

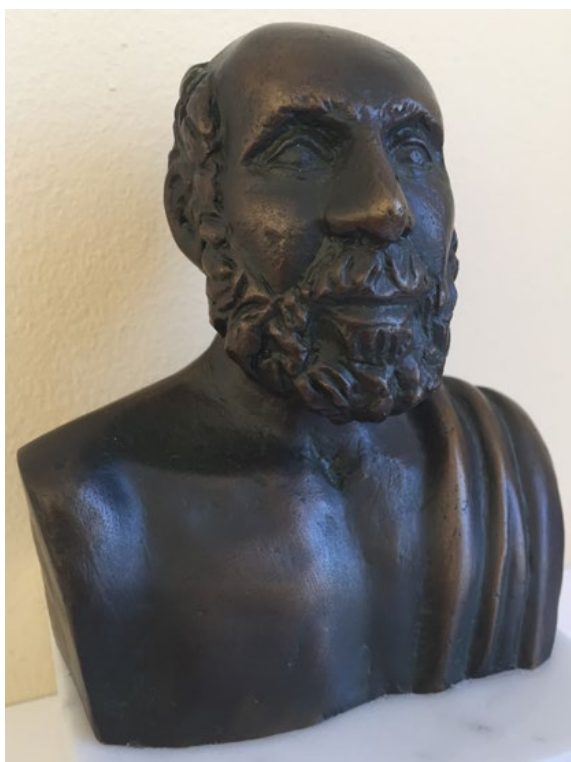
Impresje o medycynie rodzinnej

Z prof. JANUSZEM SIEBERTEM, kierownikiem Katedry Medycyny Rodzinnej rozmawia
red. prof. Bolesław Rutkowski

■ **Panie Profesorze, jaka jest pozycja medycyny rodzinnej w Polsce?**

Nasz kraj podjął decyzję o oparciu działalności Podstawowej Opieki Medycznej na systemie medycyny rodzinnej. Świadczy o tym zapis w traktacie akcesyjnym do Unii Europejskiej i zapisy ustawy o POZ. Rozszerzenie kompetencji lekarza rodzinnego oraz normalizacja uposażeń personelu medycznego w POZ-ie sprawiły, że zainteresowanie specjalizacją z medycyny rodzinnej jest duże.

Należy przypomnieć, że ogromną rolę w tworzeniu medycyny rodzinnej w Polsce odegrał prof. Marek Hebanowski. To tu, w Gdańsku, w AMG, powstała pierwsza jednostka naukowo-dydaktyczna, następnie Katedra Medycyny Rodzinnej. Ponadto tu też powstał Regionalny Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych. Kieruję medycyną rodzinną od 2003 r. Katedra obejmuje Zakład Medycyny Rodzinnej, Zakład Medycyny Paliatywnej oraz wymieniony Ośrodek Kształcenia. Obecnie funkcje tego Ośrodka przejęła w całości Katedra. Powodowane to jest brakiem finansowania Ośrodka przez władze centralne. Wchodzimy w skład międzyuczelnianej struktury naukowo-badawczej z Politechniką Gdańską. Pracujemy również z Uniwersytetem Gdańskim. Adiunkt naszego Zespołu dr hab. Natalia Marek Trzonkowska jest kierow-



Statuetka Hipokratesa

nikiem MAB-u zlokalizowanego formalnie przy Uniwersytecie Gdańskim. Mamy stałą międzynarodową współpracę naukową i kliniczną z ośrodkiem w Antwerpii (Audiology Department European Institute for ORL NKO Department, AZ St. Augustinus Oosterveldlaan 24, B-2610 WILRIJK, BELGIUM). Profil badawczy Zespołu jest szeroki. Od techniki i informatyki po immunologię. Wynika to częściowo z licznej grupy specjalistów medycyny rodzinnej posiadających dodatkowe specjalizacje i zainteresowania: geriatrię, pediatrię, choroby wewnętrzne, immunologię kliniczną, informatykę. Osobiście koordynuję pracami z zakresu bioimpedancji i jej zastosowań w praktyce klinicznej.

■ **W trakcie swojej aktywności w medycynie rodzinnej otrzymał Pan wyróżnienie w postaci Statuetki Hipokratesa.**

Rzeczywiście tak było – jest to wyróżnienie nie tylko mnie, lecz także całego Zespołu. Statuetka Hipokratesa jest przyznawana za szerokie działania na polu nauki, dydaktyki, rozwijania medycyny rodzinnej. Miałem przyjemność otrzymania tego wyróżnienia razem z prof. Henrykiem Skarżyńskim. Wyróżnienie jest szczególnie istotne dla nas prowadzących badania naukowe w kilku dziedzinach. Oparte na łączeniu wiedzy lekarzy, inżynierów i informatyków.

Istotnym elementem oceny była jakość kształcenia podyplomowego. Jako jeden z nielicznych ośrodków w kraju prowadzimy wszystkie kursy potrzebne do specjalizacji z medycyny rodzinnej. W tej dziedzinie, w naszym ośrodku zostało wyszkolonych 528 lekarzy specjalistów. Lekarze osiągnęli najlepsze rezultaty w kraju. Oczywiście zapotrzebowanie na obsadę specjalistyczną Pomorza jest jeszcze większe. W POZ-ie w naszym województwie powinno pracować od 880 do 1000 specjalistów medycyny rodzinnej.

■ **Lekarz rodzinny obejmuje bardzo szeroki obszar wiedzy. Czy przygotowanie specjalistyczne wystarcza do solidnej pracy?**

Szkolenie uzupełniające rezydentów medycyny rodzinnej obejmuje cotygodniowe wykłady dotyczące zagadnień zawartych w programie specjalizacyjnym z medycyny rodzinnej. Potem oferujemy lekarzom POZ kształcenie ustawiczne. Ten cykl szkolenia nosi nazwę SEKSTANS. Niedawno przeprowadziliśmy setną taką konferencję naukowo-szkoleniową. W myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 231, poz. 2326) każde takie spotkanie premiowane jest punktami edukacyjnymi dla uczestników. Tematyka

obejmuje zagadnienia kliniczne, a wykładowcami są specjaliści różnych dziedzin medycznych z naszej Uczelni, jak i z kraju. Spotkania odbywają się w soboty w godzinach 10-14.30.

Telemedycyna została wdrożona do kształcenia podyplomowego na Pomorzu. Już przed laty, wspólnie z zespołami uczelni trójmiejskich (AMG, PG, UG, WSM) przeprowadzono Projekt KNOW – Kształcenie Na Odległość Wspierające Rozwój Kwalifikacji Zawodowych finansowany przez Europejski Fundusz Społeczny. Braliśmy udział w dwóch edycjach kształcenia.

Lekarzom dedykowaliśmy stronę internetową www.ptmr.edu.pl, która zawiera aktualności medyczne i organizacyjne. Redagujemy i wydajemy książeczki kieszonkowe w serii wydawniczej *Choroby serca i naczyń w praktyce lekarskiej* dla lekarzy praktyków. Obecnie opracowujemy nowy cykl książek dla lekarzy rodzinnych. Prowadzimy czasopismo medyczne o nazwie Forum Medycyny Rodzinnej, którego jestem redaktorem naczelnym.

To dla lekarzy rodzinnych zorganizowaliśmy dwa Zjazdy Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej z udziałem gości zagranicznych. Znakomici wykładowcy skupili uwagę licznej grupy lekarzy w trakcie trzydniowych obrad.

■ **Telemedycyna jest popularnym hasłem wśród lekarzy. W poprzednim wywiadzie uzyskaliśmy informacje o prowadzonych badaniach podstawowych. Czy znajdują one przełożenie na praktykę lekarską w aspekcie telemedycyny?**

Prowadziliśmy kilkanaście programów badawczych. Wśród nich pojawiały się elementy przydatne w tzw. telemedycynie. We wrześniu odbędzie się w Trójmieście symposium poświęcone m.in. zastosowaniu technik informatycznych w medycynie.

Działania rozpoczęliśmy od badań podstawowych. Kierowałem dwoma projektami zamawianymi Centrum Informatyzacji i Organizacji Służby Zdrowia – System rozproszonej akwizycji i składowania danych medycznych oraz Zastosowanie sztucznych sieci neuronowych do analizy otwartej bazy danych epidemiologicznych uzyskanych z populacji podopiecznych lekarzy rodzinnych. Bardzo szybko znalazło to odbicie w praktyce. Implementowaliśmy program internetowy (obecnie ryzyko.gumed.edu.pl) oceny ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. Internauci po wpisaniu wymaganych danych otrzymują wynik ryzyka i automatycznie generowane zalecenia – w tym kontroli lekarskiej. Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz wartość wyliczonego pułapu ryzyka nanoszone są na mapę Polski w rozbiciu na województwa. Ponad 120 000 internautów wizytowało stronę. Uzyskane dane stanowią ciekawy materiał do wieloletniej obserwacji trendów w występowaniu poszczególnych czynników sercowo-naczyniowego, ryzyka zgonu w Polsce i w regionach. Te informacje mogą mieć znaczenie dla zespołów budujących cele opieki zdrowotnej.

Stąd był już tylko krok do wprowadzenia projektu UE WND – POIG *Optymalizacja diagnostyki i terapii zaburzeń rytmu serca i omdleń przy zastosowaniu inteligentnych rozwiązań telemetrycznych*. W tym międzynarodowym badaniu kierowanym przez prof. Łukasza Szumowskiego, m.in. wspólnie z Zespołem Pedro Brugady z Brukseli, zastosowaliśmy nowy system monitorowania zaburzeń rytmu serca – Pocket ECG. Nowy system w porównaniu z klasycznymi badaniami holterowskimi zwiększył o połowę liczbę rozpoznań. Metoda jest wdrożona do praktyki. Badania można wykonać również w Trójmie-

ście. Dodatkowym elementem tego działania jest fakt, że firma budująca kolejne urządzenia do monitorowania zaburzeń rytmu uzyskała zgody FDA na wdrożenie i stosowanie tej techniki w USA. Byłem koordynatorem badań ambulatoryjnych u osób dorosłych.

Techniki impedancyjne stanowią jedno z najbardziej interesujących zagadnień badawczych. Nasz Zespół pracuje w tej dziedzinie począwszy od kardiografii impedancyjnej poprzez bioimpedancję poszczególnych narządów aż do impedancji elektrodowej implantów ślimakowych. Te zagadnienia stały się tematami badań. Od *Modelowania właściwości elektrycznych mięśnia sercowego w warunkach niedokrwienia* 3T11E03730 do projektu NCBiR nr 209714 – IPMed – *Internetowa platforma integracji danych i współpracy medycznych zespołów badawczych dla potrzeb ośrodków udarowych*. To tu zastosowaliśmy badanie hemodynamiczne i badanie rytmu serca z zastosowaniem technik impedancyjnych u chorych z udarem mózgu. Zapisy prowadzone w pięciu ośrodkach w kraju były automatycznie przesyłane do bazy w komputerach Politechniki Gdańskiej. Informacja zwrotna o stanie hemodynamicznym pacjenta tworzona była natychmiastowo. Wartość predykcyjna niekorzystnego rokowania wynosiła ponad 80 procent.

Telemedycyna jest też stosowana w kolejnej aplikacji metod impedancyjnych do oceny niewydolności serca. Jest to projekt obecnie realizowany o akronimie AMULET NCBiR DZP/STRATEGMED3/305274. Jego celem jest stworzenie nowego modelu poszpitalnej opieki ambulatoryjnej z wykorzystaniem nowoczesnych metod nieinwazyjnej oceny klinicznej i nadzoru telemetrycznego w terapii i prognoście rokowania u chorych z przewlekłą niewydolnością serca. W działaniu bierze udział dziewięć ośrodków badawczych w tym prof. Marcina Gruchały i dr hab. Dominiki Szalewskiej. Tym razem baza i analiza danych zachodzi w komputerach WAT-u w Warszawie. Bardzo możliwym jest, że będzie to technika przydatna w typowej pracy ambulatoryjnej.

Powyższe działania wymagają współpracy naukowców w wielu dziedzinach. Takie podwaliny tworzymy kształcąc inżynierów medycznych. Wspólny kierunek studiów GUMed i Politechniki Gdańskiej gromadzi zdolną młodzież. Bazując na tych zasobach osobowych można poszukiwać i rozwiązywać tematy badawcze, które w naszej praktyce wydają się mieć ugruntowaną tradycję. Tak się dzieje z pomiarem powierzchni ciała (projekt NCN OPUS 8. UMO/2014-2015/B/NZ7/01018) *Metodyka szybkiego oraz dokładnego wyznaczania powierzchni ciała człowieka* czy też projektem 2927/B/T02/2011/40 NCN wspólnym z Politechniką Gdańską – *Opracowanie adaptacyjnego algorytmu sterowania autorskim aparatem zapobiegającym powstawaniu epizodów bezdechu sennego*.

Te kilka przykładów sygnalizują jedynie wycinek wspólnych badań, w których uczestniczą członkowie zespołu Katedry Medycyny Rodzinnej.

■ **Dziękuję bardzo za przedstawienie naszym Czytelnikom kierunków rozwoju medycyny rodzinnej w Gdańsku. Mam nadzieję, że w niedługim czasie będziemy mogli bliżej zapoznać się z założeniami i praktyką kierunku studiów realizowanego wspólnie z Politechniką Gdańską.**