym zainteresowaniem społeczeństwa własnym zdrowiem, dobrym samopoczuciem i dostępem do informacji na temat zdrowia. W miejsce powszechnego słabego przestrzegania przez pacjenta zaleceń proponuje się samodzielną pielęgnację i zarządzanie samokontrolą. Pacjent przy wsparciu zespołu medycznego powinien być aktywnym partnerem w podejmowaniu decyzji dotyczących choroby w oparciu o wypracowany razem z nim indywidualny plan opieki.

Proponowany model KONS ma na celu dążenie do zapewnienia pacjentom skoordynowanego dostępu do diagnostyki i leczenia zgodnego z aktualnym stanem wiedzy na każdym etapie choroby. Opieka w ramach tego projektu powinna zawierać interwencje realizowane przez POZ, ambulatoryjne leczenie specjalistyczne, szpitale, ośrodki rehabilitacji i opieki długoterminowej. Szczególne znaczenie ma podział ról w procesie leczenia, a także uzupełnienie i rozwinięcie istniejących struktur i rozwiązań w postaci POZ PLUS. W ten sposób świadczenia dla pacjentów z mniejszym nasileniem choroby, w stabilnym stanie (np. I, II klasa wg NYHA) będą zapewnione przez zespoły lekarzy i pielęgniarek POZ wspierane na bieżąco przez konsultantów kardiologów i pielęgniarki niewydolności serca (nowa grupa specjalistów). Pozwoli to zapewnić niezbędne świadczenia lekarskie, pielęgniarskie, edukacyjne, preskrypcję leków oraz monitorowanie compliance w zakresie farmakoterapii i zachowań zdrowotnych pacjenta.

Opieka szpitalna będzie prowadzona przez placówki posiadające warunki do leczenia chorych na niewydolność serca (SOR, izby przyjęć) oraz oferujące pacjentom z zaostrzeniem choroby optymalną opiekę

stacjonarną oraz jednego dnia. Powinny posiadać w swojej strukturze poradnie przyszpitalne (Poradnie Niewydolności Serca), które podejmą interwencję wobec pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz wesprą POZ w okresie po wypisaniu ze szpitala.

Lekarze kierujący pacjentów do szpitali i służby ratownictwa medycznego będą informowani o placówkach profilowanych na leczenie chorych z niewydolnością serca. Populacja pacjentów objętych KONS będzie stanowić podzbiór populacji podopiecznych POZ. Lekarze POZ będą mogli zaproponować swoim pacjentom objęcie tą formą opieki, przy czym w przypadku odmowy chorego sytuacja i sposób leczenia nie ulegnie zmianie w stosunku do stanu obecnego.

Zgoda na uczestnictwo w KONS spowoduje uruchomienie planowanych przepływów finansowych i idących w ślad za nimi świadczeń. Całość działania KONS będzie podlegać kontroli i monitorowaniu jakości, począwszy od warunków struktury (kadry, ich kompetencje, sprzęt) poprzez śledzenie stopnia adherencji praktyki klinicznej, do wytycznych postępowania klinicznego po obserwacji wskaźników wyniku (np. liczby hospitalizacji w trybie nagłym).

Podejmowane działania powinny sprzyjać implementacji nowych rozwiązań, których celem jest zapewnienie skoordynowanej, ciągłej, kompleksowej i aktywnej opieki zdrowotnej na każdym etapie procesu leczenia. Intencją proponowanych działań jest uzyskanie maksymalnej długości i jakości życia u pacjentów z niewydolnością serca.

Eksperti szacują, że wprowadzenie KONS przyczyniłoby się do spadku umieralności i liczby hospitalizacji o ok 25%.

Opracowanie na podstawie:

1. Kompleksowa opieka nad chorymi z niewydolnością serca w Polsce: propozycje rozwiązań organizacyjnych.: J.Nessler, A. Kozierekiewicz, A.Gackowski, E.Straburzyńska-Migaj, I.Uchmanowicz, P.Hoffman, K.Chlebus, G Gielerak, M.Gasior, T.Grodzicki, J.Gierczyński, P.Jankowski, J. Kaźmierczak, J.Legutko, P.Leszek, M.Miłkowski, G.Opolski, P.Rozentryt, A.Windak, A.Witkowski, M.J.Wysocki, A.Zapaśnik, T.Zdrojewski: *Kardiol.Pol* 2018;76,2:479-487
2. Jaki model opieki ambulatoryjnej nad chorym z niewydolnością serca? Miejsce lekarza rodzinnego: M.Wierzchowiecki, K.Poprawski *Forum Med Rodz* 2008. t.2,nr1: 1-13

MedTrends

W dniach 23-24 maja 2018 w Zabrze odbyło się IV Europejskie Forum Nowoczesnej Ochrony Zdrowia – MedTrends 2018.

Idea MedTrends narodziła się w roku 2014. Założeniem twórców było stworzenie przestrzeni do prowadzenia międzynarodowej, interdyscyplinarnej debaty nad kierunkami rozwoju nowoczesnej ochrony zdrowia, zdrowia cyfrowego w Polsce i Europie, wspólnej analizy aktualnych wyzwań, szans związanych z transformacją cyfrową w obszarze zdrowia, stworzenie miejsca wiedzy i wymiany doświadczeń – wspólnego wypracowywania dobrych, pragmatycznych rozwiązań, służących chorym, ale także leczącym i organizującym leczenie

Obserwując kilka lat temu rynek nowych technologii w ochronie zdrowia, dynamicznie rozwijający się obszar zdrowia cyfrowego (e- i m-zdrowia, telemedycyny, Internetu rzeczy), zauważyliśmy, że brakuje spotkań, podczas których przedstawiciele różnych dziedzin mogliby wspólnie pochylić się, podyskutować nad nowymi technologiami w medycynie – mówią organizatorzy, Joanna Zembala-John, pomysłodawca MedTrends oraz Adam Konka, prezes Śląskiego Parku Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia. - Na rynku mogliśmy zauważyć wiele doskonale dopracowanych, zaawansowanych technologicznie projektów, ale zupełnie nieprzydatnych w praktyce, niedostosowanych do faktycznych potrzeb chorego czy personelu medycznego (stworzonych - można powiedzieć w myśl hasła “technologia dla technologii”, “sztuka dla sztuki”) i odwrotnie – wiele rozwiązań mocnych klinicznie, ale niedopracowanych, ubogich lub niewydolnych technologicznie. Brakowało łącznika, wspólnego spojrzenia, wspólnego podejścia w tworzeniu innowacji medyczno-technologicznych.

Takim “łącznikiem”, mostem pomiędzy branżą med-tech, nauką i biznesem stało się organizowane od 2015 roku Forum MedTrends, organizowane przez Kardio-Med Silesia we współpracy ze Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze, Fundacją Śląskiego Centrum Chorób Serca, Urzędem Miasta Zabrze, władzami śląskich i opolskich uczelni.

MedTrends skupia przedstawicieli różnych dyscyplin nauki m.in. medycyny, bioinżynierii, informatyki, nowych technologii oraz świata biznesu – przedsiębiorców oraz inwestorów skupionych wokół jednego celu: rozwoju nowoczesnej medycyny.

Formuła tegorocznej, IV edycji MedTrends zakładała bardzo dużą dynamikę: dwa intensywne dni sesji naukowych, warsztatów, case study, połączone sesją konkursową dla startupów w ochronie zdrowia.

Tematyka pierwszego dnia Forum, tj. 23.05.2018, skupiona była wokół najbardziej aktualnych zagadnień związanych z implementacją i rozwojem zdrowia cyfrowego (telemedycyny, e- i m-Zdrowia) w Polsce. Podczas sesji inauguracyjnej, reprezentanci **m.in. Komisji Europejskiej, Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, CSIOZ, NFZ, ZUS, PZU Zdrowie, wybitni eksperci zdrowia cyfrowego, prawa, ekonomii przedstawili strategię rozwoju zdrowia cyfrowego w Europie i Polsce w obliczu aktualnych wyzwań medycznych, społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i prawnych.** Wśród poruszanych tematów znalazły się m.in. transgraniczna wymiana danych (e-recepta, historia choroby pacjenta), elektroniczne formularze zgody pacjenta, e-zwolnienia lekarskie (e-ZLA), finansowanie innowacji w ochronie zdrowia, innowacje i trendy w ubezpieczeniach zdrowotnych.

Ważnym uzupełnieniem pierwszej sesji była interdyscyplinarna dyskusja panelowa na temat zdrowia cyfrowego w Polsce, kierunków jego rozwoju – szans i nadziei, jakie z nim możemy wiązać.

Tematem przewodnim drugiej sesji były cyfrowe platformy zdrowia – prezentacja dobrych praktyk na przykładzie śląskiej platformy cyfrowej eCaredMed. Po znakomitym wykładzie wprowadzającym Pana Michała Gramatyki, Wicemarszałka Województwa Śląskiego, podsumowującym realizację prac nad platformą, swoimi doświadczeniami, przemyśleniami na temat dobrych praktyk w platformach cyfrowych podzielili się zaproszeni do panelu dyskusyjnego Goście,

przedstawiciele świata medycyny, biotechnologii, administracji publicznej, biznesu.

Wiele uwagi podczas tegorocznego MedTrends poświęcono **wykorzystaniu sztucznej inteligencji i uczenia maszynowego** w edukacji, diagnostyce i leczeniu chorób cywilizacyjnych, także w kontekście nowych wyzwań i oczekiwań w polskim systemie ochrony zdrowia, takich jak brak kadr medycznych, problem kolejek do specjalistów, rosnący medyczno-społeczno-ekonomiczny ciężar chorób przewlekłych, konieczność większego nacisku na edukację i prewencję (a nie - jak dotychczas - na medycynę naprawczą), zmieniające się potrzeby i oczekiwania współczesnego pacjenta. W jaki sposób nowe wirtualne technologie, inteligentne algorytmy mogą wspierać dzisiejszą medycynę? W sesji zatytułowanej “Sztuczna inteligencja - matriks czy rzeczywistość” przedstawiono m.in. możliwości wykorzystania technik głębokiego uczenia się w diagnostyce chorób neurodegeneracyjnych, zastosowanie algorytmów dla poprawy diagnostyki, leczenia i jakości życia chorych z zaburzeniami rytmu, potencjał chatbotów - wirtualnych asystentów zdrowia – we wstępnej diagnostyce, zarządzaniu zdrowiem, w prowadzeniu chorych z niewydolnością serca. Natomiast w sesji poświęconej big data przedstawiono m.in. korzyści dla chorego i systemu ochrony zdrowia, płynące z inteligentnego zarządzania danymi medycznymi w kardiologii, narzędzia weryfikacji hipotez medycznych w oparciu o dane kliniczne i omiczne, wykorzystanie big data w analizie danych klinicznych i genetycznych na przykładzie personalizacji leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej.

Duży nacisk podczas tegorocznej edycji położono na prezentację dobrych praktyk w telemedycynie oraz zdrowiu mobilnym. W sesji “Telemedycyna opera na faktach – wnioski i rekomendacje dla rozwiązań telemedycznych” przedstawiono innowacyjne projekty, dedykowane konkretnym schorzeniom, konkretnej populacji, realizowane w ramach badań epidemiologicznych, klinicznych m.in. “NOMED-AF” – nieinwazyjny monitoring we wczesnym wykrywaniu migotania przedsionków, program “Miasto Zdrowia” – projekt telemedyczny dla osób w wieku 65+ ze schorzeniami kardiologicznymi, diabetologicznymi, pulmonologicznymi oraz wykorzystanie rozwiązań telemedycznych w optymalizacji postępowania szpitalnego dla chorych po udarze mózgu.

Tradycyjnym ważnym elementem spotkania była blok naukowy “Smart Health” poświęcony zdrowiu mobilnemu i prezentacji dobrych praktyk w mHealth. Podczas tej dynamicznej sesji przedstawiono interesujące aplikacje mobilne, m.in. “CanCell Cancer” - nowatorską aplikację NFZ, umożliwiającą, w sposób przyjazny użytkownikowi, poznanie indywidualnych czynników ryzyka, ułatwiającą dostęp do rzetelnej edukacji i prewencji chorób onkologicznych, “After AMI” (Po Zawale) – aplikację wspierającą chorych w prewencji wtórnej zawału serca, tzw. “serce w smartfonie” - pionierskie rozwiązanie zespołu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wykorzystujące nowe technologie mobilne w leczeniu arytmii oraz projekt Biolumo – system inteligentnej, koszt-efektywnej diagnostyki infekcji bakteryjnych.

Intensywny dzień naukowy zakończyła organizowana we współpracy z Fundacją Śląskiego Centrum Chorób Serca, Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze oraz Krajową Izbą Gospodarczą **sesja konkursowa TOP TRENDS, podczas której zaprezentowane zostały najciekawsze spośród zgłoszonych startupów w ochronie zdrowia, m.in. z zakresu diagnostyki pediatrycznej, medycyny regeneracyjnej, symulacji medycznej, innowacyjnej pulmonologii. Zwycięzcą Grand Prix tegorocznej edycji został projekt FindAir, prezentujący nowoczesne rozwiązanie dla chorych na astmę.**

Wartościową inicjatywą towarzyszącą MedTrends, organizowaną **w dniu 23.05 w siedzibie Śląskiego Parku Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia** były **MedTrends-USG** – warsztaty ultrasonografii interwencyjnej dla studentów medycyny i przedstawicieli zawodów medycznych, organizowane przy współpracy z charyzmatycznym Zespołem Śląskiej Szkoły Ultrasonografii im. Z. Wawrzynka. Spotkanie to, organizowane w współpracy ze Śląskim Oddziałem IFMSA, spotkało się z bardzo pozytywnym oddźwiękiem ze strony uczestników.

Drugi dzień MedTrends, tj. **24.05 (czwartek)**, zadedykowany był startupom. Program, podobnie jak w w pierwszym dniu, zakładał bardzo dynamiczną formułę: wykłady ekspertów, warsztaty, case study. Zaproszeni eksperci Krajowej Izby Gospodarczej, Fundacji Przedsiębiorczości Technologicznej, SpeedUp Venture Capital Group, PZU Zdrowie, Biolumo, inwestorzy, mentorzy, ex Aniołowie Biznesu, byli i obecni startupowicze dzielili się swoim

doświadczeniem i praktycznymi wskazówkami, w jaki sposób działać, by działać dobrze, nie ponosząc dodatkowych kosztów, nakładów pracy, czasu, by nie dać się oszukać; co należy zrobić na starcie, by być pierwszym na mecie, jak nie rezygnować z marzeń, odnieść sukces i nie zwariować, jak utrzymać się na rynku. Współorganizatorem Warsztatów była Krajowa Izba Gospodarcza, Grupa ADAMED i Fundacja Przedsiębiorczości Technologicznej MIT Enterprise Forum oraz SpeedUP Venture Capital Group.

Patronat honorowy nad wydarzeniem objęło **Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, Krajowa Izba Gospodarcza**, Pan Michał Gramatyka Wicemarszałek Województwa Śląskiego oraz Prezydent Miasta Zabrze. MedTrends 2018 uzyskało także patronat honorowy rektorów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Politechniki Śląskiej, Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Uniwersytetu Śląskiego, Uniwersytetu Opolskiego oraz Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach.



Wspomnień czar...

**„Gdzie się podziały” tamte baraki...
czyli Poradnia Kardiologiczna ŚCCS kiedyś i dziś.**

W kwietniu 2018r. minie 7 lat od kiedy nasza Poradnia Kardiologiczna, Kardiologiczna i Transplantacyjna przeniosła się ze "starego" miejsca (pamiętnego baraku i budynku A), do nowego, pięknego budynku, przy ulicy Skłodowskiej 9.



Zaczynaliśmy od małego, niepozornego baraku i głównego budynku przy ulicy Szpitalnej 2. Dnia 26 kwietnia 2011r. przenieśliśmy się do nowoczesnego nowo wybudowanego budynku, w którym mogliśmy zatrudnić jeszcze więcej lekarzy, którzy mogą leczyć jeszcze większą ilość pacjentów.



Kierownikiem i naszym mentorem była wówczas pani dr Teresa Zielińska (od początku istnienia Poradni do końca czerwca 2016r.), pielęgniarką koordynującą poradni Kardiologicznej i Kardiologicznej została pani mgr Dorota Włodarczyk i jest z nami do dziś. Kiedyś każdego dnia przyjmowaliśmy w poradni od 100-130 chorych. W rejestracji mieliśmy kilkanaście metalowych szafek z kartotekami pacjentów. Obecnie mamy ogromne, wciąż powiększające się archiwum, w którym znajduje się kilkadziesiąt tysięcy „historii zdrowia i choroby” pacjentów. Dziś przyjeżdża do nas każdego dnia od 200 do 300 pacjentów, by skorzystać z porady kardiologów, kardiologów czy transplantologów. W barakach mieściliśmy poradnię z rejestracją, pracownię UKG, jeden gabinet w którym wykonywane były testy wysiłkowe i dwa małe gabinety EKG oraz całą administrację szpitala. W tzw. baraku znajdowało się zaledwie kilka gabinetów lekarskich i mały gabinet zabiegowy, gdzie przyjmowaliśmy pacjentów po zabiegach kardiologicznych. W jednym pomieszczeniu odbywały się kontrole wszczepionych urządzeń (ICD, CRT-d i inne). W przeciągu kilkunastu lat, rozwinęliśmy się niesamowicie, co jest zasługą naszego Pana Profesora Mariana Zembali, kierownika Poradni Kardiologicznej dr M. Świerada, zastępcy dr J. Szkodzińskiego i dr. P. Paska (kierownika Poradni Kardiologicznej) i nas wszystkich, którzy swoją pracą starają się każdego dnia okazywać, że nie wykonujemy jej "z przypadku" ale, że robimy to wszystko dla pacjentów z potrzeby serca i wiemy, że tu jest nasze miejsce.



Zespół Poradni Specjalistycznych udziela pacjentom z całej Polski ambulatoryjnych świadczeń medycznych i diagnostycznych na najwyższym poziomie, dzięki bardzo dobrej bazie oddziałów klinicznych i specjalistycznych pracowni diagnostycznych do których należą: Pracownia Badań Czynnościowych Układu Krążenia i Oddychania, Kontroli Stymulatorów

i Kardiowerterów-Stymulatorów Serca, Elektrofizjologii i Elektroterapii Serca, Echokardiografii Dorosłych, Rentgenodiagnostyki, Mikrobiologii, Monitorowania Leków, Krzepnięcia Krwi i HBS/HIV oraz Pracownia Medycyny Nuklearnej. W Śląskim Centrum Chorób Serca wykonujemy również Rezonans Magnetyczny (MRI) i Tomograf Komputerowy. Każda porada oraz wydane zalecenia dotyczące dalszego postępowania leczniczego oparte są na stale pogłębianej wiedzy i bogatym doświadczeniu naszych konsultantów, a także aktualnych wytycznych z każdej dziedziny kardiologii zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC). W swoich strukturach zadaniowych mamy gabinety dla pacjentów wymagających specjalistycznych świadczeń medycznych i diagnostycznych:

- Gabinet dla chorych niezdiagnozowanych, zgłaszających się do SCCS po raz pierwszy
- Gabinet diagnostyki, leczenia i prewencji wtórnej schorzeń serca i naczyń
- Gabinet prewencji pierwotnej i wtórnej zaburzeń lipidowych i nadciśnienia tętniczego
- Gabinet porad dla chorych z wrodzoną i nabytą arytmia
- Gabinet kwalifikacji do diagnostyki elektrofizjologicznej, elektroterapii i kontroli rozruszników
- Gabinet porad dla chorych z migotaniem przedsionków; leczenie i szkolenie z zakresu prewencji udaru mózgu, leczenia p/krzepliwego, zaburzeń układu krzepnięcia i hemostazy
- Gabinet porad dla chorych dorosłych i dzieci z niewydolnością serca
- Gabinet porad dla chorych dorosłych i dzieci z wrodzoną wadą serca
- Gabinet porad dla chorych z nabytą wadą serca
- Gabinet porad dla kobiet z chorobami układu sercowo-naczyniowego w okresie ciąży
- Gabinet kwalifikacji do leczenia inwazyjnego objawowych chorób serca i naczyń
- Gabinet porad dla chorych z zespołem metabolicznym, cukrzycą, niewydolnością nerek
- Gabinet porad dla chorych z chorobami układu sercowo-naczyniowego powyżej 75 roku życia
- Gabinet porad dla chorych z podejrzeniem zapalenia mięśnia sercowego, zapalenia osierdzia – diagnostyka i prewencja

- Gabinet porad dla chorych z nadciśnieniem płucnym
- Gabinet kardiologii sportowej
- Poradnia kardiologiczna – kwalifikacja pacjentów do leczenia kardiologicznego, leczenie po zabiegach kardiologicznych
- Poradnia transplantacyjna – kwalifikacja pacjentów do transplantacji serca i płuc, leczenie po zabiegach transplantacji
- Gabinet porad w zakresie rehabilitacji kardiologicznej
- Gabinet porad dietetycznych

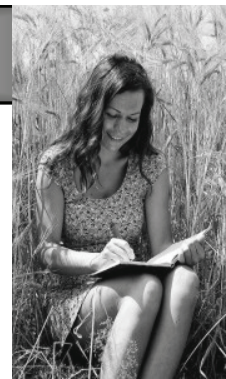


W Zespole Poradni Specjalistycznych porad udziela 107 lekarzy kardiologów, kardiochirurgów, transplantologów, rzesze diagnostów, pielęgniarek, pracowników rejestracji medycznej i pracowników niższego szczebla medycznego. Na potrzeby naszych pacjentów od 2016r. utworzyliśmy wewnętrzny system rejestracji telefonicznej „Call Center”, aby chorzy z terenu całej Polski mogli łatwiej dozwonić się do Poradni.



Wspomnienia Kasi Żbikowskiej:

Swoją pracę w Poradni Kardiologicznej rozpoczęłam wiosną 2005r. Pamiętam słońce, bzy, no i my. Całkiem fajnie tworząca się ekipa Poradni Kardiologicznej. Moja ówczesna koordynator, pani Maria Kernert, wprowadziła mnie do zespołu i praktycznie nauczyła wszystkiego od



Dieta w niedoczynności tarczycy. Co jeść, a czego unikać?

programu komputerowego, którego znajomość potrzebna była do rejestracji pacjentów (wówczas był to program RUM ubogi modułowo i funkcyjnie w porównaniu z obecnie stosowanym nowoczesnym systemem AMMS), po umiejętność wypracowania z czasem właściwego podejścia wobec pacjentów, okazywaniem empatii i chęci niesienia pomocy w każdej sytuacji, gdy pacjent jej potrzebuje. Przez wiele miesięcy obserwowałam jej podejście do pacjentów i dziś mogę powiedzieć, że cierpliwość i empatia, to najcenniejsze cechy, jakie rejestratorka medyczna powinna posiadać. Zawsze byłam osobą otwartą, dlatego bardzo szybko zaznajomiłam się z pracą, polubiłam ją bardzo i zawarłam przyjaźnie ze współpracownikami, które trwają do dziś.

Krótko po mnie do poradni dołączyła Karolina Lipina i Monika Antoszczyk. Najmłodsze wtedy stażem do dziś pozostałyśmy „wierne” naszej Poradni i oddane swojej pracy i pacjentom. Wielu z nich pamięta nas z „czasów baraków”, co jest naprawdę miłe, gdy po dziś dzień do nas przyjeżdżają i wspominają tamte lata. Wprawdzie warunki były dosyć uciążliwe dla pacjentów, jednak nikt nie wspomina tamtego miejsca źle. Chyba ten specyficzny, jak gdyby rodzinny klimat tamtego miejsca, pozostał w sercach wszystkich, którzy tam i pracowali, i bywali jako pacjenci.

Pacjenci przyjeżdżali z całej Polski, leczyli się, często znikali na kilka lat, by ponownie zawitać do naszego ośrodka i wznowić leczenie, bo nam zaufali. Bo pomogliśmy. Bo mamy świetnych lekarzy, wykwalifikowane pielęgniarki i my, jako niby zwykłe (powiedziałby ktoś) rejestratorki medyczne - również przyczyniamy się do tego, by całokształt działalności ŚCCS był odbierany na zewnątrz jak najlepiej. Bo zespół ŚCCS składa się jednak nie tylko z utalentowanych, świetnie wyszkolonych lekarzy kardiologów, angiologów, kardiochirurgów, anestezjologów, radiologów, chirurgów naczyniowych, pulmonologów i transplantologów oraz doskonałych pielęgniarek, ale również z nas; personelu średniego: rejestratorek medycznych pracujących w naszej poradni kardiologicznej, transplantacyjnej oraz w poradni kardiologicznej dziecięcej. Dla nas wszystkich pacjent jest zawsze najważniejszy. Działajmy nadal prężnie, idźmy do przodu i zawsze, niezmiennie pamiętajmy, by PACJENT BYŁ DLA NAS NAJWAŻNIEJSZY.

Bo, jak głosi misja naszego szpitala: jesteśmy po to, aby ratować, nowoczesnie leczyć, dawać nadzieję...

Niedoczynność tarczycy to poważne i częste schorzenie dotykające głównie kobiety. Wynika ono z niskiego stężenia hormonów tarczycowych we krwi, które prowadzi do zaburzeń funkcjonowania całego organizmu. Niezwykle istotna w problemach tarczycowych jest zdrowa i pełnowartościowa dieta. Dowiedz się, co należy jeść, a czego unikać w diecie przy niedoczynności tarczycy.

Tarczycą to niewielki narząd zbudowany z ogromnej ilości pęcherzyków, znajdujący się w dolnej części szyi. Tarczycą produkuje dwa hormony: tyroksynę i trójiodotyroninę. Są to hormony niezbędne dla naszego zdrowia.

Czym jest niedoczynność tarczycy

Niedoczynność tarczycy to choroba wynikająca z niewystarczającej ilości hormonów tarczycowych. Przyczyną niedoczynności tarczycy jest często przewlekły niedobór jodu w diecie, ale także stosowanie niektórych leków, stan po usunięciu tarczycy lub po leczeniu nadczynności tarczycy.

Objawy niedoczynności tarczycy

Choroba może długo nie wywoływać żadnych niepojęcych objawów, które nakłaniają do wizyty u lekarza. Najczęstszymi objawami niedoczynności tarczycy są:

- przyrost masy ciała
- zmęczenie, osłabienie
- senność
- brak koncentracji
- zaparcia
- obfite krwawienia miesiączkowe
- suchość skóry

Leczenie niedoczynności tarczycy

Podstawą leczenia niedoczynności tarczycy jest podawanie tyroksyny w dawkach indywidualnych dla

każdego chorego. Lek stosuje się rano na czczo na 30-60 minut przed pierwszym posiłkiem. Uzupełnieniem leków jest zdrowa, zbilansowana i różnorodna dieta, która pełni bardzo istotną rolę w zaburzeniach produkcji hormonów tarczycowych.

Dieta w niedoczynności tarczycy

Dieta w tym częstym schorzeniu tarczycy powinna być urozmaicona, pełnowartościowa i w większości przypadków niskokaloryczna ze względu na problemy z wagą u osób chorych. Musi ona dostarczać odpowiednie ilości jodu, selenu, żelaza i cynku, a także pełnowartościowe białko i błonnik pokarmowy.

Co należy jeść przy niedoczynności tarczycy

Ryby i owoce morza

Są one podstawowym źródłem jodu, którego nie może zabraknąć w diecie osób z niedoczynnością tarczycy. Jod jest niezbędny do produkcji hormonów tarczycowych. Ryby należy jeść co najmniej 3-4 razy w tygodniu. Najcenniejszymi źródłami jodu są ryby morskie takie jak dorsz, łosoś, tuńczyk i makrela.

Pełnoziarniste produkty zbożowe

Produkty zbożowe z pełnego przemiału są źródłem węglowodanów złożonych, błonnika pokarmowego, magnezu, cynku czy witamin z grupy B. W diecie należy stosować pełnoziarniste pieczywo, makarony, kasze i brązowy ryż, komosę ryżową, amarantus.

Owoce i warzywa

Nie może ich zabraknąć w diecie, ponieważ są źródłem cennych witamin i minerałów. Są zazwyczaj niskokaloryczne i zapewniają uczucie sytości, dzięki dużej zawartości błonnika pokarmowego. Warzywa i owoce powinny pojawiać się w diecie kilka razy dziennie.

Nabiał

Jest głównym źródłem wapnia, który jest niezbędny dla zdrowia organizmu. Produkty mleczne dostarczają witaminy z grupy B oraz witaminę A i D oraz zawierają pełnowartościowe białko. W niedoczynności tarczycy należy stosować chudy nabiał taki jak chude jogurty, kefir, maślanka, chudy twaróg.

Zdrowe tłuszcze

Są bardzo istotnym składnikiem zdrowej diety. Należą do nich przede wszystkim tłuszcze roślinne znajdujące się w olejach, nasionach, pestkach, ale także tłuszcze

zwierzęce, które znajdziemy w rybach. Należy je wprowadzać do diety, pamiętając jednak, że są wysokokaloryczne.

Jajka

Są one najcenniejszym źródłem białka o najwyższej wartości odżywczej. Zawierają także witaminy rozpuszczalne w tłuszczach oraz żelazo. Należy o nich pamiętać w diecie osób z niedoczynnością tarczycy.

Sól morską

Jest naturalnym źródłem jodu. Powinno się ją stosować zamiast zwykłej soli do przyprawiania potraw.

Czego należy unikać w diecie na niedoczynność tarczycy

Uważaj na substancje wolotwórcze

Goitrogeny (substancje wolotwórcze) utrudniają wchłanianie jodu z pokarmu. Znajdują się one w niektórych warzywach. W diecie przy niedoczynności tarczycy nie trzeba z nich całkowicie rezygnować, a tylko ograniczyć ich spożywanie. Aby zmniejszyć zawartość goitrogenów w produktach należy je gotować lub dusić bez przykrywk.

Warzywa zawierające substancje wolotwórcze:

- kapusta biała
- kapusta włoska
- kapusta pekińska
- brukselka
- cykoria
- rukola
- brokuły
- kalafior
- jarmuż

Osoby z niedoczynnością tarczycy powinny także unikać białego pieczywa, tłustych mięs, tłuszczów trans, które znajdziemy np. w frytkach, oraz białego cukru.

Odpowiednie dobranie produktów oraz zbilansowanie diety ma kluczowe znaczenie w leczeniu poważnego schorzenia, jakim jest niedoczynność tarczycy. Menu musi dostarczać wszystkich niezbędnych składników odżywczych potrzebnych do produkcji hormonów tarczycowych oraz ograniczać produkty wysokokaloryczne i zaburzające gospodarkę lipidową. W przypadku problemów z tarczycą warto zgłosić się o pomoc do dietetyka.

Przykładowe przepisy dla osób z niedoczynnością tarczycy pochodzące z mojego bloga dietetyczne-przepisy.net

Pyszny makaron ze szpinakiem, łososiem i szparagami – 2 porcje po 400 kcal każda



Składniki:

- 200 g fileta z łososia
- 200 g świeżego szpinaku
- 200 g zielonych szparagów
- 1 cebula 50 g
- 20 g sera Lazur
- 3 ząbki czosnku
- łyżeczka oliwy
- sok z 1 limonki
- sól, pieprz kolorowy, gałka muskatołowa, płatki chili lub chili w proszku
- 80 g makaronu pełnoziarnistego

Przygotowanie:

Makaron ugotuj al dente. Umyj szparagi i odłóż zdrewniałe końce. Pokrój je na małe kawałki (ja zostawiłam długie do zdjęcia:). Na nieprzywierającej patelni podsmaż na łyżeczce oliwy pokrojoną w kostkę cebulę, dodaj przeciśnięty przez praskę czosnek i ciągle mieszaj, aby się nie przypaliły. Dodaj szparagi. Umyj dokładnie szpinak i dodaj do szparagów. Łososia oczyść ze skóry, pokrój na kawałki, skrop sokiem z limonki i oprósź sol, pieprzem i chili. Wrzuć łososia na patelnię. Duś wszystko 10-15 minut. Dopraw gałką muskatołową oraz solą i pieprzem do smaku. Posyp danie startym serem Lazur. Podawaj z makaronem. Smacznego:)

Aromatyczna kasza jaglana z pomidorami i cykorią – danie jednogarnkowe – 1 porcja 300 kcal



Składniki:

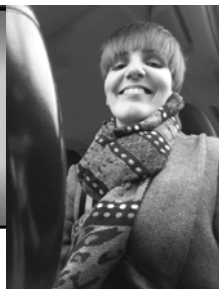
- 40 g suchej kaszy jaglanej
- 1 cykoria 80 g
- 50 g szynki z kurczaka
- 1 duży pomidor 200 g
- pół cebuli 50 g
- ząbek czosnku
- łyżeczka oliwy
- sok z cytryny
- sól, pieprz, bazyli, gałązka rozmarynu, płatki chili (lub mielone chili)

Przygotowanie:

Cykorię podziel na listki i skrop sokiem z cytryny. Kaszę jaglaną przelej wrzątkiem, aby pozbyć się goryczki. W rondlu z nieprzywierającą powierzchnią podsmaż na łyżeczce oliwy pokrojoną w kostkę cebulę, dodaj przeciśnięty przez praskę czosnek oraz pokrojoną szynkę z kurczaka. Smaż ciągle mieszając, aby składniki się nie przypaliły. Dodaj pokrojone listki cykorii i smaż jeszcze chwilę. Następnie dodaj obranego i pokrojonego w kostkę pomidora, wsyp suchą kaszę i zalej wszystko połową szklanki wody. Dodaj gałązkę rozmarynu i duś, aż kasza wchłonie wodę – około 15 minut. Następnie dopraw danie solą, pieprzem, suszoną bazylią oraz płatkami chili. Gotowe! Życzę miłego dietowania!

Katarzyna Kasińska

Wolontariusz i Koordynator Fundacji Śląskiego
Centrum Chorób Serca w Zabrze



Fundacyjne wieści

„Twoje TAK ma ZNACZENIE” to pierwsza tego typu kampania prozdrowotna z szerzeniem idei transplantacji organizowana przez Karola Kukowkę, lekarza rezydenta pediatrii, wolontariusza Fundacji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze. Niewykonalne? Młody medyk wyszedł z założenia, że nie ma rzeczy niemożliwych. „Był rok 2016. Pomysł zrodził się w mojej głowie pewnego wieczoru, po jednym z dni konferencyjnych na których usłyszałem słowa: zbyt mało dobrego robimy!” - wspomina pan Karol. Pełne wsparcie Prezes Fundacji Alicji Chachaj, szybki szkic projektu, przekonanie władz miasta Lubliniec, wsparcie finansowe ze środków pozarządowych oraz wielu sponsorów prywatnych - to wszystko spowodowało, iż jeszcze tego samego roku zorganizowano I Edycję tego szczytnego wydarzenia.

Idea? Koncert charytatywny na rzecz turnusu rehabilitacyjnego dla dzieci i młodzieży po transplantacji serca i operacjach kardiologicznych, wieńczący całonocną kampanię prozdrowotną oraz promującą ideę transplantacji w mieście Lubliniec. W trakcie Kampanii funkcjonuje Białe Miasteczko, w którym prowadzone są bezpłatne badania profilaktyczne m.in. pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar stężenia glukozy oraz cholesterolu we krwi, EKG, spirometria, smokolizery, badanie w kierunku osteoporozy, badanie słuchu oraz wzroku, stanowisko propagujące i informujące dotyczące badania piersi. Dodatkowo stanowisko profilaktyki wad postaw u dzieci. Badaniom towarzyszą również stoiska z poradami lekarskimi z zakresu m.in. dermatologii, kardiologii, okulistyki i innych. Ponadto podczas każdej z edycji prowadzona jest akcja aktywnego krwiodawstwa jak również rejestracja przy stanowisku Dawców Szpiku DKMS. Podczas I Edycji wykonano ponad 1000, a w roku 2017 podczas II Edycji około 1700 bezpłatnych badań profilaktycznych. Wnioskujemy, iż w roku 2018 liczba ta wzrośnie.

Dodatkowo w kwietniu i listopadzie 2017 roku przeprowadzono dwie Edycje Debaty Transplantacyjnej, pierwszych tego typu w mieście Lubliniec, które

cieszyły się ogromnym zainteresowaniem mieszkańców. Organizator, Karol Kukowka, pytany o to jak poradził sobie z mnogością formalności i organizacji technicznej puentuje: „Przedsięwzięcie o takim rozmachu nie powstałoby, gdyby nie pomoc i zaangażowanie wielu wolontariuszy - osób, które zaufały i uwierzyły w ideę Kampanii, którym składam z tego miejsca WIELKIE DZIĘKI !” .

Kolejna, III Edycja Kampanii „Twoje TAK ma ZNACZENIE”, 26 maj, Bulwar Franciszka Grotowskiego w Lublińcu.



Kilogramy charytatywności!

Przedstawię Państwu sylwetkę Człowieka, który dzięki „dobrym genom” i empatii w sercu pomaga osobom po transplantacji.

„W dawnych czasach dobrzy gospodarze przyjmowali takie biznesowe założenie o przeznaczaniu 1/10 swojego zysku dla osób potrzebujących. Tak to kiedyś wyglądało, ja jestem wychowany na tej starej szkole. Mój dziadek, Karol Cebula, jest mecenasem i działaczem od zawsze kiedy prowadził swój biznes, i w taki sposób podchodził do swoich zarobionych pieniędzy. Podoba mi się to podejście i kiedy zacząłem swój biznes postanowiłem iść w tym kierunku” – (Michał Załuczkowski pomysłodawca projektu Fitness dla Serca i innych akcji charytatywnych).

Michał Załuczkowski z Shausha Sport Club Ambasador programu „TAK dla Transplantacji” Fundacji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, który odebrał tytuł z rąk prof. dr hab. n. med. Mariana Zembała w styczniu 2018.



„Ponieważ pomagając innym pomagamy sobie. Wykorzystujemy fitness by realizować potrzebę pomagania, a oprócz tego bierzemy udział w imprezie sportowej gdzie ćwiczy się nasze „prawdziwe” serce – podczas biegu czy innych aktywności fizycznych” –



(Michał Załuczkowski pomysłodawca projektu Fitness dla Serca i innych akcji charytatywnych).

Biegi, marsze, turnieje, mistrzostwa i inne sportowe imprezy to doskonale miejsce, gdzie w atmosferze przyjacielskiej rywalizacji sportowej można wesprzeć sprawę, w którą się wierzy. Co więcej, można zainspirować innych ludzi biorących udział w wydarzeniu. Bo przecież jedni uprawiają sport dla sławy, medali, bicia kolejnych rekordów, a inni poprzez wysiłek fizyczny wspierają osoby, które najbardziej tego potrzebują. Na całe szczęście charytatywne imprezy sportowe łączą – nie dzielą, a jedno nie wyklucza drugiego!

Dowodem na to jest zaangażowanie, jakim obdarowani zostają beneficjenci transplantacji właśnie w Szalszy pod Gliwicami w Klubie Sportowym, którym zarządza Michał.

Nasza współpraca rozpoczęła się jesienią 2016, kiedy to podczas ogólnopolskiej akcji „Fitness dla Serca”, połączyliśmy promocję zdrowego stylu życia – bieg i marsz nornic walking, z koncertem charytatywnym. Czyli przyjemne z pożytecznym!

„Najprostszą wskazówką może być zasada, że jak ma się jakiś pomysł to należy zacząć rozmawiać o nim ze wszystkimi kogo się zna. Na początku sądziłem, że nie będę w stanie rozpropagować swojego pomysłu, jednak szybko znalazły się osoby, którym się on spodobał” – (Michał Załuczkowski pomysłodawca projektu Fitness dla Serca i innych akcji charytatywnych).



Po sukcesie jakim był „Fitness dla Serca”, w 2017 przyszedł czas na „Bieg dla Serca”. Bieganie charytatywne na stałe wpisało się w kanon imprez sportowych dla wielu organizacji zrzeszających biegaczy. Wierzymy bowiem, że sport jest płaszczyzną, na której mogą się realizować wszyscy, bez względu na sprawność: poprawiając zdrowie, ćwicząc charakter i przełamując bariery. Do rywalizacji sportowych przystępują także osoby po przeszczepie serca m.in.

Renata – 2 lata z nowym sercem, Justyna – 7 lat po przeszczepie serca, Patryk – 8 lat po przeszczepie serca, Krystian – 15 lat po przeszczepie serca.

Kalendarz charytatywnych imprez sportowych w Shausha Sport Club jest sukcesywnie uzupełniany. W ubiegłym roku odbył się Turniej Squash. W tym roku Mistrzostwa Siatkonogi i akcja „Kilogramy zamieniamy na złotówki”, której przesłaniem jest zadbanie o swoje zdrowie i samopoczucie w dość niecodzienny sposób, bo charytatywny. Shausha „płaci za każdy kilogram zrzucony w Klubie” na rzecz dzieci i młodzieży po transplantacjach serca i płuc.

Ale to nie wszystko. W maju kolejny raz gościmy w Shausha Sport Club pod Gliwicami.

Michał Załuczkowski i Jego Shausha Team na stałe z Fundacją Śląskiego Centrum Chorób Serca promują zdrowy styl życia poprzez organizowanie Charytatywnych Mityngów Sportowych. Tym razem będą to Mistrzostwa w Badmintonie. Cały dochód z wpisowego, Michał przekazuje Fundacji na promocję programu Tak dla Transplantacji oraz Rajd Rowerowy dzieci, młodzieży i weteranów transplantacji serca i płuc, który odbędzie się w dniach 15-17 czerwca.

Z tego miejsca wielkie DZIĘKI dla Michała Załuczkovskiego oraz Shausha Sport Club za wsparcie jakim nas obdarzacie!

Katarzyna Kasińska

Koordynator i Wolontariusz Fundacji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze



Cierpliwość, wytrwałość i pot tworzą niepokonaną kombinację sukcesu.” – Napoleon Bonaparte



Niemal ćwierć wieku temu Regionalna Izba Gospodarcza w Katowicach wyszła z inicjatywą nagradzania tych osób, które wpłynęły na bieg historii Śląska, Polski i Europy. Zaszczytne laury przyznawane są co roku, a Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu dołączyła do listy 1 159 Laureatów. Laury Umiejętności i Kompetencji, które są przyznawane od 1992 r., stały się doniosłym i prestiżowym wyróżnieniem dla ludzi, instytucji, firm i organizacji. Przyznając Laury, Kapituła docenia sukcesy i osiągnięcia w biznesie, w życiu gospodarczym i społecznym, nauce, edukacji, medycynie, kulturze i sporcie.

XXVI Gala Laurów Umiejętności i Kompetencji odbyła się 20 stycznia 2018 roku w Domu Muzyki i Tańca w Zabrzu. Uroczystość, będąca symbolicznym podsumowaniem roku 2017 w dziedzinie gospodarczej, naukowej i kulturalnej, jak co roku, zgromadziła ponad 2000 gości - parlamentarzystów, przedstawiciele administracji rządowej i samorządowej, wybitnych przedstawiciele świata nauki, twórców kultury oraz przedsiębiorców.

Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu została wyróżniona w kategorii „Nauka i innowacyjność”. Laur odebrała prezes Fundacji - Alicja Chachaj.

Traktujemy to wyróżnienie jako zaproszenie do kształtowania naszego wyzwania. To wielkie wyróżnienie, które stanowi dla nas piękny zastrzyk energii do kontynuacji rozpoczętego dzieła.

Bardzo dziękujemy.



Witaminy i minerały - co każdy z nas wiedzieć powinien

Witaminy to organiczne związki chemiczne regulujące przebieg procesów przemiany materii dostarczane organizmowi w pokarmach roślinnych i zwierzęcych lub też w postaci gotowych leków. Niedobór witamin (awitaminoza) spowodowany niewłaściwym odżywianiem się lub upośledzonym wchłanianiem (choroby przewodu pokarmowego) oraz powstający w okresie wzmożonego zapotrzebowania (ciężka praca fizyczna, ciąża, kuracja antybiotykami) może powodować zaburzenia czynności organizmu i doprowadzić do poważnych schorzeń. Witaminy grupy B, C i PP są rozpuszczalne w wodzie i przyswajalne przez organizm jedynie w ilościach potrzebnych, a ich nadmiar jest wydalany z moczem. Witaminy A, D, E i K są natomiast rozpuszczalne w tłuszczach. Należy pamiętać, że witaminy są nietrwałe i większość z nich ulega zniszczeniu pod wpływem światła, powietrza, tlenu i podwyższonych temperatur.

Witamina A – występuje głównie w tranie, wątrobie wołowej i cielęcej, marchwi, morelach, śliwkach, żółtku, mleku, maśle i zielonych częściach roślin. Jest wybitnie nietrwała, ginie pod wpływem światła, powietrza i temperatury. Witamina ta jest zalecana przy chorobach: wzroku, skóry, anemii, nadczynności tarczycy, zakażeniach oraz zahamowanych wzrostu u dzieci.

Witamina B₁ – występuje głównie w: wątrobie wołowej, drożdżach, żółtku oraz roślinach strączkowych, kawie, płatkach owsianych, kaszy, otrębach, chlebie razowym, podrobach, i rybach. Jest rozpuszczalna w wodzie, niszczy ją temperatura oraz soda. Witamina ta zalecana przy zapaleniach nerwów obwodowych i nerwobólach, zaburzeniach krążenia oraz przy braku łaknienia i w okresach rekonwalescencji.

Witamina B₂ – występuje głównie w drożdżach, wątrobie cielęcej, wieprzowej i wołowej, jajkach, także w sałacie zielonej, kapuście włoskiej, serwatce i serach, kakao, grzybach, cielęcinnie i wieprzowinie oraz w śledziach. Jest rozpuszczalna w wodzie, niszczy ją światło. Wskazaniemi do przyjmowania tej witaminy są: zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, pęknięcia warg i kącików (zajady), zapalenia spojówek i rogówki,

światłowstręt, łzawienie, łojotok, wypadanie włosów, a także zahamowania rozwoju umysłowego u dzieci.

Witamina B₆ – występuje podobnie jak poprzednie z grupy B w zielonych częściach roślin. Jest również rozpuszczalna w wodzie i niszczy ją temperatura i światło. Brak tej witaminy w organizmie może powodować stany zapalne skóry twarzy i kończyn, zapalenia spojówek, osłabienia mięśni, niedokrwistość. Zaburzenia nerwowe i trawienia oraz uporczywe wymioty kobiet ciężarnych.

Witamina B₁₂ – tak jak i pozostałe z grupy B zwłaszcza w wątrobie, krwistym mięsie oraz grzybach i drożdżach. Również rozpuszczalna w wodzie, niszczy ją temperatura i światło. Witamina ta jest niezbędnym czynnikiem wytwarzania krwinek czerwonych, a jej niedobór w organizmie powoduje powstanie anemii.

Witamina PP (B₃) – występuje głównie w drożdżach, wątrobie, nerkach, wołowinie, boczku i wywarach mięsnych oraz dorszu. Jest odporna na temperaturę ale rozpuszczalna w wodzie. Brak tej witaminy powoduje stany zapalne nieostłoniętych części skóry (pelagra), zapalenie śluzówki przewodu pokarmowego oraz może doprowadzić do zaburzeń psychicznych i nerwowych.

Witamina C – występuje głównie w owocu dzikiej róży, głogu, czarnych porzeczkach, czosnku, kapuście włoskiej, kalafiorach, poziomkach, truskawkach, w cytrynach oraz zielonych częściach roślin. Witamina C jest nietrwała, rozpuszczalna w wodzie, a tym samym łatwo wypłukiwana z produktu, szybko niszczy ją powietrze, światło dzienne, wysoka temperatura, soda oraz stykanie się z metalowymi ściankami naczyń. Niedobór witaminy C w organizmie powoduje stany zapalne w śluzówkach jamy ustnej, zwłaszcza dziąseł (szkorbut), kruchość naczyń krwionośnych (skłonność do krwawienia) objawy znużenia i brak łaknienia, Witamina ta znacznie zapobiega infekcjom i procesom gnilnym, uodparnia organizm na choroby zakaźne i przeziębienia oraz ma duży wpływ na łagodzenie stanów zapalnych i na gojenie ran.

Witamina D – poza tranem, śledziami, żółtkiem jaj, masłem i drożdżami w innych produktach występuje w minimalnych ilościach, witamina D wytwarzana jest w organizmie, w skórze pod wpływem działania promieni słonecznych. Stąd też każda naturalna kuracja zmierzająca do zwiększenia ilości witaminy D w ustroju związana jest z koniecznością naturalnego bądź sztucznego naświetlania ciała. Witamina ta wpływa

przede wszystkim na odkładanie się soli wapnia i fosforu w kościach i zębach, a niedobór jej przyczynia się do zaburzeń w budowie kości i powoduje ich zmiękczenie, a u dzieci krzywicę i próchnicę zębów.

Witamina E – występuje głównie w ziarnach i kielkach pszenicy, w sałacie zielonej, mleku, tranie i oleju lnianym, oraz wątrobie wołowej. Jest nietrwała, pod działaniem tlenu niszczy się w krótkim czasie. Witamina E wpływa na prawidłowe funkcjonowanie gruczołów płciowych. Znajduje zastosowanie przy leczeniu bezpłodności i przy ciąży zagrożających poronieniem. Wzmaga wydzielanie mleka w okresie karmienia oraz jest stosowana przy osłabieniu wzroku.

Witamina K – występuje w oleju sojowym, szpinaku, kapuście, ziemniakach oraz innych jarzynach liściastych, w pomidorach i orzechach. Niedobór tej witaminy w organizmie występuje najczęściej wskutek utrudnionego wchłaniania jej przy schorzeniach przewodu pokarmowego, a brak witaminy K zmniejsza krzepliwość krwi i wywołuje szakę krwotoczną.

Do grupy witamin zaliczamy także szereg substancji, których rola we współczesnej terapii nie została do końca ustalona.

- Witamina B₁₃ (kwas ortowy) – bierze udział w przemianach kwasu foliowego i Wit. B₁₂
- Witamina B₁₇ (amigdalina) – zapobiega wzrostowi nowotworów, aczkolwiek żadne badanie tego nie potwierdziło, otrzymywana z pestek moreli
- Witamina H (biotyna, koenzym R – konieczna do syntezy Wit. C, zapewnia prawidłowy stan skóry i włosów
- Cholina i inozytol (z grupy Wit. B) biorą udział w przemianach cholesterolu i tłuszczów, przewodzeniu impulsów w mózgu
- Witamina F – nienasycone kwasy tłuszczowe o działaniu przeciwmiażdżycowym
- Witamina P (rutyna) – konieczna do prawidłowego działania Wit. C na naczynia krwionośne
- Witamina T- wpływa na poprawę krzepliwości krwi
- Witamina U – wyciąg z kapusty surowej, mający działanie gojące w owrzodzeniach żołądka i dwunastnicy
- PABA – kwas para-aminobenzoowy, nasilający wchłanianie kwasu pantotenowego

Gospodarka mineralna naszego organizmu to w ogromnym skrócie - wchłanianie, wbudowywanie, przebudowywanie oraz wydalanie składników nieorganicznych, wiele minerałów to zasadniczo składniki enzymów uczestniczących w regulowaniu licznych fizjologicznych funkcji organizmu. Większość substancji mineralnych z wyjątkiem cynku przyjmujemy w pożywieniu: w odniesieniu do tych pierwiastków określa się minimalne zapotrzebowanie dobowe, które zazwyczaj jest spełnione przy prawidłowej, pełnowartościowej diecie. Zdarzają się jednak wyjątki – np. niedobór żelaza występuje często u niemowląt, dzieci i kobiet ciężarnych; stosunkowo często spotyka się także niedobory cynku, miedzi i magnezu. Niektóre leki np. moczopędne i hormonalne mogą czasami wywołać przy długotrwałym stosowaniu nawet głębokie niedobory potasu, fosforu, wapnia, sodu, wymagające niejednokrotnie intensywnej suplementacji. Uważa się, że o prawidłowym przebiegu procesów fizjologicznych decyduje 21 minerałów.

- Chrom (Cr) – niezbędny w regulacji metabolizmu glukozy i insuliny
- Cynk (Zn) – środek antyoksydacyjny (wymiatacz wolnych rodników) pobudza wzrost, rozwój, gojenie, niezbędny w metabolizmie witaminy A
- Fluor (F) – niezbędny w regulacji metabolizmu kości i zębów, przeciwdziała osteoporozie i próchnicy
- Fosfor (P) – składnik budulcowy kośćca i zębów, niezbędny w procesach przemian witamin z grupy B
- Jod (I) - niezbędny dla prawidłowej czynności tarczycy
- Kobalt (Co) – niezbędny składnik Wit. B₁₂ (wytwarzanie krwinek czerwonych) razem z manganem uaktywnia niektóre enzymy.
- Magnez (Mg) – niezbędny do prawidłowego funkcjonowania układu kostnego, nerwowego, krążenia i mięśni.
- Mangan (Mn) – niezbędny w aktywacji wielu enzymów witamin z grupy B (Biotyny – Wit. B₁ – Wit. C)
- Miedź (Cu) – niezbędna w procesie tworzenia krwinek czerwonych, hemoglobiny, współdziała z Wit. C.
- Molibden (Mo) – zapobiega niedokrwistości, niezbędny w przemianę kwasu moczowego
- Potas (K) – niezbędny do prawidłowej pracy serca, kurczliwości mięśni, układu nerwowego, nerek, wydzielania soku żołądkowego,

- Selen (Se) – środek antyoksydacyjny (wymiatacz wolnych rodników) łącznie z Wit. A, E, cynkiem zapobiega schorzeniom układu krążenia
- Siarka (S) – niezbędna w reakcjach redukcji i utleniania, wytwarzania żółci, wchodzi w skład niezbędnych aminokwasów
- Wanad (V) – bierze udział w tworzeniu kośćca, zapobiega zawałowi serca
- Wapń (Ca) – odgrywa zasadniczą rolę w budowie kośćca, mięśni, funkcji układu nerwowego, serca, nerek, krzepnięcia krwi, działa przeciwuczuleniowo, współuczestniczy w przemianach witaminy B₁₂, w leczeniu osteoporozy wyższa skuteczność przy jednoczesnym stosowaniu innych leków ściśle według wskazań lekarza
- Żelazo (Fe) – podstawowy składnik barwnika krwi – hemoglobiny, odpowiedzialny za tworzenie krwi dawkowanie powinno być ustalane przez lekarza; tabletki należy popijać wyłącznie wodą.

Przykłady najczęściej stosowanych, złożonych suplementów witaminowo – mineralnych, w wyniku których zachodzi sumowanie lub wzajemne wzmocnienie (synergizm) korzystnych z punktu widzenia medycyny efektów:

- Beta Karoten + Wit. E + Selen + Cynk – zestaw antyutleniaczy
- Witaminy B₁+B₂+B₆ + Lecytyna + Magnez – układ nerwowy
- Kwas foliowy + Wit B₁₂ + Kwas Ortowy - układ krwiotwórczy
- Magnez + Wit B₆ – układ nerwowy
- Magnez + Wapń – układ kostny
- Magnez + Potas – układ sercowo – naczyniowy
- Magnez + Wit B₁- układ nerwowy

Korzystne wspomaganie dziania:

- Witamina A+ Cynk
- Witamina E + Selen
- Witamina C + Rutyna
- Witamina A+ Selen
- Witamina PP + Fosfor
- Żelazo + witaminy z grupy B
- Witamina B₁₅ + A + E
- Witamina B₁₂+ grupa B
- Witaminy B₁+B₂+B₆+PP

Złożone preparaty wielowitaminowo – mineralne godne są polecenia. Jeżeli dokonujemy zakupu w aptece,

pamiętajmy o tym, aby nie stosować jednocześnie kilku preparatów o podobnym składzie chemicznym i działaniu – może wtedy dojść do przedawkowania niektórych witamin i elementów witaminowych. Jest to niebezpieczne zwłaszcza w przypadku grupy witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K), które stosowane w dawkach przekraczających zalecane zapotrzebowanie dobowe mogą prowadzić do groźnych dla zdrowia przypadków hiperwitaminozy i zatrucia.

I tak na przykład długotrwałe stosowanie witaminy A w dawce wyższej niż zalecana prowadzi do zatrucia objawiającego się między innymi uszkodzeniami funkcji wątroby, nerek, przewodu pokarmowego (biegunka, nudności, wymioty) układu nerwowego (zaburzenia widzenia, zmęczenie, bóle głowy) zmianami skórными, bólami kostnymi, zaburzeniami miesiączkowania. Szczególnie groźne jest przedawkowanie witaminy A w ciąży (zwłaszcza w pierwszym trymestrze) Wyższe dawki uszkadzają płód. Równie groźne objawy niepożądane wywiera witamina D stosowana długotrwałe. Znaczne przekroczenie witaminy E może wywołać zwłaszcza w przypadku współistnienia takich schorzeń, jak nadczynność tarczycy, zaburzenia krzepnięcia krwi, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia – zaostrzenie przebiegu tych chorób. Witamina K, stosowana zwłaszcza u pacjentów leczonych środkami przeciwzakrzepowymi znosi ich działanie.

Również przedawkowanie lub stosowanie niezgodnie z zaleceniami lekarskimi innych witamin; np. – długotrwałe przyjmowanie dawki witaminy B₆ przekraczające 200mg na dobę wywołuje objawy ciężkiego uszkodzenia układu nerwowego. Bardzo wysokie, przekraczające kilka lub kilkanaście gramów na dobę dawki witaminy C, wypłukuje witaminę B₁₂ i kwas foliowy, prowadząc do objawów ich niedoboru: obniżają też skuteczność doustnych środków antykoncepcyjnych i leków przeciwzakrzepowych.

Witamina PP w dawkach nawet nieznacznie przekraczających lecznicze może pogorszać przebieg cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, schorzeń mięszu wątroby, niewydolność krążenia. Również stosowanie elementów mineralnych może być niewskazane, a często nawet niebezpieczne zwłaszcza w niektórych stanach chorobowych. Szczególnie jaskrawym przykładem jest stosowanie preparatów potasu na własną rękę. Może być to wręcz groźne dla życia w przypadkach niewydolności nerek, niektórych postaciach zaburzeń rytmu serca, podczas stosowania

wielu leków, zwłaszcza kardiologicznych, suplementacja potasu powinna pozostać wyłącznie w gestii lekarza.

Również stosowanie magnezu głównie u chorych z niewydolnością nerek może prowadzić do groźnych dla życia objawów przedawkowania. Powszechnie stosowane suplementy żelaza mogą się wręcz okazać szkodliwe w niektórych przypadkach niedokrwistości wywołanych przez nadmiar żelaza

Również bezkrytyczne stosowanie wysokich dawek preparatów wapnia, szczególnie długotrwałe, może sprzyjać powstaniu kamicy nerkowej, zaburzeniom układu pokarmowego i kostno – stawowego. Przedawkowanie wapnia może prowadzić do niebezpiecznych powikłań ze strony układu sercowo – naczyniowego (zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze) nerwowego (stany depresyjne, dezorientacja) nerek i przewodu pokarmowego.

Ten przegląd najczęstszych powikłań po przyjmowaniu wysokich dawek witamin i mikroelementów dowodzi iż stosowanie tych preparatów, jak zresztą wszystkich innych leków i paraleków, wymaga umiaru i rozwagi. Najlepiej jest zasięgnąć opinii lekarza, czy zaplanowana suplementacja nie okaże się dla nas szkodliwa.

A teraz kilka dobrych rad, do których warto się zastosować



Zbliża się lato, korzystaj z jego uroków. Więcej się ruszaj i jedz świeże owoce oraz warzywa. Dzięki temu zyska Twoja forma i samopoczucie.

Nie daj się upałom i rażącemu słońcu.

Nawilżaj się od środka woda mineralną.

Noś zwiewne ubrania chroń oczy okularami.

Ruch na powietrzu dotlenia organizm. Korzystaj z ładnej pogody i więcej się ruszaj, wybierz się na spacer po parku, wycieczkę rowerową, pływaj. Każda aktywność poprawia samopoczucie i dodaje energii. Dotleniaj organizm, dzięki czemu pozbywasz się toksyn i czujesz się lżejsza. Ponadto ruch poprawia krążenie, usprawnia pracę serca i reguluje wydzielanie hormonów. Skóra staje się lekko zaróżowiona i bardziej jędrna, a mięśnie sprężyste.

Gdy się mocno spocisz, weź leni - nie chłodny - bo nasila pocenie - prysznic.

Jedz owoce i warzywa. Są bogate w witaminy i minerały najlepiej przyswajalne przez organizm. Staraj się jeść jak najwięcej surowych owoców. Warzywa obieraj cienko, bądź wcale, pod skórką znajdują się cenne składniki odżywcze. Jedz warzywa w postaci surówek lub gotuj na parze by nie straciły witamin.

C - wpływa na wytwarzanie kolagenu, dbającego o jędrność skóry

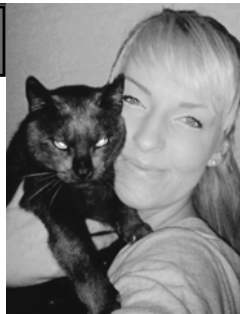
E - jest przeciwutleniaczem

A - odpowiada za odnowę naskórka, a Wit. Z grupy B wzmacniają go

Latem organizm traci dużo wilgoci, dlatego uzupełniaj płyny pijąc wodę mineralną małymi łykami przez cały dzień. Sprawdź się też herbatki ziołowe (powinny być letnie), np. mięta - ugasi pragnienie, naturalne soki owocowe, bez dodatku cukru. Staraj się dziennie wypić ok. 2-3 litrów płynów, dzięki temu zapobiegiesz przegrzaniu organizmu.

Przyciemnione okulary z filtrem UV to konieczność. Zabezpieczają oczy przed szkodliwymi promieniami oraz kurzymi łapkami, bez okularów częściej mrużysz powieki. Najbardziej przyjazne dla oczu są szkła brązowe i szare.

Światło słoneczne ma korzystny wpływ na organizm. Poprzez działanie bodźców wzmacnia przemianę materii, pobudza czynność krwiotwórczą, wzmacnia odporność na zakażenia, pobudza produkcję witaminy D, niezbędnej dla mocnych kości. Jednakże promieniowanie słoneczne może również wywoływać niekorzystne zmiany, gdy zostanie pochłonięte w zbyt dużej ilości. Występuje wtedy na skórze rumień fotochemiczny, uczucie ogólnego rozbicia, bóle głowy, gorączka. Mogą wystąpić oparzenia, uczulenia, udary cieplne. Dlatego czas kąpieli słonecznych powinien być krótki i stopniowo wydłużany.



Rehabilitacja i sport gwarancją poprawy zdrowia

Rehabilitacja jak wiadomo jest procesem, który zmierza do poprawy kondycji i sprawności fizycznej osoby chorej lub pacjenta po operacji. Zajęcia rehabilitacyjne mogą odbywać się w warunkach szpitalnych oraz w domu, pod kontrolą rehabilitanta. Warto jednak nie poprzestawać na rehabilitacji, która jest konieczna po chorobie/kontuzji bądź operacji.

Warto zaszcześcić w sobie chęć do codziennego uprawiania jakiegos sportu. W zależności od naszego wieku i możliwości, możemy wybrać taką dyscyplinę, która będzie nam odpowiadała i na pewno nie zaszkodzi -a wręcz jeszcze bardziej wzmocni naszą kondycję fizyczną, zdrowie a co za tym idzie-pozytywne nastawienie psychiczne bo każda forma ruchu wyzwala endorfiny, o których mówi się, że są hormonami szczęścia. Oczywiście, uprawianie sportu rekreacyjnie czy wyczynowo wcale nie uchroni nas w 100% przed zapadnięciem na jakąś chorobę, jednak gdy tak się stanie, to z reguły właśnie osoby aktywnie fizycznie lepiej przechodzą wszelkie leczenie i operacje i szybciej powracają do zdrowia, niż te, które nigdy nie uprawiały żadnego sportu. Prócz rehabilitacji, pacjent ma możliwość spotkań z psychologiem.

Można podciągnąć takie terapie pod psychologię sportu, ponieważ psycholog zajmujący się sportowcami, potrzebny jest nie tylko po to, by wyciągnąć z dołka zawodnika, który ma problem. Wręcz przeciwnie, najczęściej specjaliści od przygotowania mentalnego pracują nad tym, by z dobrego sportowca zrobić jeszcze lepszego. Typowe obszary pracy w psychologii sportu to, między innymi: prawidłowe wyznaczanie celów, radzenie sobie ze stresem, umiejętność koncentrowania się na „tu i teraz”, wzmocnianie pewności siebie, poprawa komunikacji między zawodnikami. Podobnie ma się to do pacjentów po ciężkich chorobach, operacjach i kontuzjach. Bardzo często pacjenci są wyłączeni, popadają w depresję, odcinają się od bliskich, a ich relacje z rodziną albo personelem medycznym bywają utrudnione. Nie możemy się temu dziwić. Długa hospitalizacja, długotrwałe leczenie albo bolesne zabiegi nie sprzyjają dobrej kondycji psychicznej żadnej osoby. dlatego bardzo ważna jest nie

tylko rehabilitacja sprawności fizycznej pacjenta ale również poprawa jego stanu psychicznego. Jednak sama inspiracja do zmiany to może być dla pacjenta, który podjął terapię z psychologiem, trochę za mało. Potrzebna jest motywacja, która pozwoli przełożyć dobry plan, na konkretne działania. Motywacja, która pozwoli pacjentowi przetrwać codzienne wymówki. Motywacja, która będzie początkiem budowania jego nowych, dobrych nawyków. Jednym z elementów motywacji, jest przedstawienie CO ma stać się celem dla pacjenta. Nie ma to być rozkład katorżniczych ćwiczeń, które szybko go zniechęcą. Gdy ludzie zwiększają swoją aktywność fizyczną w jakikolwiek wybrany przez siebie sposób, to często widzą cel jako spełnienie ich marzeń. To oczywiście dobrze, by mieć w głowie cel, którym jest albo zrzucenie kilku/kilkunastu zbędnych kilogramów, przebiegnięciem maratonu albo po prostu wróceniem do formy sprzed choroby/kontuzji. Jednak pod każdym z tych celów jest ukryta znacznie głębsza, właściwa motywacja. Ta motywacja nazywa się POWODEM zmiany. I jest gigantyczna różnica pomiędzy celem, a powodem. Cel odpowiada na pytanie „CO chcę osiągnąć?”. Powód - na pytanie „DLACZEGO chcę to osiągnąć?”. Powód to sięgnięcie po właściwą motywację do zmiany. To szukanie odpowiedzi na pytanie o to, JAK się zmieni nasze życie, gdy osiągniemy stawiany sobie cel. A celem jest ZDROWIE. Dlaczego chcę zmienić swoje codzienne nawyki, dlaczego chcę więcej się ruszać, dlaczego chcę poprawić kondycję fizyczną. Dlaczego? Dlatego, że poprawię znacznie swoje samopoczucie i samoocenę. Dlatego, że gdy kiedyś znowu nadejdzie choroba, łatwiej sobie z nią poradzę. Dlatego, że "w zdrowym ciele jest zdrowa dusza". Zgubione kilogramy czy reszta sportowych marzeń, niech są dla nas dobrym "skutkiem ubocznym" motywacji, dzięki której zmienimy nasze życie. Gdy zrozumiemy odpowiedź, wygramy z każdą wymówką i lenistwem, a każda forma ruchu, od nordic walking, przez pływanie, po sporty wyczynowe, będzie dla nas przyjemne jak błogosławieństwo :)

Nie czekaj Nowy Rok by zrobić jakieś postanowienia. Nie czekaj na pogodę albo na "jutro". I nie zwlekaj z tym, aż dopadnie cię choroba albo ulegniesz kontuzji. Każdy dzień jest dobry na to, by ZACZAĆ dobrą zmianę. Z korzyścią dla naszego zdrowia oczywiście.



*Bogusława Serzysko, Beata Podsiadło,
Jolanta Borgosz, Olga Smykal,
Bogusława Kupczak-Wiśniowska*

Opieka zdrowotna na przestrzeni lat 1918-1989

Wszystkie systemy opieki zdrowotnej zmieniają się w czasie. Dlatego też główne czynniki, które przyczyniają się do wprowadzania reform, są różne w różnych krajach, w zależności od występującego tam w danym okresie klimatu społecznego i gospodarczego. Można pokusić się o stwierdzenie, że nie ma doskonałego systemu ochrony zdrowia.

Rządy wszystkich państw na świecie stają przed tym samym problemem, bowiem wszyscy mają kłopoty z zabezpieczeniem dostępności do usług zdrowotnych, na które ciągle rośnie zapotrzebowanie. Ciągłe rosnący popyt w stosunku do możliwości jego zaspokojenia stanowi pewien rodzaj samoczynnego napędzania się tego problemu. Stwierdza się również, że im doskonalszy jest system ochrony zdrowia, tym dłużej żyją ludzie, a z kolei im starsza populacja, to wymagana jest bardziej intensywna opieka.

Reformy gospodarcze, które zostały przeprowadzone w krajach europejskich, zazwyczaj doprowadziły do powstania warunków zbliżonych do wolnorynkowych, a większość działań gospodarczych jest kształtowana przez dynamikę popytu. Konsumentom dano możliwość wyboru pomiędzy różnymi rodzajami dóbr i usług. Przyczyniło się to do tego, iż mogą oni korzystać ze swoich pieniędzy do wpływania na podaż. Przekształcenia w sektorze ochrony zdrowia w Polsce zostały zapoczątkowane wiele lat temu i ciągle trwają. Istnieje konieczność podejmowania programów naprawczych dotychczasowych reform oraz dalszych przekształceń w tym sektorze. Od wielu lat na świecie obserwuje się zwiększenie zainteresowania problematyką ochrony zdrowia.

W krajach wysoko rozwiniętych zaczynają działać nowoczesne systemy opieki zdrowotnej, zastępując systemy z okresu wczesnokapitalistycznego. W Polsce, jak i w Europie problem doskonalenia opieki zdrowotnej, źródeł i zasad jej finansowania jest ciągle otwarty. Wszystkie kraje dążą do jak najlepszego

zabezpieczenia równowagi między potrzebami a dostępnymi zasobami. Realizacja zamierzonego celu napotyka dużo barier, wskutek ograniczonych zasobów ekonomicznych i kadrowych w ramach różnych systemów opieki zdrowotnej.

W Polsce treść, forma i zakres ochrony zdrowia były różne. W historycznym rozwoju od lat 20. XX wieku systemy opieki zdrowotnej zaczęły się różnić między sobą. Obserwacje historyczne pozwalają na przybliżenie zagadnień dotyczących sposobów funkcjonowania i zasad finansowania opieki zdrowotnej oraz tego, w jaki sposób poszukiwano rozwiązania tych problemów.

Opieka zdrowotna w latach międzywojennych

Zdrowie publiczne po I wojnie światowej rozumiane było jako wspólna odpowiedzialność za zaspakajanie wszystkich podstawowych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i odgrywało ważną rolę w polskim systemie opieki zdrowotnej. W 1918 roku powołano do życia Ministerstwo Zdrowia Publicznego oraz przyjęto ustawę „o zdrowiu publicznym”. Założenia ustawy podzieliły zadania między administrację centralną oraz samorządy lokalne. Po raz pierwszy zostały wprowadzone niezależne instytucje ubezpieczeniowe – kasy chorych, które swym zasięgiem obejmowały 15% ludności kraju.

Kasy chorych w Polsce w dwudziestolecium międzywojennym były instytucjami tworzącymi pierwszy ogólnopolski system ubezpieczeń społecznych. Obowiązek państwa polskiego w kwestii objęcia opieką zdrowotną wszystkich obywateli rozpoczął się z chwilą wydania 25 stycznia 1919 roku Dekretu o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Tworzenie i funkcjonowanie kas chorych w Polsce regulowała ustawa z 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Ubezpieczenie w kasach chorych miało najszerszy zasięg ze wszystkich funkcjonujących w II Rzeczypospolitej rodzajów ubezpieczeń społecznych. Obejmowało prawie wszystkich mieszkańców kraju utrzymujących się z własnej pracy, zarówno pracowników wykwalifikowanych, jak i niewykwalifikowanych. Z tego systemu ubezpieczeniowego byli wykluczeni chłopci. Ubezpieczenie to zorganizowane było na zasadzie przymusowego członkostwa w kasie. Działanie kas i mieszana struktura dostawców usług zdrowotnych – publiczna i prywatna – trwały aż do wybuchu II wojny

światowej. Działalność kas chorych była poddawana szerokiej krytyce.

Radykalne zmiany nastąpiły w 1933 roku, gdy powstała Ustawa o ubezpieczeniu społecznym. Kasy zostały zniesione z systemu ochrony zdrowia, a w ich miejsce powołano ubezpieczenia społeczne. Lekarze rodzinni, jako dostawcy usług i płatnicy funduszu ubezpieczeniowego, uznawani byli przez szerokie grono osób (szczególnie starszego pokolenia) za dobry model systemu opieki zdrowotnej.

Opieka zdrowotna w latach 1945-1989

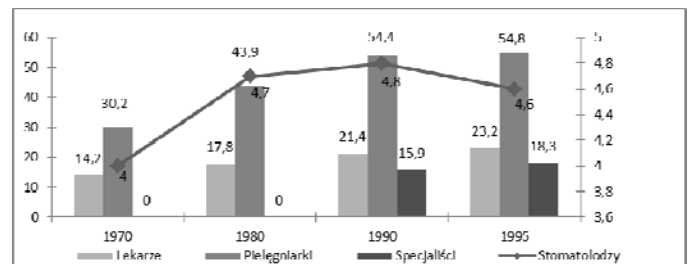
W 1948 roku zostały znacjonalizowane wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, a dwa lata później apteki. W tym okresie panował model centralnego planowania, przyjęty dla całości gospodarki, który z pełną konsekwencją zastosowano w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zakłady opieki zdrowotnej były finansowane centralnie z budżetu państwa.

W 1973 roku zostały utworzone i powołane do życia zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ), które stały się bardzo ważnym wydarzeniem w polskim systemie. ZOZ oferowały szeroki zakres usług zdrowotnych dla ludności na terenach, na których funkcjonowały. Opieka na poziomie podstawowym, ambulatoryjnym i szpitalnym była świadczona w obrębie jednej instytucji – ZOZ, gdzie funkcjonowały oddziały pogotowia ratunkowego.

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) – była zapewniana przez zespół specjalistów, tj.: lekarz ogólny dla dorosłych, pediatra, ginekolog i dentysta. W ramach usług POZ były świadczone badania diagnostyczne oraz ambulatoryjne. W rejonach wiejskich sytuacja wyglądała inaczej, ordynował tam zazwyczaj jeden lekarz, który był odpowiedzialny za wszystkich pacjentów z danego rejonu, jego zakres obowiązków odpowiadał zakresowi lekarza rodzinnego. Podstawową opiekę zdrowotną świadczyły różne placówki, tj.: przychodnie ogólne w obrębie zintegrowanych struktur ZOZ, działające przychodnie zakładowe w przedsiębiorstwach i instytucjach edukacyjnych. Dostępność do usług medycznych w POZ była bardzo różna. Najgorzej był uwidocznił dostęp do usług medycznych na terenach wiejskich.

W 1975 roku wprowadzono nowy podział administracyjny kraju. W miejsce 17 „większych” województw, utworzono 49 „małych”. W każdym

województwie powstał ogólny wojewódzki szpital. W wyniku powstania szpitali wojewódzkich nastąpił duży nacisk na opiekę specjalistyczną, co doprowadziło do deficytu w podaży usług na poziomie podstawowym. POZ zazwyczaj był postrzegany jako instytucja opieki zdrowotnej o mniejszym znaczeniu. Niedocenianie tej instytucji i koncentrowanie się w dużej mierze na specjalistcie (ryc.1) i medycynie naprawczej, w późniejszym czasie przyczyniło się do powstania problemów z reformą systemu opieki zdrowotnej w latach 90. XX wieku.



Rycina 1. Zatrudnienie personelu medycznego w POZ w Polsce, a liczba specjalistów w latach 1970 -1995 na 10 tys. mieszkańców. Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Opieka zdrowotna w liczbach lata 1970-1995. Biuletyn Statystyczny CSIOZ. Warszawa 2005, rozdział II.

W 1990 roku po przeprowadzeniu nowego administracyjnego podziału kraju, w którym ustanowiono 16 województw, świadczenie usług zdrowotnych odbywało się na trzech poziomach instytucjonalnych:

Poziom lokalny – ZOZ obejmował swoim zasięgiem powiat. Liczba ludności, która została objęta opieką, wahała się od 30. do 150. tys. osób i zależała od wielkości danego powiatu. Zakładano, iż w skład każdego ZOZ wejdzie szpital, przychodnia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, pogotowie ratunkowe i dział usług pomocniczych. Na tym poziomie pacjenci po zarejestrowaniu się pozbawieni byli zwykle wyboru lekarza.

Poziom wojewódzki – na tym poziomie szpitale i przychodnie świadczyły bardziej wyspecjalizowane usługi, które różniły się zakresem. W celu polepszenia dostępności do niektórych usług władze lokalne budowały nowe szpitale, nie zamykając starych, co powodowało, iż ten sam zakres usług świadczyły dwie blisko siebie położone placówki.

Poziom krajowy – lub ponadregionalny – jako trzeci poziom referencyjny. Na tym poziomie swoje usługi świadczyły szpitale afiliowane, tzn. działające przy

akademiach medycznych, medycznych instytucjach naukowych oraz sanatoria podległe Ministerstwu Zdrowia. Ze świadczeń tego poziomu korzystali pacjenci ze wszystkich innych poziomów, pomimo wysokich kosztów i wysokiego stopnia specjalizacji.

Zarządzanie ZOZ w określonych warunkach przyczyniło się do rozdziału środków bez znajomości kosztów i efektywności działania. Niektórzy twierdzili, że bardziej dyrektorem był administratorem niż osobą zarządzającą placówką opieki zdrowotnej. W tym czasie istniał bardzo swobodny dostęp do państwowych instytucji opieki zdrowotnej, który był ograniczony ze względu na istniejącą rejonizację, tzn. istniał przydział mieszkańców określonego rejonu do placówki leczniczej i lekarzy. Istniało również ograniczenie w wyborze lekarza i jednostki ochrony zdrowia przez pacjenta.

Zarówno w Polsce, jak i innych krajach, przeważały trzy główne przyczyny, które przemawiały za koniecznością transformacji w ochronie zdrowia, takie jak:

zmiany demograficzne – wyrażają się zmianą struktury ludności, co jest przejawem postępującego procesu starzenia się populacji i wiąże się ze wzrostem osób wymagających intensywnej i długotrwałej opieki medycznej,

postęp cywilizacyjny i techniczny – umożliwia dostęp do nowoczesnych procedur medycznych i leczniczych, pozwala na przyspieszenie rozwoju nauk medycznych i wzrostu efektywności działań medycznych. Jednak postęp cywilizacyjny i techniczny niejednokrotnie doprowadza do eskalacji kosztów procedur diagnostyczno-leczniczych,

realia ekonomiczne – powodują ograniczenie możliwości wydatków na ochronę zdrowia, szczególnie widoczne w sektorze publicznym, niedostosowane do skali i tempa zmian demograficznych i technologicznych.

Podsumowanie

System ochrony zdrowia do 1989 roku był bardzo silnie scentralizowany. Centralizacja dotyczyła niemal wszystkich obszarów opieki zdrowotnej, zwanej w tamtych czasach „służbą zdrowia”, jak również rejonizacji polegającej na przyporządkowaniu pacjenta do określonej placówki służby zdrowia. Pomimo centralizacji w Polsce, zawsze istniała w służbie zdrowia, podobnie jak w innych obszarach życia

gospodarczego, prywatna opieka medyczna w postaci prywatnych praktyk lekarskich i stomatologicznych oraz spółdzielni lekarskich.

Do 1989 roku przeprowadzano kilkakrotnie istotne zmiany strukturalne. Podstawowe zmiany miały na celu rozwinięcie bezpłatnej i powszechnej opieki zdrowotnej. Wiązało się to z budową i rozbudową sieci szpitali i innych placówek służby zdrowia. Powstały branżowe zakłady opieki zdrowotnej w miejscach pracy. Bezpłatna opieka zdrowotna nie dotyczyła jednak rolników indywidualnych i ich rodzin. Nastąpiło to dopiero w 1972 roku. Pomimo objęcia bezpłatną opieką medyczną rolników, nie doszło do zwiększenia środków finansowych przeznaczanych na państwową służbę zdrowia.

Utworzono zintegrowane zespoły opieki zdrowotnej (ZOZ), w skład których wchodziły: szpitale, przychodnie – podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, a także częściowo opieki społecznej.

Zachodzące zmiany w sektorze opieki zdrowotnej w latach 80. XX wieku, w kierunku decentralizacji podporządkowania jednostek służby zdrowia, były podejmowane wraz z próbami zdecentralizowania struktury administracyjnej kraju przez tworzenie nowych województw i gmin. W 1983 roku kompetencje Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej zostały ograniczone, a większą część jednostek służby zdrowia podporządkowano organom administracji samorządowej różnych szczebli. Finansowanie służby zdrowia w tym okresie było w systemie budżetowym z centralnie zbieranych podatków. Nie istniały instrumenty i mechanizmy ekonomiczne, które wymuszałyby lepsze wykorzystanie środków finansowych, majątku służby zdrowia i kadr.

Średnie wynagrodzenia służby zdrowia w tym okresie były bardzo niskie. W latach 80. służba zdrowia znalazła się podobnie jak cała gospodarka w zapaści ekonomicznej. Według powszechnej opinii nastąpiło ograniczenie dostępności pacjentów do świadczeń.

Na początku lat 90. XX wieku, wobec zapaści systemu opieki zdrowotnej, podjęto prace nad reformowaniem tego systemu, których celem głównym było poprawienie poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

Tatuś, ale smaczna herbatka!

Wybierającym się w świat z kocem i termosem proponuję przepis na smaczną herbatkę. Dowolną ekspresówkę zalewamy gorącą, bardzo czystą wodą w ilości odpowiadającej objętości termosu. Zapominamy o cukrze i innych dodatkach. Pozwalamy naparowi dojrzeć i rozkwitnąć przez swobodne, kilkugodzinne chlupotanie. Wypijamy, patrzymy, myślimy. Wracamy skąd przyszliśmy. Służę przykładem.

Zwykle wstawaliśmy zbyt wcześnie na to, bym czuła, że wakacje wreszcie się zaczęły. Gramoliłam się z pościeli ze smrodkiem niechęci w nosie i chyba tylko świadomość, że nieuniknione jest to, co mnie czeka sprawiała, że siadałam przy stole, na którym tata układał grube pajdy chleba z masłem. Ze szklanek w metalowych koszyczkach parowała gorąca herbata. Szkło matowiało, nitki ciepła uciekały w górę, a odbite w bursztynowym płynie światło powoli docierało do mnie wraz z zapachami śniadania. Chleb był świeżutki i ciepły, masło na nim topniało. Wszystko pachniało inaczej niż w domu.

Sama nigdy nie nosiłam plecaka, a strome ścieżki pokonywałam w trampkach. Tatę pamiętam potężnego na tle nieba, z plecakiem pełnym wspólnych rzeczy, kroczącego dostojnie w ogromnych, ciężkich butach – jak jeszcze jeden górski szczyt, góra w ruchu, Giewont, który wstał, bo na śpiących rycerzy przestał czekać. Warczałam na niego pod nosem, że mnie co roku

skazuje na te męczarnie w upale, zamiast zorganizować jakieś „prawdziwe wakacje”. Jakies frytki z colą, kupowanie badziewia przy deptaku, coś takiego. ”Zdechnę tu! Nigdzie nie dojdziemy.” – z tą myślą wchodziłam na szlak. Beznadzieja z czasem się ulatniała a ja, zamiast grozić, co zrobię światu w odwecie, kiedy już będę dorosła, zaczynałam widzieć i doceniać, i do dziś wierzę, że zostawione w spokoju dzieci tak robią.

Niespodziewanie rozstępowały się przede mną krzaczki, gałązki i trawki, a poruszone trampkiem kamyki rozsypywały się w przepaść, o której wiele lat później czytałam, że dudni w człowieku przez nieskończony ułamek sekundy, bo jest wszystkim, czego nie można się spodziewać. I wtedy, och! wtedy mój tata tak potężny, by samemu stać się górą, wciągał w płuca przynajmniej połowę dostępnego w tym miejscu powietrza i mówił: „Oddychaj! Tak pachnie tylko w Tatrach!”. Wicie, że dzieci najwięcej uczą się obserwując przykład? Połowę tego, czym jestem zgromadziłam oddychając naprzeciw tego, co piękne.

Siadaliśmy gdzieś, a ogromny plecak lądował obok ogromnych butów. Znów pojawiał się przed nami grubo krojony chleb, masło i herbata. W brudnobiałej, plastikowej nakrętce termosu z uszkiem trzymałam wtedy już nie napój, a drogocenną porcję dostępnej dziecku mądrości – że powietrze, słońce na skórze, ciało w ruchu i jakaś potężna siła, która żłobi w przestrzeni góry i doły – że to wszystko, co zobaczyłam jest większe ode mnie. „Tatuś, ale smaczna herbatka!” – w domu była burobrązowa, zimna, pod kożuchem osiadającym na szkłe, a więc tam, wysoko w górach, poza domem i miastem mieliśmy swoje święto.







RYSZARD GANCARZ

