



EDUKACJA ZDROWOTNA W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

EBOOK DLA EDUKATORA

EBOOK DLA EDUKATORA

EDUKACJA ZDROWOTNA W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

Praca zbiorowa

Agata Jóźwiak

Barbara Kaczmarska

Rafał Kiepuszewski

Katarzyna Klonowska

Rafał Kozłowski

Katarzyna Kułaga

Marta Morawska

Iwona Poznerowicz

Agata Szymczak

Anna Ślusarska-Jasińska

Maj 2022

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA – Centrala

ul. Rakowiecka 26/3002-528 Warszawa

SPIS TREŚCI

	1	
WSTĘP		7
	2	
PROMOCJA ZDROWIA I EDUKACJA ZDROWOTNA		10
	3	
KOMUNIKACJA I RELACJE Z PACJENTEM		16
PODSTAWOWE ZASADY DOBREJ KOMUNIKACJI		17
BŁĘDY KOMUNIKACYJNE		18
BARIERY W KOMUNIKACJI		18
	4	
JAK SIĘ PRZYGOTOWAĆ DO EDUKACJI Z PACJENTEM		19
	5	
PILOTAŻ POZ PLUS		23
KOORDYNACJA OPIEKI		24
PROFILAKTYCZNE ŚWIADCZENIA BILANSOWE		25
PROGRAM ZARZĄDZANIA CHOROBA		25
	6	
MODELE EDUKACJI		26

7

EDUKACJA ZDROWOTNA W POZ PLUS	31
EDUKACJA POZ PLUS W ŚWIEŹLE BADAŃ EWALUACYJNYCH	34
BADANIA FOKUSOWE - WNIOŚKI	34
INDYWIDUALNE WYWIADY POGŁĘBIONE - WNIOŚKI	35
BADANIA ANKIETOWE METODĄ CAWI	35
MINI-WYWIADY Z LIDERAMI EDUKACJI W POZ PLUS	37
BADANIE ANKIETOWE	45
WNIOŚKI	51

8

MATERIAŁY POMOCNICZE	52
KOMPENDIUM WIEDZY - CZYNNIKI RYZYKA	53
NIKOTYNIZM	56
UZALEŻNIENIE OD ALKOHOŁU	60
ŻYWIENIE	63
NADWAGA I OTYŁOŚĆ	66
AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	68
STRES I DEPRESJA	70
NARZĘDZIA WSPIERAJĄCE EDUKACJĘ WYPRACOWANE W POZ PLUS	72

9

WNIOŚKI I REKOMENDACJE	74
-------------------------------	-----------

10

SPIS RYCIN I TABEL	76
---------------------------	-----------

11

BIBLIOGRAFIA	78
---------------------	-----------

1

WSTĘP

W ostatnich latach coraz częściej wskazuje się na potrzebę holistycznego (całościowego) podejścia do zdrowia człowieka czy też kompleksowej opieki zdrowotnej, spersonalizowanej i ukierunkowanej na indywidualne potrzeby zdrowotne. Takie podejście było jedną z przesłanek do wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej, w której w centrum uwagi miał znaleźć się pacjent [1]. W modelu opieki koordynowanej, przede wszystkim należy zidentyfikować zakres potrzeb pacjenta: zdrowotnych oraz związanych z codziennym funkcjonowaniem; a w konsekwencji zaplanować konkretne działania mające na celu zaspokojenie tych potrzeb. Nieodzownym elementem tak rozumianej opieki jest m.in. edukacja zdrowotna, która ma na celu: poprawę umiejętności rozumienia i korzystania z wiedzy o zdrowiu i indywidualnych czynnikach ryzyka, podejmowania decyzji zdrowotnych, radzenia sobie z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością [2, 3].

Niniejsza publikacja jest adresowana do osób które zajmują się edukacją zdrowotną pacjentów w ramach swoich kompetencji zawodowych (lekarze poz, pielęgniarki poz, położne poz) oraz edukatorom zdrowotnym, m.in. w oparciu o doświadczenia zebrane w ramach pilotażu opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce (POZ PLUS).

Pilotaż był współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w czasie od 1 lipca 2018 r. do 30 września 2021 r. w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i projektu grantowego pn. "Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK). Etap II. Faza pilotażowa - model POZ PLUS". Jego celem było pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej, polegającego m.in.: na poprawie jakości świadczeń zdrowotnych i zwiększeniu ich ilości w podstawowej opiece zdrowotnej wraz z wprowadzeniem koordynacji tych usług, szczególnie w zakresie profilaktyki z wykorzystaniem profilaktycznych świadczeń bilansowych oraz działań naprawczych, dążących do stabilizacji stanu zdrowia pacjenta w programie zarządzania chorobą przewlekłą.

W powszechnie obowiązującym modelu podstawowej opieki zdrowotnej, zapewnienie edukacji zdrowotnej w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej jest jednym z jej podstawowych założeń ujętych w art. 3 pkt 6 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 9 stycznia 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 172, tj.).

CELE POZ

ZAPEWNIENIE EDUKACJI

ŚWIADCZENIOBIORCY

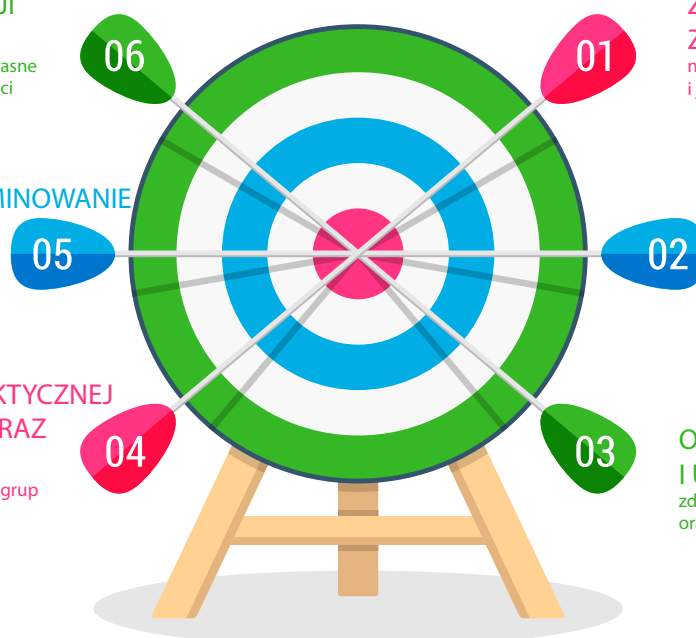
w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej

ROZPOZNAWANIE, ELIMINOWANIE LUB OGRANICZANIE ZAGROŻEŃ

i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego

ZAPEWNIENIE PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PROMOCJI ZDROWIA

dostosowanych do potrzeb różnych grup społecznych



ZAPEWNIENIE OPIEKI

ZDROWOTNEJ
nad świadczeniobiorcą
i jego rodziną

KOORDYNACJA OPIEKI ZDROWOTNEJ

nad świadczeniobiorcą w systemie
ochrony zdrowia

OCENA POTRZEB
I USTALENIE PRIORYTETÓW
zdrowotnych populacji objętej opieką
oraz wdrożenie działań profilaktycznych

RYCINA 1. CELE OPIEKI ZDROWOTNEJ WYNIKAJĄCE Z USTAWY O PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE

Należy zauważyć, że w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 27 listopada 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 2335), edukacja zdrowotna została wskazana jako zadanie wszystkich członków zespołu POZ, tj. lekarza, pielęgniarki i położnej.

Zadania te nie zawsze są realizowane priorytetowo i czasem bywają zaniedbywane. Efektywna edukacja zdrowotna wymaga m.in. nakładów czasu, który w POZ w pierwszej kolejności jest poświęcany na realizację celu pierwszego, tj. „zapewnienia opieki zdrowotnej nad świadczeniodawcą i jego rodziną”, najczęściej związanego ze stanem chorobowym, doraźną diagnostyką i leczeniem. Dość często także obserwowany jest brak rozwoju zawodowego i specjalizacji w tym zakresie, co skutkuje niewystarczającą wiedzą fachową niezbędną do właściwej realizacji edukacji zdrowotnej [2].

Ponieważ sama wiedza na temat czynników warunkujących zdrowie nie wydaje się być wystarczająca dla podejmowania przez ludzi działań prozdrowotnych, od wielu lat, zarówno w Polsce jak i na świecie, postuluje się o powierzenie prowadzenia edukacji zdrowotnej edukatorom zdrowotnym, tj. osobom posiadającym właściwe predyspozycje, kwalifikacje i przygotowanie, m.in. w celu wsparcia zespołów POZ w tym zakresie [2, 4].

Według amerykańskiego Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology, edukator zdrowotny to „pełniąca różne role osoba, profesjonalnie przygotowana i przeszkolona do używania odpowiednich strategii edukacyjnych oraz metod służących rozwijaniu procedur, interwencji sprzyjających zdrowiu jednostek, grup i określonych społeczności.” [5]

Biorąc m.in. powyższą definicję należy podkreślić, że rola edukatora zdrowia jest złożona i wykracza poza zwykłe przekazywanie wiedzy o zdrowiu oraz chorobie. Edukator zdrowotny oprócz podstaw teoretycznych, powinien posiadać odpowiednie predyspozycje i umiejętności, które odnoszą się do społecznych, środowiskowych i ekonomicznych uwarunkowań zdrowia [4, 6].

Przystąpienie do pilotażu POZ PLUS często wymagało wprowadzenia wielu zmian w placówkach realizatorów, m.in. organizacyjnych, kadrowych oraz tzw. „logistyki opieki nad pacjentem”, z uwzględnieniem zwiększonej aktywności ze strony poz w celu dotarcia do pacjenta kwalifikującego się do bilansu zdrowia oraz programu zarządzania chorobą. Zespół POZ mógł otrzymać wsparcie od innych specjalistów oraz profesjonalistów medycznych tj. dietetyków, psychologów, edukatorów zdrowotnych oraz koordynatorów opieki.

W realizacji założeń modelu opieki koordynowanej, istotnego znaczenia nabrały tzw. „kompetencje miękkie”, niezbędne do prowadzenia bezpośredniej rozmowy z pacjentami i nawiązania ścisłej współpracy w celu realizacji indywidualnego planu opieki oraz wspólnego sukcesu terapeutycznego - sukcesu pacjenta i sukcesu zespołu medycznego.

Niniejszy materiał stanowi zbiór podstawowych informacji na temat promocji zdrowia, w tym edukacji zdrowotnej, zawiera zestaw praktycznych wskazówek wspierających proces edukacji zdrowotnej realizowany przez pracowników systemu ochrony zdrowia, podsumowuje doświadczenia w zakresie edukacji zdrowotnej w pilotażu POZ PLUS oraz jest podstawową bazą wiedzy na temat czynników ryzyka i chorób cywilizacyjnych.

2

PROMOCJA
ZDROWIA
I EDUKACJA
ZDROWOTNA

Niniejsza publikacja odnosi się zagadnienia edukacji zdrowotnej realizowanej w sektorze ochrony zdrowia, na szczeblu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z uwzględnieniem doświadczeń zebranych w pilotażu POZ PLUS. Mówiąc o edukacji zdrowotnej, warto na wstępie krótko omówić pewne zagadnienia nierozdzielnie z nią powiązane i stanowiące istotne tło merytoryczne.

Dyskusja na temat tego, czym jest zdrowie, budzi wiele kontrowersji. Istnieje ponad 300 definicji zdrowia, a żadna z nich nie uwzględnia wszystkich jego wymiarów i aspektów [7]. Przedstawiciele poszczególnych dyscyplin naukowych w różny sposób odnoszą się do tej problematyki, bazując często na odmiennych płaszczyznach (biologicznej, psychicznej czy społecznej). Zagadnienie zdrowia ma charakter interdyscyplinarny i jest przedmiotem zainteresowania wielu nauk: medycznych, społecznych, ekonomicznych i nauk o zdrowiu. Pojęcie zdrowia jest najczęściej używane w kontekście jednostki (danej osoby), choć należy pamiętać również o kontekście społecznym, środowiskowym czy też publicznym.



Zdrowie jest postrzegane m.in. jako: jedna z najważniejszych wartości dla człowieka, którą często doceniamy dopiero w momencie jego utraty; zasób (bogactwo) gwarantujące rozwój społeczeństwa; środek do codziennego życia, warunek dobrej jakości życia, (...).

Na podstawie statusów zdrowotnych po bilansie zdrowia w ramach POZ PLUS:

- 16 % to osoby zdrowe,
- 38 % to osoby zdrowe, ale z czynnikami ryzyka,
- 46 % osób jest chorych przewlekle (w tym 37,8% - w stanie stabilnym i 7,8% - w stanie wymagającym stabilizacji).

Przykładowa definicja ZDROWIA to potencjał fizyczny, psychiczny i społeczny, który ulega zmianom (pozytywnym lub negatywnym) pod wpływem naszych codziennych działań (lub ich braku).

Z. Słońska, M. Misiuna, 1993 [8]

Jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej jest najwyższy możliwy do uzyskania standard zdrowia, rozumiany jako dobrostan fizyczny i psychiczny oraz dobra jakość życia. Zdrowie jest również postrzegane jako miara postępu w dziedzinie zmniejszania ubóstwa, zacieśniania więzi społecznych i eliminowania dyskryminacji [9].

Zdrowie jest wypadkową różnych czynników i warunków, zarówno zależnych od danej osoby, jak i czynników zewnętrznych. Co i w jakim stopniu wpływa na zdrowie człowieka po raz pierwszy zdefiniował w 1974 r. kanadyjski minister zdrowia - Marc Lalond [10], wskazując 4 podstawowe kategorie warunkujące zdrowie, tzw. **determinanty zdrowia**:

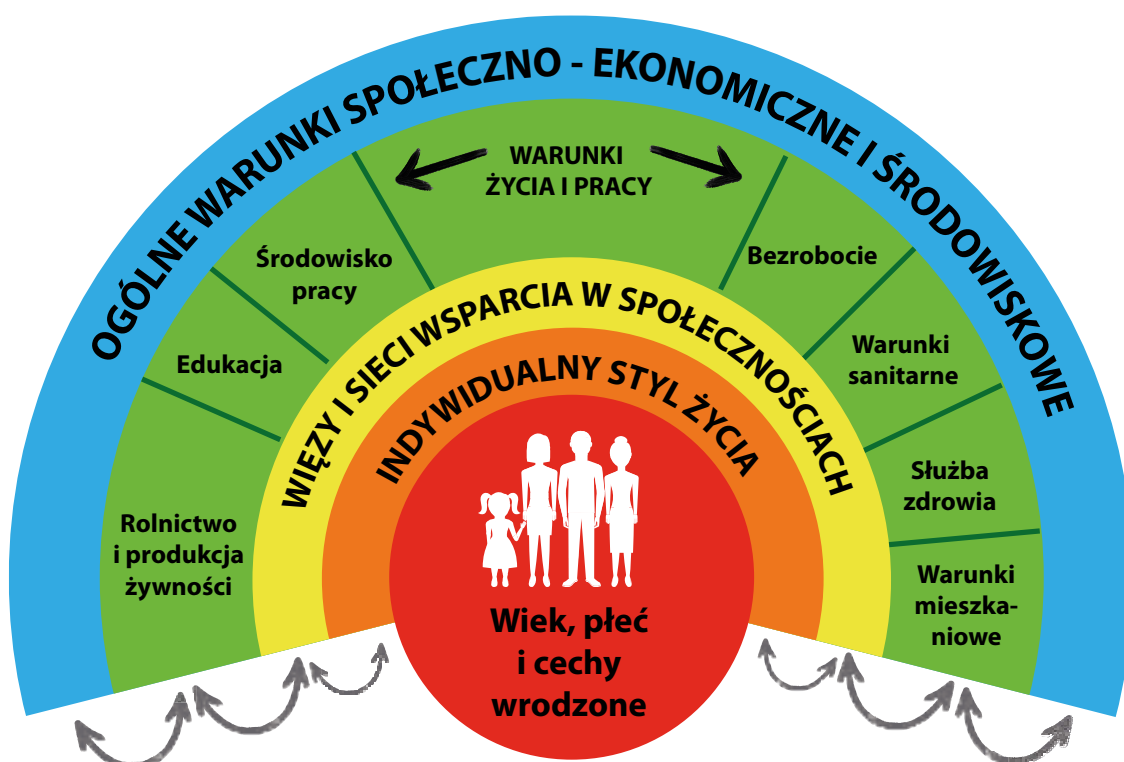
- **styl życia** – czynniki ryzyka związane z decyzją (zachowaniem) jednostki, przekładającą się na dobry lub zły stan zdrowia,
- **czynniki środowiskowe** – czynniki działające w otoczeniu, poza organizmem człowieka, a wpływające na jego zdrowie,
- **opieka zdrowotna** – zasoby i procedury działania instytucji powołanych do działań na rzecz zdrowia,
- **czynniki genetyczne** – czynniki biologiczne każdej jednostki, procesy jej dojrzewania i starzenia się, a także ogół złożonych, wewnętrznych systemów, które można wyróżnić w organizmie człowieka.



RYCINA 2. DETERMINANTY ZDROWIA

ŹRÓDŁO: ŚRODA Z PROFILAKTYKĄ. PROFILAKTYKA ZDROWOTNA, AKADEMIA.NFZ.GOV.PL

Jest to najbardziej znana i wpływowa koncepcja uwarunkowań stanu zdrowia, która wskazała w jak istotnym stopniu zdrowie jest zależne od stylu życia, który jest pochodną m.in. naszej postawy, wyborów i zachowania, na które mamy wpływ. Stąd tak ważne jest aby posiadać wiedzę umożliwiającą dokonywanie wyborów sprzyjających zdrowiu w okresie całego życia. Jednocześnie należy wskazać, że model Lalonda jest uznawany za niepełny, bowiem za styl życia nie zawsze jesteśmy odpowiedzialni (wyłącznie) sami. Na uwagę zasługuje m.in. tzw. tęczyowy model determinantów zdrowia, według którego nasz styl życia determinuje środowisko, w którym żyjemy (tzw. siedlisko), wiedza o zdrowiu którą posiadamy (m.in. system edukacyjny), warunki socjalno-bytowe, rynek pracy oraz czynniki kulturowe [11].



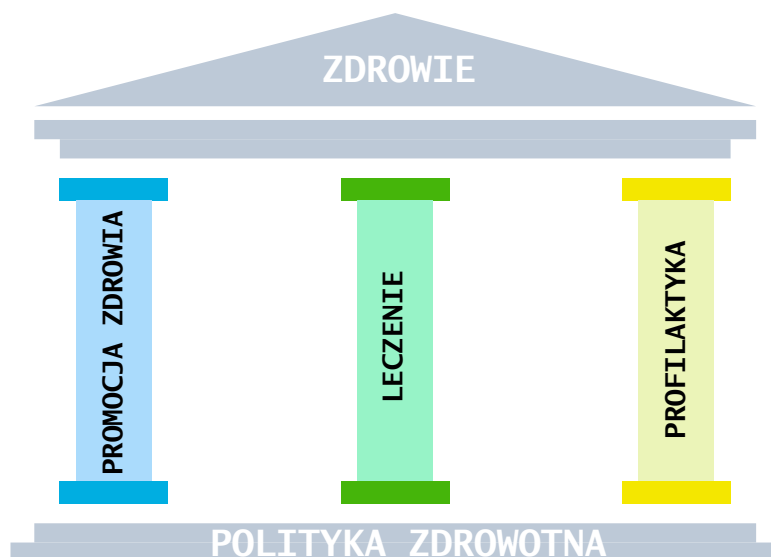
RYCINA 3. TĘCZOWY MODEL DETERMINANTÓW ZDROWIA

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE

Zdrowie nie jest stanem statycznym tylko dynamicznym (ulotnym), dlatego też we wszystkich okresach życia należy zdrowie:

- chronić - czyli zapobiegać chorobom (profilaktyka),
- doskonalić - pomnażać, zwiększać jego potencjał (promocja zdrowia),
- przywracać - gdy pojawi się choroba (leczenie i rehabilitacja) [12].

Podstawą powyższych działań powinna być spójna polityka zdrowotna. W Polsce jest ona w zakresie obowiązków Ministerstwa Zdrowia. Poszczególne zadania polityki są realizowane na wszystkich szczeblach administracji państwowej w jednostkach samorządu terytorialnego (JST).



RYCINA 4. FILARY ZDROWIA

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE [NA PODSTAWIE 13, 14]

Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna są częścią dziedziny **zdrowie publiczne**, które w ostatnich latach także i w Polsce nabiera znaczenia. Miało ono początki w XIX wieku wraz z rozwojem higieny, służącej zapobieganiu zakażeniom. Z biegiem czasu działania zdrowia publicznego objęły m.in. kontrolę zagrożeń zdrowia w pracy, miejscu zamieszkania i w innych miejscach zbiorowego przebywania. W związku ze zmianą struktury występowania głównych chorób - od chorób zakaźnych do chorób cywilizacyjnych, podstawowym działaniem zdrowia publicznego staje się **promocja zdrowia i edukacja zdrowotna**. Są one ukierunkowane na ograniczanie ryzyka zdrowotnego, wynikającego z indywidualnych zachowań zdrowotnych (stylu życia) oraz warunków życia (środowisko), które są głównymi determinantami zdrowia.

Promocja zdrowia¹ i **edukacja zdrowotna** to wzajemnie powiązane obszary działań, zapoczątkowane oficjalnie na Konferencji w Ottawie w 1986 roku, gdzie powstała tzw. Karta Ottawska, stanowiąca „Konstytucję” promocji zdrowia. Wymieniono w niej **5 strategicznych działań**, które powinny być podejmowane równocześnie, jako działania współzależne, tj.

1. **określenie zdrowotnej polityki społecznej w państwie** - ustalenie i sukcesywna realizacja programów prozdrowotnej polityki społecznej, przy zapewnieniu realnych źródeł finansowania;
2. **tworzenie środowisk wspierających zdrowie** – utworzenie sieci struktur społeczności lokalnych aktywnie uczestniczących w sprawach dotyczących zdrowia;
3. **wzmacnianie działań społecznych** – zapewnienie dostępu do informacji, edukacji zdrowotnej, uzyskanie środków, wzmocnienie ruchów samopomocy;
4. **rozwijanie umiejętności osobniczych (indywidualnych)** - dostarczenie informacji, edukacja na rzecz zdrowia oraz podnoszenie umiejętności życiowych;
5. **reorientacja świadczeń zdrowotnych** - odejście od modelu ekonomiki szpitalnej w kierunku holistycznego ujmowania

¹ Pojęcie **promocja zdrowia** wprowadzone przez Henry'ego Siegerista w 1945 roku, jako szereg działań prowadzących do zapewnienia odpowiednich warunków życia, pracy, kształcenia, kultury fizycznej oraz wypoczynku i rekreacji. Jeden z podstawowych filarów medycyny obok zapobiegania chorobom, leczenia chorób i rehabilitacji.

korzyści zdrowotnych, ekonomicznych i rozwojowych całego kraju.

Promocja zdrowia to proces umożliwiający zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi zdrowie (odnoszącymi się do czynników środowiskowych populacji), a **edukacja zdrowotna** polega na pozyskiwaniu kompetencji do świadomego podejmowania działań w celu zachowania zdrowia (w odniesieniu do czynników osobowościowych jednostki). Istnieje wiele definicji obu obszarów, oto przykładowe z nich według WHO:

- **Promocja zdrowia** - proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi zdrowie i w ten sposób jego poprawę.
- **Edukacja zdrowotna** - świadomie tworzone możliwości uczenia się obejmujące różne formy komunikowania w celu zwiększenia alfabetyzmu zdrowotnego, wiedzy o zdrowiu i rozwijania umiejętności życiowych, które sprzyjają zdrowiu jednostki i społeczności.

Edukacja zdrowotna to nie tylko przekazywanie informacji, lecz także wzmacnianie motywacji, umiejętności, własnej skuteczności niezbędnych dla podejmowania działań na rzecz zdrowia.

Promocja zdrowia zapewnia warunki dla dokonywania wyborów sprzyjających zdrowiu, a edukacja zdrowotna pozwala te wybory odkrywać. Trzeba podkreślić, że edukacja zdrowotna to proces trwający przez całe życie i dotyczy wszystkich ludzi. Jest ona realizowana przede wszystkim w systemie oświaty i systemie ochrony zdrowia.

Jeszcze jednym istotnym pojęciem jest **edukacja pacjenta**, czyli proces zamierzonego wpływu na osobowość konkretnego pacjenta (i osób z jego najbliższego otoczenia), na jego motyw, postawy i przekonania dotyczące zdrowia oraz kształtowania poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie. Pacjentem jest każdy uczestnik systemu opieki zdrowotnej, w tym: osoba zdrowa, osoba zdrowa narażona na zachorowanie, chora, niepełnosprawna. W edukacji pacjenta powinny być realizowane cele edukacji zdrowotnej, z uwzględnieniem osobniczego stanu zdrowia [15].

Zadania związane z promocją zdrowia i edukacją zdrowotną (elementy nierozdzielne) są przypisane różnym profesjonalistom medycznym, m.in. w regulacjach dotyczących zasad i warunków wykonywania poszczególnych zawodów: lekarzom, pielęgniarkom, położnym, ratownikom medycznym, dietetykom, kosmetologom. Szczególnie istotnym szczeblem realizacji zadań związanych z promocją zdrowia i edukacją zdrowotną jest podstawowa opieka zdrowotna (POZ), która stanowi podstawowy szczebel systemu opieki zdrowotnej, będąc jednocześnie podstawowym miejscem kontaktu pacjenta i jego rodziny z systemem opieki zdrowotnej.

Zapewnienie „edukacji zdrowotnej świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej” stanowi 1 z 6 głównych założeń podstawowej opieki zdrowotnej - art. 3 pkt 6 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 9 stycznia 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 172, tj.). Zadania związane z promocją zdrowia i edukacją zdrowotną zostały przypisane wszystkim członkom zespołu POZ, tj. lekarzowi, pielęgniarkom i położnej, m.in. na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 27 listopada 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 2335).

Edukacja ma niekwestionowane znaczenie w opiece nad pacjentem. Przynosi efekty zarówno w sferze klinicznej, jak i społecznej, pomaga w radzeniu sobie z problemami zdrowotnymi, ma pozytywny wpływ na samopoczucie i powrót do zdrowia oraz satysfakcję z systemu opieki zdrowotnej. Jej znaczenie jest dostrzegane przez większość profesjonalistów medycznych.

Powszechnie, jako najbardziej kompetentne źródło informacji o zdrowiu, chorobie są uznawani lekarze [6, 10, 20]. Większość z nich, w tym ok 60% lekarzy POZ deklaruje prowadzenie edukacji pacjentów, szczególnie tych ze specjalizacją z medycyny rodzinnej oraz dłuższym stażem pracy (większe doświadczenie zawodowe) [16]. Na uwagę zasługuje fakt, że to pielęgniarki częściej wskazują własną grupę zawodową jako grupę prowadzącą edukację - ponad 80 % pielęgniarek często lub bardzo często podejmuje edukację pacjenta wobec pacjentów, ich rodzin i osób zdrowych, a czas jej realizacji zazwyczaj trwa około 15–20 minut. Pielęgniarki pracujące w oddziałach szpitalnych poświęcają więcej czasu na edukację pacjenta w porównaniu z pielęgniarkami zatrudnionymi w POZ i oddziałach klinicznych [19].

Promowanie zadań edukacyjnych powinno odbywać się nie tylko wśród pacjentów i profesjonalistów medycznych, ale również na szczeblu kierownictwa placówek opieki zdrowotnej, ponieważ edukacja może być skuteczna jeśli jest prowadzona w oparciu o pewną strukturę wspomagającą (wparcie organizacyjne) [18].

Na temat potrzeby kształcenia specjalistów z zakresu edukacji zdrowotnej, również obecnych profesjonalistów medycznych do których zadań należy m.in. edukacja pacjenta (lekarze, pielęgniarki, położne, dietetycy, ratownicy medyczni, kosmetolodzy),

wskazują liczne gremia specjalistów, nie tylko w dziedzinie medycyny. Jest to spowodowane tym, że standardowe kształcenie m.in.: lekarzy, pielęgniarek oraz położnych, nie przewiduje nabywania kompetencji w zakresie nowoczesnych technik prowadzenia edukacji [2, 21]. Około 90 % pielęgniarek widzi potrzebę dokończenia zawodowego w kierunku pełnienia funkcji edukatora [18].

W Polsce nie ma oficjalnego, tj. regulowanego przepisami prawa zawodu 'edukator zdrowotny', jak np. w Stanach Zjednoczonych, choć od wielu lat trwa na ten temat dyskusja i działania mające na celu jego profesjonalizację, m.in. ze względu na potrzebę podejścia do edukacji zdrowotnej w sposób kompleksowy i nowoczesny [21,22].

Zawód lub raczej funkcja edukatora zdrowotnego jest wyodrębniona m.in. w wyniku potrzeb rynku pracy. Do podjęcia pracy w charakterze edukatora zdrowia nie jest wymagane posiadanie tytułów zawodowych, kwalifikacji czy uprawnień zawodowych, choć istnieją liczne kursy, szkolenia i studia podyplomowe w tym zakresie, oprócz specjalności 'edukacja zdrowotna' na kierunku zdrowie publiczne oraz specjalizacji 'Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna' CMKP.

Kompetencje i standardy zawodowe edukatorów zdrowia niejednokrotnie są opracowywane przez pracodawców/ świadczeniodawców usług zdrowotnych, ale nie wynikają z oficjalnych standardów kompetencji zawodowych. W określaniu programów kursów czy też studiów podyplomowych w tym zakresie istnieje pewnego rodzaju dowolność.

Niezależnie od tego, kto pełni funkcje edukatora, jego zadaniem jest m.in. współpraca z wszystkimi członkami zespołu terapeutyczno-leczniczego (lekarz, dietetyk, rehabilitant, itp.).

3

KOMUNIKACJA I RELACJE Z PACJENTEM

„Komunikacja” (łac. communico, communicare) oznacza wspólność, poczucie łączności. W pierwotnym znaczeniu pojęcie to oznaczało wejście we wspólnotę, utrzymywanie relacji między osobami.

„Komunikacja jest procesem porozumiewania się jednostek, grup lub instytucji. Jego celem jest wymiana myśli, dzielenie się wiedzą, informacjami i ideami. Proces ten odbywa się na różnych poziomach, przy użyciu zróżnicowanych środków i wywołuje określone skutki” B. Dobek—Ostrowska

Jednym z kluczowych elementów procesu terapeutycznego jest skuteczna komunikacja oparta między innymi na:

- indywidualnym podejściu do każdego pacjenta, poznaniu jego oczekiwań i możliwości powodujących zwiększenie zaufania pacjenta do personelu medycznego poprzez dostosowanie świadczeń do jego potrzeb,
- stosowaniu w procesie informowania pacjenta, prostego, zrozumiałego i dostosowanego do możliwości odbioru języka,
- stworzeniu pacjentowi możliwości wyboru, postępowania medycznego na podstawie uzyskanych i przekazanych przez personel medyczny informacji, niezbędnych do efektywniejszego stosowania zaleceń terapeutycznych.

Na wagę komunikacji w relacji pacjent – pracownik medyczny, wskazują liczne raporty i opracowania [23, 24, 25]. Z uwagi na duże zapotrzebowanie praktycznych wskazówek jak zadbać o dobrą komunikację w relacjach pacjent – przychodnia POZ, w ramach projektu POZ PLUS opracowano e-book Komunikacja interpersonalna i w social mediach [26] – <https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/Komunikacja-interpersonalna-i-w-social-mediach.pdf>.

PODSTAWOWE ZASADY DOBREJ KOMUNIKACJI

Aby komunikacja podczas wizyty przebiegała w sposób satysfakcjonujący zarówno dla pacjenta jak i edukatora ważne jest zastosowanie podstawowych zasad, które to ułatwią. Należą do nich:

- **Współpraca** – nawet w krótkiej rozmowie budujemy z pacjentem relację partnerską. Zgłębiamy problem i udzielamy wsparcia. Zachęcamy do działań, ale szanujemy wiedzę i poglądy pacjenta. Unikamy przyjmowania postawy autorytarnej, głoszenia kazań, przymuszania na rzecz bezpośredniej, popartej przykładami perswazji w formie dyskusji na rzecz zmiany myślenia. Jednocześnie unikamy sformułowań takich jak „pogadanka o zdrowiu”. Dajemy w tym momencie odczuć pacjentowi, że opiekujemy się Nim kompleksowo, troszczymy się o jego zdrowie i dążymy do jego stabilizacji.
- **Wydobywanie** – punktem wyjścia jest wiedza pacjenta. Staramy się prowadzić rozmowę tak, aby to pacjent podawał jak najwięcej informacji, w tym celu zadajemy pytania, zarówno otwarte, jak i zamknięte. Wzmacniamy wewnętrzną motywację do zmiany czerpiąc z jego poglądów, celów i wartości pacjenta. To trudna sztuka, ale możliwa.
- **Autonomia** – okazujemy szacunek dla autonomii pacjenta, ma on mieć poczucie zawsze wolnego wyboru, to on zdecyduje czy pójść za otrzymaną radą czy nie. Potwierdzamy i podkreślamy zdolność pacjenta do kierowania sobą, ale ułatwiamy podejmowanie wyborów i decyzji, mając wiedzę z danego zakresu, którą dzielimy się a nie „wymądrzamy”.
- **Nawiązanie dobrego kontaktu** - autentyczne i uczciwie wyrażane uznanie do podjętych działań, wzbudzanie chęci do zmiany przez pokazywanie własnej bezinteresowności i własnych szczerych chęci bez krytykowania, potępiania czy pouczania.
- **Wzbudzenie sympatii** - okazywanie autentycznego, szczerego zainteresowania, uśmiechu, chęci i skupienia podczas słuchania, zachęcamy rozmówcę do mówienia o sobie i o tym co go naprawdę interesuje oraz prowadzenie rozmowy tak by pacjent był w centrum uwagi. W rozmowie parafrazujemy wypowiedzi pacjenta, ośmielamy pacjenta przytakiwaniem, robimy notatki.
- **Spójność wypowiedzi z komunikacją niewerbalną** – nasza wypowiedź nie może być sztywną recytacją wyuczonych treści bez zmiany intonacji głosu. Mówimy ze zrozumieniem, stosowaniem krótkich przerw, z wykorzystania mimiki twarzy, drobnych gestów a także mowy ciała, m.in. nie zaciskaj pięści, nie bawimy się rękoma, nie opieramy rąk na biodrach.
- **Utrzymanie kontaktu wzrokowego** – warto utrzymywać otwartą postawę ciała, oraz mówiąc do pacjenta warto zachowywać w 40-60 % kontakt wzrokowy. Spuszczając wzrok należy to robić tak aby nie do końca stracić pacjenta z oczu. Należy również unikać stałego wpatrywania się w pacjenta, bo to może wzbudzić w nim niepokój, lęk lub agresję.

BŁĘDY KOMUNIKACYJNE

Błędy w komunikacji z pacjentem mogą mieć różne przyczyny i mogą prowadzić do różnych konsekwencji. Wpływają one negatywnie na możliwość prawidłowego zrozumienia naszych słów oraz budowania dobrych relacji z pacjentem. Wielu z nich nawet nie zauważamy. Traktujemy je jako nasz naturalny sposób zachowania, na który w naszej opinii nie mamy wpływu. Jednak jest to błędne założenie. Świadoma analiza oraz przemyślany sposób komunikacji z pacjentem może być pomocne w uniknięciu lub zminimalizowaniu popełnianych błędów.

Wśród najczęściej popełnianych błędów komunikacyjnych przez pracowników medycznych jest m.in. brak edukacji chorych [27]. Oprócz tego należy wskazać również:

- Etykietowanie, osądzanie i krytykowanie pacjenta
- Ignorowanie, okazywanie pacjentowi zniecierpliwienia
- Zbyt wąskie podejście do problemów, powierzchowna analiza problemów chorego oraz niedostrzeganie zmieniających się potrzeb pacjentów
- Nierespektowanie prawa pacjenta do uzyskania rzetelnych informacji, w tym uniemożliwianie pacjentowi zadawania pytań
- Przedstawianie zaleceń w sposób niezrozumiały, w oparciu o niepełne dane,
- Brak planu działań diagnostyczno-terapeutycznych,
- Nieznajomość aktualnych wyników badań medycznych chorego.

BARIERY W KOMUNIKACJI

Przykładowe bariery skutecznej edukacji:

- Strach / obawy pacjenta. Pacjent może potrzebować przezwyciężenia strachu, zanim zostanie otwarty na nauczanie. Strach ma wpływ m.in. na tętno człowieka i powoduje przyływ hormonów stresu, co może utrudniać naukę.
- Otwartość na nauczanie. Nie wszyscy pacjenci są otwarci na naukę i potrzebują zachęty m.in. ze strony swojego lekarza/edukatora. Warto wskazać pacjentowi korzyści z edukacji, np. lepsze zrozumienie choroby, możliwość samokontroli itp.
- Stan zdrowia. Materiały edukacyjne powinny być dostosowane do aktualnego stanu zdrowia pacjenta, np. te dotyczące wczesnego stadium choroby mogą nie być korzystne, jeśli choroba pacjenta postępuje.
- Brak czasu. W trakcie standardowej wizyty zazwyczaj brakuje odpowiedniej ilości czasu na edukację pacjentów, a pacjenci czują się „pośpieszeni i niezdolni do wyrażenia wszystkich pytań i obaw”. Warto w harmonogramie pracy wyodrębnić czas na wizyty poświęcone wyłącznie edukacji.
- Złożone problemy. Edukacja pacjentów może być trudna z uwagi na występowanie wielu problemów zdrowotnych jednocześnie lub wielu aspektów mających wpływ na dany problem - na przykład, w przypadku otyłości, należy z pacjentem omówić kwestie związane z odżywianiem, aktywnością fizyczną, wpływu rówieśników i stresu związanego z sytuacją pacjenta.
- Niewidoczne rezultaty. Pacjenci mogą nie być zainteresowani wprowadzaniem zmian w swoim zdrowiu, gdy nie ma widocznych „spektakularnych rezultatów”. Na przykład skuteczna edukacja pacjenta może skutkować niewystąpieniem zawału serca lub nieufornowania raka płuc.
- Zdolność do przetwarzania informacji. Osoby mają różne ograniczenia, jeśli chodzi o przetwarzanie poufnych informacji. Pacjent powinien otrzymać tylko tyle informacji, ile jest w stanie przyswoić w danym momencie.

4

JAK SIĘ
PRZYGOTOWAĆ
DO EDUKACJI
Z PACJENTEM

Aby edukacja pacjenta była skuteczna, należy się do niej odpowiednio przygotować. Wszystkie działania edukacyjne powinny być poprzedzone rozpoznaniem stanu pacjenta i jego zapotrzebowania na edukację przez wszystkie osoby realizujące proces opieki [15].

Pierwszym podstawowym warunkiem skutecznej edukacji, jest oczywiście **przygotowanie merytoryczne**, np. w zakresie choroby, z którą boryka się pacjent, w tym m.in: jej etiologii, objawów, metod diagnostycznych, metod leczenia, metod samokontroli, wpływu żywienia, itp. Warto opracować skrypty/materiały pomocnicze zawierające podsumowanie aktualnego stanu wiedzy medycznej i rekomendowanego postępowania z danym czynnikiem ryzyka czy też schorzeniem, do wykorzystania przez wszystkie osoby biorące udział nie tylko w edukacji pacjentów, ale i całym procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Takie materiały powinno się opracowywać, dla każdego problemu zdrowotnego (schorzenia/czynnika ryzyka), np. dla pacjentów chorych na cukrzycę, dla pacjentów z otyłością, dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, itp. Powyższe pozwoli usystematyzować i ew. zaktualizować wiedzę w danym zakresie. Dodatkowo niezwykle cenne są szkolenia wewnętrzne w zakresie opracowanych/zaktualizowanych materiałów dla wszystkich członków zespołu sprawującego opiekę nad pacjentem, ponieważ skuteczna edukacja zdrowotna to efekt pracy zespołowej.

Choć istnieją grupy pacjentów o podobnych potrzebach zdrowotnych, (np. pacjenci z cukrzycą), to każdy pacjent powinien mieć zindywidualizowany plan edukacji, tj. dostosowany do własnych potrzeb. Każdy pacjent jest inny, ma inną sytuację życiową, inne zdolności przyswajania wiedzy, itp., w związku z powyższym niejednokrotnie potrzebuje innych działań, zakresu wiedzy lub narzędzi edukacyjnych. Aby edukacja była efektywna, tj. aby w jej wyniku nastąpiła np. oczekiwana zmiana zachowania, warto wyznaczać w ramach planu edukacji m.in. konkretne i realne cele do realizacji.

Edukacja krok po kroku:

1. Ustalamy stan wyjściowy:

a) **stan zdrowotny pacjenta** – np. na podstawie wywiadu w ramach badania bilansowego (kwestionariusz bilansowy), IPPZ /IPOM oraz dokumentacji medycznej.

b) **potrzeby edukacyjne w zakresie:**

- i. gotowości pacjenta do uczenia się i jego wewnętrznej motywacji,
- ii. zakresu i poziomu wiedzy pacjenta,
- iii. zakresu wskazanej wiedzy do nabycia przez pacjenta,
- iv. wyników wcześniejszej edukacji jeśli miała miejsce lub źródeł pozyskiwania dotychczasowej wiedzy.

W tym celu warto z pacjentem porozmawiać, np. z użyciem list kontrolnych lub kwestionariusza oraz innymi członkami zespołu sprawującymi opiekę nad pacjentem.

2. zaplanujmy zakres i metody edukacji – w tym wskazać cel edukacji (np. przygotowanie do samoopieki i samokontroli), dobrać materiał i metody edukacyjne pod kątem potrzeb i preferencji pacjenta, gotowości nabywania wiedzy i możliwych barier w uczeniu się, poziomu samodzielności pacjenta, czynników środowiskowych. Należy również zaplanować harmonogram, tj. rozpisać ew. etapy edukacji w czasie. Ponadto warto rozważyć włączenie np. członka rodziny do uczestnictwa w edukacji (np. małżonek, dziecko), w celu wsparcia pacjenta w osiągnięciu określonego celu. Warto aby plan edukacji miał formę sformalizowaną. W POZ PLUS rekomendowano, aby zakres edukacji był określany w IPPZ/IPOM; co jest rekomendowane również po jego zakończeniu w indywidualnym planie opieki lub karcie edukacji pacjenta.

3. przeprowadźmy edukację - w oparciu o opracowany plan, zwracając uwagę m.in. na bariery, obawy, strach i ograniczenia pacjenta.

Omów z pacjentem plan edukacji i wskaż mu jego cel. W realizacji planu należy się skoncentrować na tym co pacjent powinien wiedzieć, a nie tym wszystkim co warto wiedzieć. Przekazywane informacje powinny być uporządkowane, aby ułatwić pacjentowi ich zrozumienie.

Materiały edukacyjne dla pacjentów, które mają wizualizację, takie jak zdjęcia, rysunki i wykresy, mogą przyspieszyć naukę i wyeliminować bariery, takie jak niewystarczający czas. Im prostsze i bardziej chwytliwe są wizualizacje, tym łatwiej jest pacjentom je śledzić i przyswajać. Patrz: przykładowe grafiki poniżej:



EUROPEJSKI KODEKS WALKI Z RAKIEM
[HTTP://WWW.KODEKSWALKIZRAKIEM.PL/](http://www.kodekswalkizrakiem.pl/)

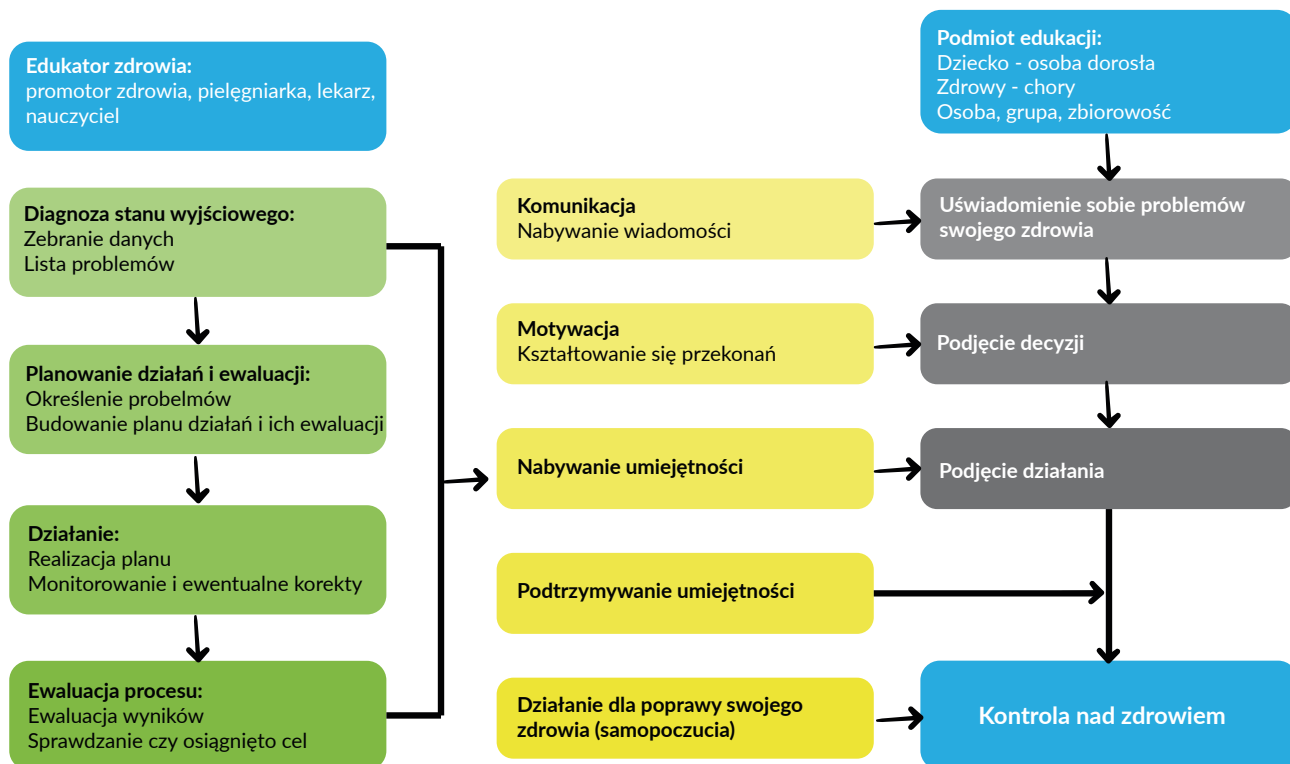
Upewnij się czy pacjent rozumie Twój przekaz i wie od czego powinien rozpocząć realizację przekazanych zaleceń. Zapytaj pacjenta czy ma jakieś pytania bądź wątpliwości.

4. **oceńmy rezultaty edukacji** – w trakcie następnych wizyt warto weryfikować uzyskane efekty (zmiany zachowania pacjenta, zmiany parametrów podlegających ocenie, np. masy ciała, ciśnienia tętniczego) . W ramach profilaktycznych świadczeń bilansowych odbywało się to m.in. podczas edukacyjnych wizyt kontrolnych, a w ramach programu zarządzania chorobą w ramach wizyt kontrolnych weryfikujących status realizacji IPOM.

Pamiętaj!

Używaj prostego, niemedycznego języka – Pacjenci nie są ekspertami medycznymi i nie znają żargonu medycznego. Używanie prostego, codziennego języka w połączeniu z wizualizacjami może zdecydowanie pomóc w lepszym przekazaniu wiadomości.

Wiedza i umiejętności pracowników służby zdrowia (m.in.: lekarzy, pielęgniarek, edukatorów zdrowia) muszą być aktualizowane, np. poprzez udział w szkoleniach, w tym w zakresie edukacji pacjentów.



RYCINA 5. PROCES EDUKACJI ZDROWOTNEJ

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE NA PODSTAWIE PROMOCJA ZDROWIA. RED. A. ANDRUSZKIEWICZ, M. BANASZKIEWICZ. WYDAW. CZELEJ, LUBLIN 2008, S. 128 [28] RYCINA 5. PROCES EDUKACJI ZDROWOTNEJ

5

PILOTAŻ POZ
PLUS

Przedmiotem umów zawartych ze świadczeniodawcami w ramach pilotażu PLUS były:

- profilaktyczne świadczenia bilansowe
- program zarządzania chorobą
- koordynacja i monitorowanie przebiegu leczenia świadczeniobiorców



RYCINA 6. PILOTAŻ POZ PLUS
ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE

KOORDYNACJA OPIEKI

Pilotaż POZ PLUS zakładał racjonalną i zaplanowaną współpracę lekarza POZ z pozostałymi uczestnikami zaangażowanymi w proces udzielania świadczeń (m.in. pielęgniarki, lekarze specjaliści, edukatorzy zdrowotni, fizjoterapeuci, dietetycy). Aby ułatwić tą współpracę świadczeniodawcy POZ PLUS mogli wzmocnić swój zespół koordynatorem/ami, na których zatrudnienie otrzymywali grant koordynacyjny.

Do zadań koordynatora należało w m. in.:

- rekrutacja pacjentów, w tym wstępny wywiad bilansowy,
- koordynacja administracyjna i wspieranie organizowania procesu leczenia i profilaktyki, w tym prowadzenie elektronicznego terminarza wizyt,
 - zapewnienie przepływu informacji między uczestnikami procesu udzielania świadczeń, zarówno na poziomie świadczeniodawcy, jak również między świadczeniodawcą i podmiotami zewnętrznymi zaangażowanymi w proces leczenia i profilaktyki, w tym stały kontakt z pacjentem i jego rodziną,
 - raportowanie i sprawozdawczość do Funduszu,
 - wspieranie świadczeniobiorców w uzyskiwaniu dostępu do Internetowego Konta Pacjenta (IKP).

Świadczeniodawcy mogli również skorzystać z grantu technologicznego, który był przeznaczony na dostosowanie systemów gabinetowych, w założeniu w zakresie 4 funkcjonalności – ostatecznie dostosowanie tylko do 2 z nich zostało umożliwione po stronie NFZ (dostosowanie do komunikatów sprawozdawczych XML i dostosowanie do sprawozdawczości dotyczącej statusu pacjentów w procesie opieki koordynowanej z wykorzystaniem usług sieciowych).

PROFILAKTYCZNE ŚWIADCZENIA BILANSOWE

W pakiecie profilaktycznych świadczeń bilansowych znalazły się wizyty związane z przeprowadzeniem bilansu zdrowia (badanie przedmiotowe i podmiotowe wraz z diagnostyką podstawową lub pogłębioną) oraz wizyty edukacyjne.

Wynikiem bilansu było nadanie pacjentowi **statusu zdrowotnego** (1 z spośród 4 kategorii, tj.: '1 – zdrowy - bez czynników ryzyka', '2- zdrowy – z czynnikami ryzyka', '3 - chory przewlekłe (aktualnie bez objawów) – stabilny', 'chory przewlekłe (aktualnie z objawami) - wymagający stabilizacji') i opracowanie pacjentowi **Indywidualnego Planu Postępowania Zdrowotnego (IPPZ)**, w którym były zawarte interpretacje wyników badań i przeprowadzonych w trakcie bilansu testów, z instrukcjami dalszego postępowania wraz z ewentualnymi zaleceniami i skierowaniami np. na wizyty edukacyjne (ogólne i/lub specjalistyczne: dietetyczne lub psychologiczne), oraz do Programu Zarządzania Chorobą w przypadku podejrzenia/diagnozy 1 z 11 chorób dla których jest dedykowany Program. W przypadku spełnienia warunków kwalifikacyjnych przez pacjenta, w IPPZ wskazywano również możliwe do realizacji badania profilaktyczne finansowane ze środków publicznych, takie jak np. program profilaktyki raka sutka, program badań przesiewowych raka jelita grubego, program profilaktyki raka szyjki macicy. IPPZ miał być omawiany i przekazywany pacjentowi oraz stanowić podstawę wizyt edukacyjnych.

Integralnym elementem badań bilansowych była **edukacja pacjenta**, w obszarach związanych z rozpoznanymi czynnikami ryzyka, w szczególności dotyczącymi zachowań zdrowotnych, w tym m.in.: w sferze żywienia, palenia papierosów, spożywania alkoholu, aktywności fizycznej. Wizyty edukacyjne przysługiwały wszystkim pacjentom ze statusem zdrowotnym, 2, 3 lub 4. Dodatkowo pacjentom, który mieli wykonany bilans pogłębiony i odbyli edukację podstawową przysługiwały wizyty edukacyjne kontrolne: po 3 i po 6 miesiącach. W przypadku objawów wskazujących na problemy z nadmierną masą ciała lub zaburzenia żywienia przysługiwała wizyta dietetyczna. W przypadku podejrzenia ryzykiem zaburzeń depresyjnych pacjent mógł skorzystać z wizyty psychologa.

PROGRAM ZARZĄDZANIA CHOROBA

Program zarządzania chorobą miał na celu systematyczną opiekę medyczną nad pacjentami z 11 chorobami przewlekłymi. Pacjent będący aktywnym uczestnikiem procesu leczenia miał opracowywany i realizowany Indywidualny Plan Opieki Medycznej (IPOM). W procesie diagnostyczno – terapeutycznym, zespół poz i pacjent, byli wsparci przez lekarzy specjalistów określonych dziedzin medycyny, dietetyków, fizjoterapeutów. Program Zarządzania Chorobą był przeznaczony dla pacjentów powyżej 18 r.ż., z podejrzeniem lub rozpoznaną przynajmniej jedną jednostką chorobową (wg ICD 10):

- Nadciśnienie tętnicze samoistne,
- Cukrzyca typu 2,
- Przewlekła choroba wieńcowa,
- Utrwalone migotanie przedsionków,
- Przewlekła niewydolność serca,
- Astma oskrzelowa,
- POCHP,
- Wole mięsiste i guzowate tarczycy,
- Niedoczynność tarczycy,
- Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych,
- Zespoły bólowe kręgosłupa.

Wśród porad przysługujących pacjentowi (porada kompleksowa, porada kontrolna, konsultacje specjalistyczne i fizjoterapeutyczne, porady dietetyczne), pacjentom przysługiwały również wizyty edukacyjne i dietetyczne wspomagające proces terapeutyczny.

6

MODELE EDUKACJI

Istnieją 3 podstawowe modele edukacji zdrowotnej, wywodzące się z dwóch komplementarnych/wzajemnie uzupełniających się paradygmatów zdrowia: patogenetycznego (ukierunkowanego na badanie mechanizmu powstawania i rozwoju choroby) i salutogenetycznego (ukierunkowanego na zachowanie zdrowia, a nie na leczenie choroby) [29].

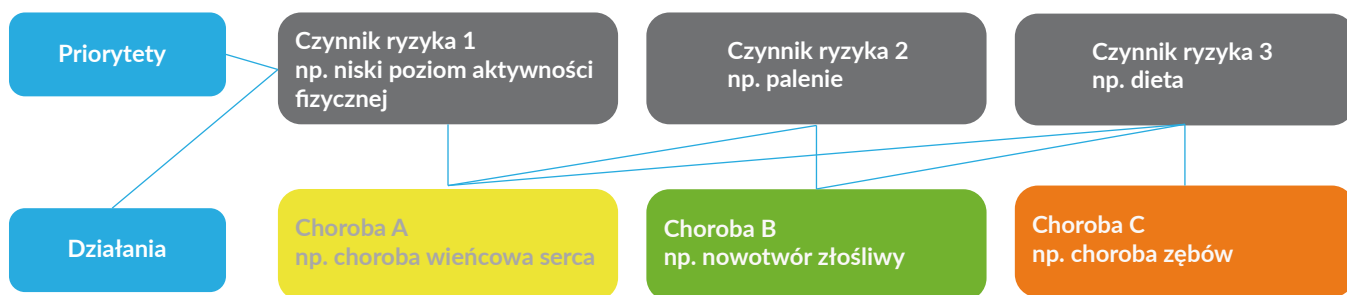
Są to:

- **Model zorientowany na zdrowie** - cechuje się działaniami edukacyjnymi podejmowanymi w celu umacniania zdrowia (programy edukacyjne dotyczące dbania o swoje zdrowie, higienicznego stylu życia).



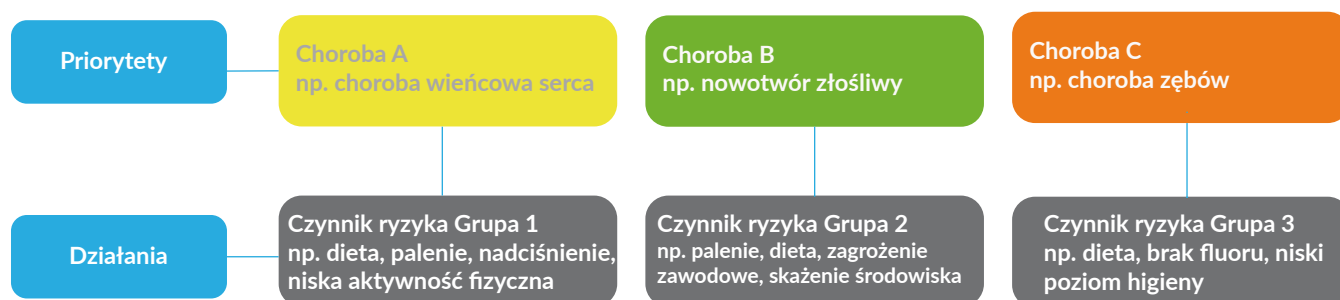
RYCINA 7. EDUKACJA ZDROWOTNA ZORIENTOWANA NA ZDROWIE

- **Model zorientowany na czynniki ryzyka** - w ramach pilotażu POZ PLUS, stosowano m.in. model edukacji oparty na czynnikach ryzyka, stwierdzonych w trakcie badania bilansowego, o którym podstawowe informacje zawarto w poprzednim rozdziale.



RYCINA 8. EDUKACJA ZDROWOTNA ZORIENTOWANA NA CZYNNIKI RYZYKA

- **Model zorientowany na chorobę** - z konkretną chorobą (chorobami) ma na celu jej lepsze zrozumienie, w tym: objawów, przebiegu i powikłań. Ponadto umożliwia partnerstwo między lekarzem a pacjentem w procesie terapeutycznym oraz lepszą kontrolę choroby, w tym samokontrolę.



RYCINA 9. EDUKACJA ZDROWOTNA ZORIENTOWANA NA CHOROBE

ŹRÓDŁO GRAFIK 7-9: OPRACOWANIE WŁASNE, NA PODSTAWIE SŁOŃSKA Z., WYCHOWANIE DLA ZDROWIA, W: KARSKI J.B., SŁOŃSKA Z., WASILEWSKI B.: PROMOCJA ZDROWIA, WARSZAWA 1994, S. 325-327

Krótką charakterystyką powyżej wymienionych modeli, zawiera tabela poniżej.

TABELA 1. CHARAKTERYSTYKA MODELI EDUKACJI ZDROWOTNEJ.

Model edukacji zdrowotnej	Źródło	Cel	Działania	Potencjalni odbiorcy	Główni realizatorzy
Zorientowany na zdrowie	Holistyczne podejście do zdrowia – zdrowie i choroba stanowią kontinuum	Potencjał zdrowia – podejście holistyczne do zdrowia; koncentracja na ludziach i środowiskach społecznych	Dotyczy ludzi i miejsc ich życia	Dzieci, młodzież, dorośli	System oświaty , władze państwowe i samorządowe, Interesariusze systemu ochrony zdrowia
Zorientowany na czynniki ryzyka	Biomedyczne spojrzenie – definicje zdrowia i choroby wykluczają się e na zdrowie	Czynniki ryzyka kilku chorób naraz, np. nadużywanie alkoholu, hipercholesterolemia, nadwaga i otyłość	Eliminacja czynników ryzyka z trybu życia	Dorośli, osoby starsze, osoby chore	Interesariusze systemu ochrony zdrowia (m.in. podmioty lecznicze, w tym profesjonaliści medyczni , towarzystwa naukowe w poszczególnych dziedzinach medycyny, władze państwowe i samorządowe)

Model edukacji zdrowotnej	Źródło	Cel	Działania	Potencjalni odbiorcy	Główni realizatorzy
Zorientowany na chorobę	Biomedyczne spojrzenie na zdrowie – definicje zdrowia i choroby wykluczają się	Zapobieganie konkretnym jednostkom chorobowym (np. choroba nowotworowa, cukrzyca, próchnica zębów)	Eliminacja czynników ryzyka związanych z konkretną chorobą	Dorośli, osoby starsze, osoby chore	Interesariusze systemu ochrony zdrowia, m.in. podmioty lecznicze, w tym profesjonaliści medyczni , towarzystwa naukowe w poszczególnych dziedzinach medycyny, władze państwowe i samorządowe

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE

Można powiedzieć, że wszystkie z ww. modeli, miały zastosowanie w pilotażu opieki koordynowanej 'POZ PLUS'. Model zorientowany na zdrowie można wskazać z uwagi na całokształt działań podejmowanych w pilotażu, które stawiały pacjenta w centrum uwagi. M.in. zakres badania bilansowego odnosił się głównie do zasobów biologicznych, ale również psychologicznych i społecznych pacjenta, oraz stanowił podstawę do określenia zakresu dalszych interwencji, w tym edukacji oferowanej pacjentowi w celu zbudowania jego świadomości zdrowotnej i możliwości podejmowania późniejszych działań na rzecz własnego zdrowia. Bilans zdrowia kończył się wydaniem pacjentowi indywidualnego postępowania zdrowotnego (IPPZ), który był omawiany z pacjentem jako podsumowanie badania. Pozostałe 2 modele były modelami komplementarnymi, stosowanymi w zależności od potrzeb: zorientowany na chorobę – w ramach realizacji programu zarządzania chorobą oraz zorientowany na czynnikach ryzyka – w ramach realizacji profilaktycznych świadczeń bilansowych (moduł edukacyjny). Jednocześnie w sformalizowanej edukacji bilansowej jak i tej oferowanej w ramach programu zarządzania chorobą nie chodziło jedynie o przekazanie wiedzy medycznej na temat zidentyfikowanych czynników ryzyka, ale o faktyczną zmianę zachowań zdrowotnych pacjentów. Zmiany były monitorowane w ramach edukacyjnych wizyt kontrolnych w przypadku bilansów, oraz w trakcie aktywnej współpracy w procesie terapeutycznym (wizyty edukacyjne i kontrolne w ramach planu opieki), w przypadku programu zarządzania chorobą.

TABELA 2. MODELE EDUKACJI ZDROWOTNEJ W POZ PLUS.

Model edukacji	Element pilotażu POZ PLUS	Beneficjenci
Zorientowany na zdrowie	Podsumowanie bilansu i omówienie przez lekarza IPPZ, w tym wskazanie obszarów niezbędnych dla zachowania zdrowia, np. zalecenia dot. podjęcia aktywności fizycznej, podjęcia samokontroli, itp.	Pacjenci w wieku 20-65 lat, którzy mieli bilans zdrowia
Zorientowany na czynniki ryzyka	Wizyty edukacyjne po bilansie zdrowia w zakresie zidentyfikowanych w trakcie bilansu czynników ryzyka	Pacjenci w wieku 20-65 lat, którzy mieli bilans zdrowia

Model edukacji	Element pilotażu POZ PLUS	Beneficjenci
Zorientowany na chorobę	Wizyty edukacyjne w zakresie schorzeń objętych programem zarządzania chorobą	Pacjenci w wieku powyżej 18 r. ż. włączeni do programu zarządzania chorobą (chorzy przewlekłe)

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE

7

EDUKACJA
ZDROWOTNA
W POZ PLUS

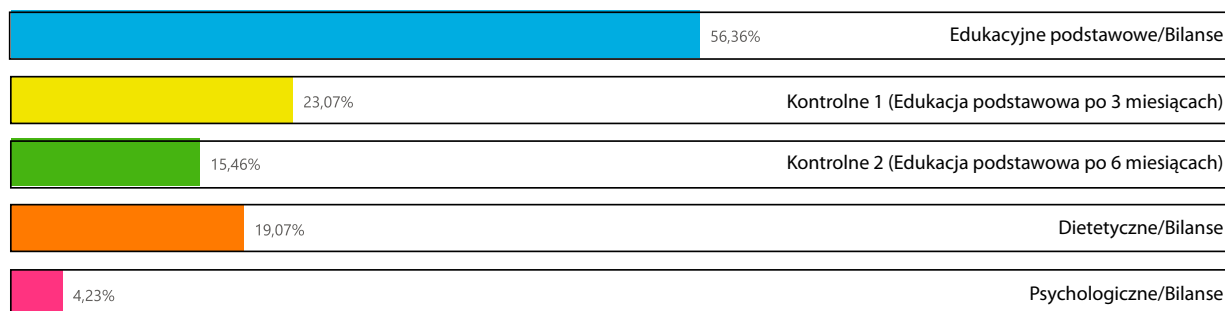
Wizyty edukacyjne były integralnym elementem opieki koordynowanej POZ PLUS zarówno w pakiecie świadczeń profilaktycznych (wizyty edukacyjne, w tym wizyty kontrolne po 3 i 6 miesiącach, wizyty dietetyczne, wizyty psychologiczne), jak i w programie zarządzania chorobą po (wizyty edukacyjne, wizyty dietetyczne).

TABELA 3. EDUKACJA W POZ PLUS.

EDUKACJA W POZ PLUS	
Po bilansie zdrowia	W ramach DMP
Podsumowanie bilansu i omówienie przez lekarza IPPZ + w obszarach związanych z rozpoznanymi czynnikami ryzyka w szczególności dotyczącymi zachowań zdrowotnych, w tym m.in.: w sferze żywienia, palenia papierosów, spożywania alkoholu, aktywności fizycznej: - Wizyty edukacyjne - pacjenci po bilansie zdrowia ze statusem zdrowotnym, 2, 3 lub 4. - Wizyty kontrolne (po 3 i po 6 miesiącach) - pacjenci, którzy mieli bilans pogłębiony i odbyli edukację podstawową - Wizyty dietetyczne – pacjenci z problemami z nadmierną masą ciała lub zaburzeniami żywienia. - Wizyty psychologiczne – pacjenci z ryzykiem zaburzeń depresyjnych	Związana z daną jednostką chorobową z programu zarządzania chorobą/grupą dyspanseryjną (dziedzinową): - Wizyty edukacyjne - pacjenci objęci opieką w ramach danej jednostki chorobowej/grupy dyspanseryjnej, realizowane po opracowaniu IPOM i każdej jego zmianie - Wizyty dietetyczne w zależności od potrzeb w zakresie zaleceń dietetycznych w danej jednostce chorobowej

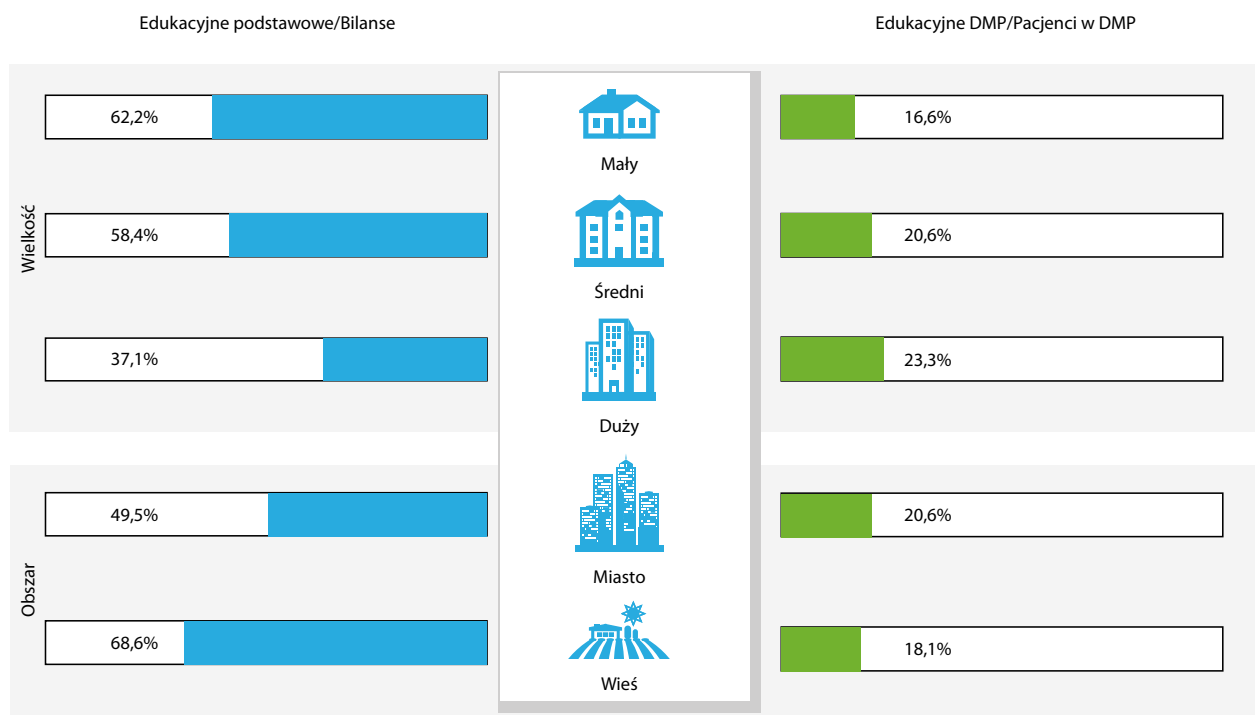
ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE

Z wizyt edukacyjnych po bilansie zdrowia skorzystało 56,36% pacjentów, z wizyt edukacyjnych kontrolnych – po 3 miesiącach 23,07% pacjentów, z wizyt edukacyjnych kontrolnych – po 6 miesiącach 15,46% pacjentów, dietetycznych 19,07%, psychologicznych – 4,23%.



RYCINA 10. EDUKACJA POBILANSOWA - ODSETKI PACJENTÓW PO BILANSIE ZDROWIA OBJĘTYCH EDUKACJĄ

Po-bilansową edukację pacjentów w największym stopniu realizowały mniejsze podmioty – odsetki pacjentów objętych wizytami edukacyjnymi po bilansach zdrowia wynosiły: 62,2% w podmiotach małych, 58,4% w podmiotach średnich i 37,1 % w podmiotach dużych. Odwrotna tendencja była w przypadku edukacji w ramach programu zarządzania chorobą – podmioty duże realizowały ją częściej niż podmioty średnie i małe. Podmioty wiejskie znacznie częściej (68,8%) obejmowały pacjentów edukacją po bilansach niż podmioty miejskie (49,5%). Natomiast nieznacznie więcej pacjentów miejskich zostało objętych edukacją w ramach programu zarządzania chorobą (miasto 20,6% vs. 18,1% wieś).



RYCINA 11. ODSETKI PACJENTÓW OBJĘTYCH WIZYTAMI EDUKACYJNYMI PO BILANSACH ZDROWIA I W RAMACH DMP W PODZIALE NA WIELKOŚĆ I OBSZAR PODMIOTÓW

Edukacje po-bilansowe były skutecznym narzędziem. Potwierdzają to wyniki mierzonych parametrów, w tym pomiarów antropometrycznych i parametrów życiowych. Pacjenci lepiej oceniali swoje zdrowie, sprawność fizyczną oraz odżywianie (różnice statystycznie istotne).



RYCINA 12. ZMIANA PARAMETRÓW SAMOOCENY PACJENTA ORAZ MASY CIAŁA I CIŚNIENIA TĘTNICZEGO PACJENTA- BILANS ZDROWIA VS. WIZYTY KONTROLNE

ŹRÓDŁO GRAFIK 10-12, OPRACOWANIE WŁASNE NA PODSTAWIE DANYCH Z REALIZACJI PILOTAŻU POZ PLUS

Parametry masy ciała i ciśnienia tętniczego, w efekcie wizyt kontrolnych zmniejszały się. Dodatkowo widoczny był większy efekt w redukcji masy ciała jeśli pacjent korzystał również z wizyt dietetycznych.

EDUKACJA POZ PLUS W ŚWIECIE BADAŃ EWALUACYJNYCH

W ramach ewaluacji projektu pilotażowego POZ PLUS przeprowadzono badania prezentujące opinie i stosunek pacjentów oraz świadczeniodawców do realizowanego pilotażu.

Były to:

- zogniskowane wywiady grupowe (FGI)
 - o z pacjentami oraz
 - o lekarzami realizującymi świadczenia w ramach POZ PLUS
- indywidualne wywiady pogłębione (IDI)
 - o z koordynatorami zatrudnionymi u realizatorów pilotażu POZ PLUS
 - o z kadrą zarządzającą podmiotów POZ PLUS
- badania ankietowe metodą CAWI - technika zbierania informacji w ilościowych badaniach rynku i opinii publicznej, w której respondent jest proszony o wypełnienie ankiety w formie elektronicznej, których celem było pokazanie zakresu korzystania z publicznej opieki zdrowotnej wśród dorosłych Polaków. Szczególną uwagę zwrócono na opinię dotyczącą działań profilaktycznych i edukacyjnych w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Badania fokusowe - wnioski

Lekarze

Według lekarzy POZ PLUS bez edukacji nie ma leczenia. Pozostawienie edukacji pacjentów (wyodrębnienie wizyt edukacyjnych) po zakończeniu POZ PLUS jest kluczowe. Lekarze uważają, że pacjenci często nie mają pojęcia np. o odżywianiu i odpowiedniej aktywności fizycznej, a brak tej świadomości jest szczególnie widoczny po pandemii. Co ważne lekarze wskazali również, że POZ PLUS znacząco rozwinął poziom edukacji – edukacja została nazwana edukacją i została sformalizowana, a pielęgniarki „otworzyły się” na pacjentów i z większą swobodą prowadzą wizyty edukacyjne. Lekarze wskazywali również, że bywało różnie z chęcią przystąpienia pacjentów do edukacji, m.in. z uwagi na obawy przed ‘wytykaniem’ np. nadmiernej masy ciała.

Pacjenci

Trochę inną perspektywę przekazali pacjenci w ramach fokusów z ich udziałem, tj. że nie zawsze wizyty edukacyjne były im oferowane. Nie byli informowani dlaczego nie zostali zakwalifikowani do wizyt edukacyjnych, domyślali się zatem, że to np. w związku z dobrymi wynikami badań diagnostycznych, choć występowało u nich np. nadciśnienie (czyli czynnik ryzyka, wg którego pacjent nie powinien być zakwalifikowany do statusu ‘zdrowy – bez czynników ryzyka’ w ramach podsumowania bilansu zdrowia). Część z pacjentów, która nie brała udziału w wizytach edukacyjnych w większości deklarowała, że gdyby była taka możliwość, to skorzystałaby z tych usług, np. w celu przypomnienia zasad prawidłowego żywienia. Część natomiast, faktycznie podchodziła do tego rodzaju świadczenia z pewną rezerwą, traktując je jako element ‘poboczny’, mniej istotny. Z wypowiedzi pacjentów można odnieść wrażenie, że termin ‘wizyty edukacyjne’ kojarzy się głównie z wizytami specjalistycznymi, tj. dietetycznymi i psychologicznymi – te pierwsze znacznie bardziej doceniane.

Pełna treść raportu znajduje się tu: https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/4- Raport_ocena_satysfakcji_pacjentow_i_lekarzy_w_pilotazu_POZ_PLUS_FGI.pdf

Indywidualne wywiady pogłębione – wnioski

Koordynatorzy jak i przedstawiciele kadry zarządzającej z placówek POZ PLUS, wskazali, że wizyty edukacyjne są bardzo przydane m.in. ze względu na pozytywny wpływ na proces leczenia. Według tych respondentów, niezwykle istotne jest uczenie pacjentów o znaczeniu profilaktyki oraz o tym, jak kontrolować swoje wyniki w celu wzmocnienia samoopieki i samokontroli, i w tym kierunku warto rozbudować zakres edukacji. Wskazano również, że wizyty edukacyjne nie zawsze cieszą się specjalnym zainteresowaniem pacjentów, m.in. w związku z ich sceptycznym nastawieniem do zmian i brakiem motywacji do ich podejmowania, np. w zakresie nawyków żywieniowych, rezygnacji z palenia papierosów oraz niechęcią do rozmowy o uzależnieniach lub brakiem sił/motywacji do tego typu rozmów, czy też wstydem dotyczącym np. uzależnień.

Między innymi z tej perspektywy niezwykle istotne są odpowiednie kwalifikacje osób odpowiedzialnych za edukację, nie tylko w zakresie medycznym, ale również w zakresie psychologii, w tym komunikacji czy też motywacji oraz budowania dobrych relacji z pacjentami, w celu przekonania nieprzekonanych.

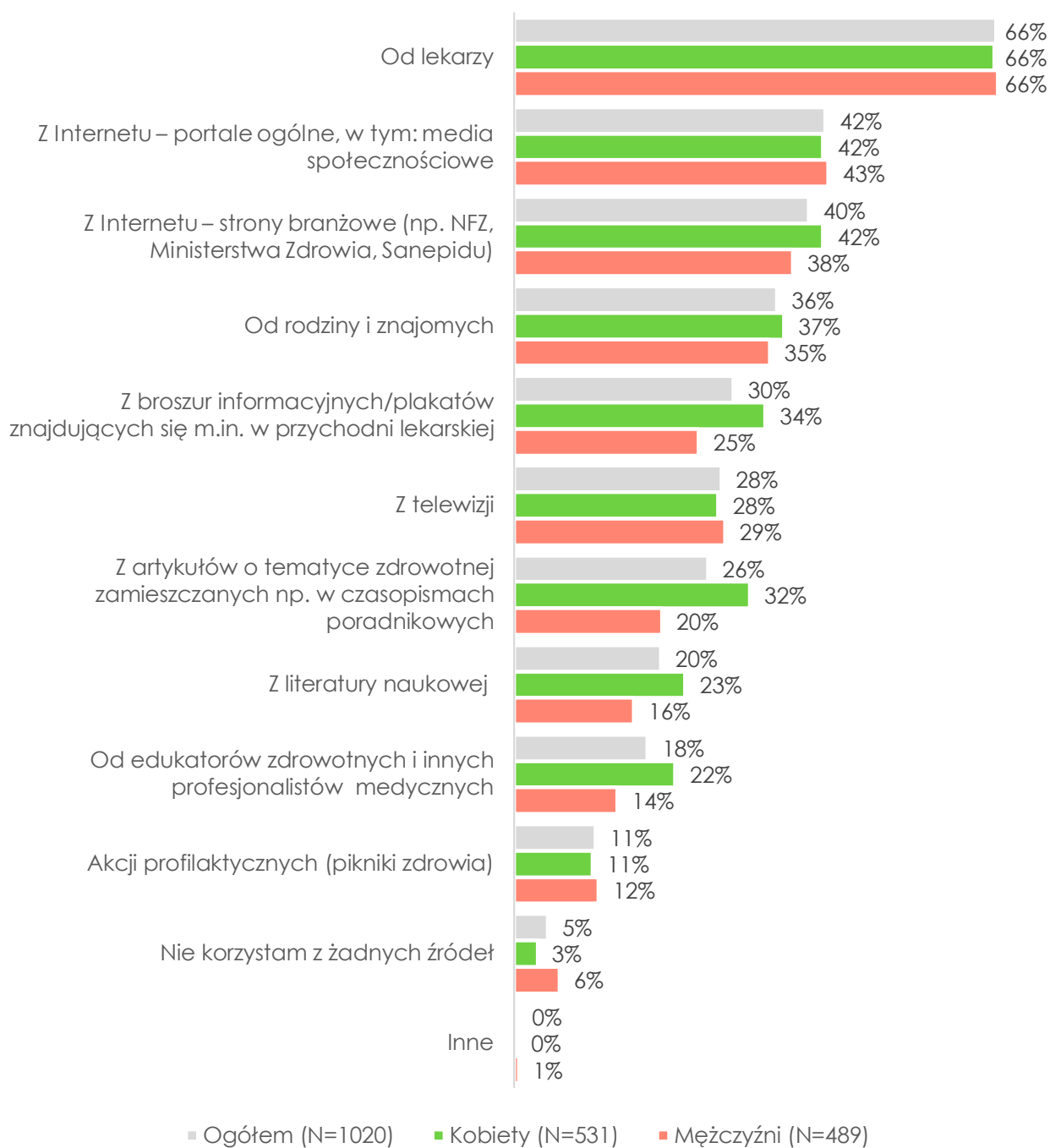
Podkreślono fakt, że **za edukację są odpowiedzialni wszyscy członkowie zespołu poz**, każdy z nich: lekarz, pielęgniarka, położna - w innym zakresie i nie da się tego zastąpić jedną osobą. Jednocześnie zwrócono uwagę na zasadność wskazania osoby odpowiedzialnej za prowadzenie **usystematyzowanej edukacji, tzw. promotora czy też edukatora zdrowia, po to aby tę edukację realizowaną przez poszczególnych członków zespołu poz wzmocnić**. Powyższe jest istotne m.in. z tego względu, że w związku z realizacją świadczeń zdrowotnych przez ww. osoby, brak im wystarczającej ilości czasu na edukację w szerszym zakresie podczas standardowych wizyt w poz. Taka osoba (edukator/promotor) powinna: współpracować z lekarzem i pielęgniarką oraz położną i monitorować stan zdrowia i zachowań pacjentów z wykorzystaniem indywidualnego planu opieki; wyjaśniać zalecenia lekarskie, przygotowywać wytyczne względem profilaktyki w oparciu o dokumentację medyczną oraz bieżące wyniki badań; 'przeprowadzać' pacjenta przez najtrudniejsze momenty związane z chorobą i procesem leczenia.

Pełna treść raportu znajduje się tu: https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/3-Raport_Ocena_satysfakcji_swiaadczeniodawcow_w_pilotazu_POZ-PLUS_IDI.pdf

Badania ankietowe metodą CAWI

Badania przeprowadzone metodą CAWI wskazują, że dwóch na trzech badanych swoją wiedzę na temat profilaktyki zdrowotnej czerpie od lekarzy. Kolejnym istotnym źródłem wiedzy jest Internet, w tym portale ogólne i media społecznościowe (42% badanych) oraz strony branżowe (40% badanych). Edukatorzy i inni profesjonaliści medyczni zostali wskazani jedynie co piątą osobą. Kobiety częściej niż mężczyźni w poszukiwaniu informacji o profilaktyce korzystają: z broszur informacyjnych/plakatów, czasopism oraz literatury naukowej, z informacji uzyskanych od edukatorów zdrowotnych i innych profesjonalistów medycznych.

Większość badanych (77%) interesuje się profilaktyką, a prawie co czwarty respondent bardzo się nią interesuje. Kobiety (81%) częściej niż mężczyźni (72%) są zainteresowane informacjami i wiedzą na temat możliwych sposobów zapobiegania chorobom lub ich wczesnego wykrycia. Tylko spora część najmłodszych badanych (18-39 lat – 23%) przyznała, że nie interesuje ich wiedza z zakresu profilaktyki. Im respondent starszy tym bardziej wykazuje zainteresowanie tematyką wczesnego wykrywania i zapobiegania chorobom.



RYCINA. 13 ŹRÓDŁO INFORMACJI NA TEMAT PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ MAJĄCEJ NA CELU ZAPOBIEGANIE CHOROBYM POPRZECZ ICH WŁASNE WYKRYCIE I LECZENIE
ŹRÓDŁO: RAPORT „BADANIE DOTYCZĄCE KORZYSTANIA Z PUBLICZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ LISTOPAD 2020”

Pełna treść raportu znajduje się tu: https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/1-Badanie_dot._korzystania_z_publicznej_opieki_zdrowotnej.pdf

MINI-WYWIADY Z LIDERAMI EDUKACJI W POZ PLUS

Wśród realizatorów POZ PLUS można wskazać liderów edukacji. Z siedmioma z nich przeprowadzono 'mini-wywiady' w zakresie edukacji, zadając każdemu po 3 różne pytania – wywiady odbyły się drogą korespondencyjną za pośrednictwem poczty e-mail. Zapraszamy do zapoznania się z nimi. To bardzo cenny punkt widzenia, na bazie indywidualnych doświadczeń realizatorów.

BATORZ (03_01)

Razem z kilkoma placówkami jesteście niekwestionowanymi liderami w edukacji pacjentów „po-bilansowych”, w tym w edukacji podczas wizyt kontrolnych. Objęliście edukacją pacjentów po bilansie niemal w 100%, w tym powyżej 90 % edukacją kontrolną.

Edukacyjne podstawowe/ Bilans	Kontrolne 1 (Edukacyjne 3 m-ce/ Edukacyjna podstawowa)	Kontrolne 2 (Edukacyjna 6 m-cy/ Edukacyjna podstawowa)	Dietetyczne/ Bilanse	Psychologiczne/ Bilanse	Edukacyjne DMP/ pacjenci w DMP	Pacjenci z edukacją dietetyczną/ pacjenci w DMP
99,39 %	91,87 %	90,65 %	11,18 %	2,44 %	1,80 %	0,90 %

CO LUB KTO BYŁ ZASŁUGĄ TEGO SUKCESU? JAK UDAŁO WAM SIĘ TAK SKUTECZNIE MOTYWOWAĆ PACJENTÓW DO WIZYT EDUKACYJNYCH?

„Połączenie sił to początek, Pozostanie razem to postęp, Wspólna praca to sukces ” Henry Ford

Ten cytat wykorzystaliśmy w prezentacji jaką mieliśmy zaszczyt przedstawić w Ministerstwie Zdrowia na uroczystości rozpoczynającej Pilotaż POZ Plus w dniu 21.06.2018 r.

Odzwierciedla on tak naprawdę istotę działania naszego Zakładu Opieki Zdrowotnej NZOZ „Zdrowie”, od początku powstania w 1999 r. przystępując do pilotażu wiedzieliśmy, że tylko razem jako zespół ludzi działających wspólnie możemy podołać zadaniu. Jesteśmy zespołem, który lubi wyzwania. Dodaje nam to skrzydeł, nasza praca się zmienia, jest atrakcyjniejsza, motywująca do rozwoju osobistego, a przede wszystkim stale szukamy rozwiązań, które wydłużają życie naszym pacjentom a nam usprawniają proces opieki nad nimi. Jednym słowem cały zespół i jego postawa jest zasługą tego sukcesu.

W toku wewnętrznych szkoleń przeanalizowaliśmy zasady przeprowadzenia bilansu podstawowego i pogłębionego i dostosowaliśmy merytorycznie zakres wiedzy, którą chcieliśmy przekazać pacjentom w czasie wizyt edukacyjnych w sposób jak najbardziej atrakcyjny i interesujący. Wszyscy mieliśmy jasny przekaz kto i do jakiego momentu jest odpowiedzialny za pacjenta i w jaki sposób jego praca zostanie wynagrodzona. Edukator, który przeprowadzał pierwszą edukację dbał o to, aby pozostałe dwie edukacje również się odbyły. Wiedzieliśmy, że na obszarze wiejskim kontakt z pacjentem jest uzależniony od harmonogramu prac rolnych, dlatego elastycznie umawialiśmy pacjenta, dostosowując wizyty do jego czasu wolnego. Edukowaliśmy nie tylko w czasie wyznaczonych trzech wizyt edukacyjnych ale przy każdej okazji (przy rejestracji, pobieraniu krwi, wizytach lekarskich, badaniu USG, EKG itp. motywując do kontynuacji szczegółowej edukacji w czasie wizyty z przeszkolonym edukatorem). Budowaliśmy relacje partnerskie z pacjentem, aby czuł się członkiem zespołu, uczyliśmy go odpowiedzialności za wystawione skierowania na badania, wpajaliśmy mu poczucie, że to chodzi o jego życie i zdrowie. Pacjent miał zawsze możliwość bezpośredniego kontaktu z koordynatorem w każdej sprawie dot. przeprowadzanych badań i konsultacji. Batorz jest małą wsią, wieści o tym, że komuś „otworzyliśmy oczy” na jego problem zdrowotny, zmienił styl życia i poczuł się lepiej, szybko się rozeszły i zauważyliśmy, że inni też tak chcieli.

CZY INFORMACJE ZEBRANE PODCZAS BILANSU (UJĘTE W KWESTIONARIUSZU I IPPZ) SĄ POMOCNE W DOBORZE ZAKRESU EDUKACJI?

Dobrze zebrany wywiad jest najważniejszym elementem w procesie diagnostycznym. Zagadnienia ujęte w kwestionariuszu i IPPZ określały w sposób szczegółowy i wyczerpujący czynniki ryzyka, zagrożenia dla pacjenta, określały jego status społeczny, a w połączeniu z badaniem lekarskim i wynikami badań dodatkowych stanowiły wystarczający punkt wyjścia do opracowania i przeprowadzenia spersonalizowanego cyklu edukacji połączonego z monitorowaniem wprowadzanych zachowań prozdrowotnych.

CZY PRZED PROGRAMEM POZ PLUS EDUKACJA W PAŃSTWA PLACÓWCE RÓWNIEŻ BYŁA ISTOTNA I BYŁA REALIZOWANA, JEŚLI TAK TO W JAKIM ZAKRESIE? CZY WIDZĄ PAŃSTWO RÓŻNICĘ W ZAKRESIE I SPOSOBIE OFEROWANEJ EDUKACJI?

Nasza placówka stawiała już przed pilotażem POZ PLUS na edukację i ścisłą współpracę lekarz-pielęgniarka-położna – pacjent. Organizowaliśmy i nadal organizujemy szkolenia wewnętrzne przygotowujące personel do udzielania samodzielnych edukacji dla pacjentów. Edukację prowadziliśmy i prowadzimy w każdy możliwy sposób; porady edukacyjne w gabinecie promocji z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych także dostępnych na platformie Akademia NFZ, rozmowy indywidualne z pacjentem podczas wszystkich procedur medycznych, podczas rejestracji. Informacje zamieszczaliśmy na stronie internetowej naszej placówki, stosowaliśmy formułę e-learningową.

W 2013 utworzyliśmy na bazie naszej placówki Centrum Leczenia Chorób Cywilizacyjnych, gdzie dzięki wsparciu środków unijnych wprowadziliśmy trzy pakiety usług diagnostyczno-terapeutycznych dla osób będących pod wpływem stresu, z otyłością i uzależnionych od nikotyny. Pacjenci objęci tym programem otrzymywali kompleksową diagnostykę, porady lekarzy POZ i specjalistów, jak również edukację prozdrowotną. Poza tym uczestniczyliśmy we wszystkich programach profilaktycznych NFZ, MZ, samorządu prowadząc przy okazji edukację.

Dzięki własnemu zapleczu konferencyjnemu udzielaliśmy także edukację zbiorową organizując tematyczne spotkania, szkolenia dla określonych grup pacjentów np. dieta w cukrzycy, samokontrola w cukrzycy, najczęstsze problemy urologiczne, gastrologiczne, itp.

Dzięki pilotażowi POZ PLUS mogliśmy jeszcze trafniej zdiagnozować potrzeby edukacyjne naszych pacjentów, a dzięki koordynatorowi nauczyliśmy się udzielania porad edukacyjnych w sposób usystematyzowany i bardziej spersonalizowany.

SCANMED Krowdrza (06_01)

Edukacyjne podstawowe/ Bilans	Kontrolne 1 (Edukacyjne 3 m-ce/ Edukacyjna podstawowa)	Kontrolne 2 (Edukacyjna 6 m-cy/ Edukacyjna podstawowa)	Dietetyczne/ Bilanse	Psychologiczne/ Bilanse	Edukacyjne DMP/ pacjenci w DMP	Pacjenci z edukacją dietetyczną/ pacjenci w DMP
83,13 %	16,72 %	7,95 %	18,71 %	7,13%	90,79 %	0,44 %

Działanie w aglomeracji miejskiej i jesteście jedynym dużym podmiotem, który ma tak dobry wynik w realizacji wizyt edukacyjnych zarówno po bilansie zdrowia (83% pacjentów) jak i w ramach DMP (91% pacjentów). Średnia dla pozostałych dużych podmiotów jest w tym zakresie dużo niższa, tj. po bilansie zdrowia (28% pacjentów), w ramach DMP (10% pacjentów).

KTO BYŁ ODPOWIEDZIALNY ZA EDUKACJĘ PACJENTÓW W PAŃSTWA PLACÓWKCE? CZY BYŁY TO OSOBY Z DODATKOWYMI KWALIFIKACJAMI W ZAKRESIE EDUKACJI?

Nasze założenie było takie, że wszystkie wizyty edukacyjne będą realizowane przez pielęgniarki. Niestety dość szybko trzeba było podjąć decyzję o zmianie organizacji w zakresie ich realizacji. Dotyczyło to wizyt edukacyjnych w dniu zamknięcia bilansu. Początkowo plan był taki, że każdy pacjent ze statusem zdrowotnym 2,3,4 po wyjściu z gabinetu lekarskiego miał trafić do pielęgniarki na wizytę edukacyjną. Niestety bardzo często pacjent po wyjściu z gabinetu lekarskiego opuszczał placówkę. Były próby ponownego zaproszenia do przychodni, niestety z marnym skutkiem. Brak pierwszej wizyty edukacyjnej nie pozwalał na zrealizowanie kolejnych wizyt po 3 i 6 miesiącach. Wprowadziliśmy zmianę i lekarz przeprowadzający zamknięcie bilansu zdrowia również, realizował wizytę edukacyjną. Kolejne edukacje planowane były u pielęgniarek. Pacjenci byli wprowadzani do terminarza gabinetu pielęgniarki i otrzymywał automatycznie dzień przed planowaną wizytą, sms z przypomnieniem o wizycie. Mogli zgłosić się do placówki w ciągu kilku dni od otrzymania wiadomości w godzinach jakie im pasowały. Nie ukrywam, że pandemia i możliwość realizowania wizyt edukacyjnych za pośrednictwem "telewizyt" znacząco przyczyniła się do dużej ilości zrealizowanych wizyt. Zdecydowanie łatwiej było przeprowadzić rozmowę z pacjentem przez telefon niż zaprosić do placówki.

Dodatkowe kwalifikacje (edukatora) w naszej placówce miała jedna z pielęgniarek.

DLACZEGO W PAŃSTWA OPINII INNE DUŻE PODMIOTY WYPADŁY GORZEJ W ZAKRESIE WIZYT EDUKACYJNYCH? CZY WIELKOŚĆ PODMIOTU / ORGANIZACJA PRACY MA JAKIEKOLWIEK ZNACZENIE W TYM ASPEKcie?

W Krakowie program pilotażowy realizowany był w dwóch placówkach Scanmed i po pierwszych miesiącach realizacji wiedzieliśmy, że nie da się wprowadzić jednego schematu działania. Cel był jeden czyli przeprowadzenie bilansu zdrowia oraz edukacja pacjenta w zakresie jaki był mu dedykowany, natomiast organizowanie i realizacja poszczególnych etapów różniła się z uwagi na zespół biorący udział w realizacji programu, a także warunki lokalowe.

Duże znaczenia miały cykliczne spotkania, na których omawiane były bieżące problemy. Wspólnie szukaliśmy nowych rozwiązań, które w znaczący sposób mogłyby wpłynąć na realizację programu.

Wydaje się, że organizacja pracy miała tu kluczowe znaczenie. Gdyby w naszej placówce po pierwszych niepowodzeniach w realizacji wizyt edukacyjnych, nie został wdrożony nowy sposób, prawdopodobnie nasze wyniki byłyby porównywalne z innymi podmiotami.

CZY MIELIŚCIE PAŃSTWO OPRACOWANE MATERIAŁY WSPIERAJĄCE EDUKACJĘ, NP. SCENARIUSZE EDUKACJI W SCHORZENIACH OBJĘTYCH DMP?

Nie posiadaliśmy scenariuszy wizyt edukacyjnych. Korzystaliśmy z opracowanych przez naszą firmę ulotek dotyczących nadciśnienia tętniczego, diety, nadwagi, aktywności fizycznej, uzależnień oraz materiałów edukacyjnych dostępnych na Akademii NFZ.

OSIEK (15_03)

Jesteście małą placówką na terenie wiejskim. Jednocześnie jesteście w pierwszej trójce liderów edukacji.

Edukacyjne podstawowe/ Bilans	Kontrolne 1 (Edukacyjne 3 m-ce/ Edukacyjna podstawowa)	Kontrolne 2 (Edukacyjna 6 m-cy/ Edukacyjna podstawowa)	Dietetyczne/ Bilanse	Psychologiczne/ Bilanse	Edukacyjne DMP/ pacjenci w DMP	Pacjenci z edukacją dietetyczną/ pacjenci w DMP
95,82 %	89,03 %	79,41 %	6,79 %	2,72 %	0,06 %	2,43 %

CZY FAKT TEGO, ŻE JESTEŚCIE MAŁĄ PLACÓWKĄ I DOBRZE ZNACIE SWOICH PACJENTÓW MA WPŁYW NA TAK DOBRY WYNIK EDUKACJI?

Uważam, że fakt iż nasza Przychodnia działa na terenie małej społeczności wiejskiej i jest stosunkowo niewielką placówką (poniżej 5000 pacjentów POZ) pozwala na tworzenie bliższych relacji personelu medycznego z pacjentami, poznawanie ich indywidualnych potrzeb zdrowotnych, co przekłada się później na możliwość dobrej współpracy i poprawę frekwencji ich udziału w badaniach profilaktycznych a także działaniach edukacyjnych. Niewątpliwie duże znaczenie ma dla pacjentów bliskość przychodni. Zauważamy, że największym zainteresowaniem wśród pacjentów cieszą się wszystkie formy opieki medycznej, które nie wiążą się z dojazdem do oddalonych ośrodków miejskich.

CZY U PACJENTÓW, KTÓRZY KORZYSTAJĄ Z EDUKACJI ZDROWOTNEJ JEST ZAUWAŻALNA POPRAWA W KOMUNIKACJI I WSPÓŁPRACY Z ZESPOŁEM POZ, I JAKI MA TO WPŁYW NA REALIZACJE ZALECEŃ I EW. EFEKTY LECZENIA?

Obserwujemy, że pacjenci wyrażający chęć korzystania z programów edukacji zdrowotnej są osobami bardziej otwartymi na proponowane modyfikacje stylu życia oraz wdrażanie prozdrowotnych nawyków żywieniowych. Pozwala to zmniejszać czynniki ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych oraz poprawiać parametry wyrównania zaburzeń metabolicznych. Zauważamy, że takie osoby chętniej starają się zastosować do proponowanych zaleceń oraz później utrzymać je przez dłuższy czas. Podobna sytuacja dotyczy zaleceń z zakresu farmakoterapii, co przekłada się na rzadsze przerywanie terapii lekowych.

JAKIE METODY EDUKACJI (ROZMOWA, INDYWIDUALNA, SPOTKANIE GRUPOWE, ULOTKI, MATERIAŁY AUDIO-WIZUALNE, APLIKACJE) SĄ Z PAŃSTWA PERSPEKTYWY NAJBARDZIEJ SKUTECZNE?

W naszej ocenie najbardziej skutecznymi metodami edukacji są rozmowy indywidualne oraz spotkania prowadzone w małych grupach osób z podobnymi problemami zdrowotnymi. W trakcie takich spotkań bardzo pomocne są różnego typu materiały edukacyjne (ulotki, broszury), które pacjent może zabrać do wykorzystania domowego. W grupie młodszych aktywnych pacjentów dużym zainteresowaniem cieszą się aplikacje na smartfony.

MOŃKI (10_01)

W Państwa placówce koordynatorem i osobą odpowiedzialną za edukację pacjentów była osoba z kierunkowym wykształceniem z promocji zdrowia. Jednocześnie Państwa placówka charakteryzuje się bardzo dobrym wskaźnikiem wykonanych edukacji „po-bilansowych”, w tym wizyt kontrolnych oraz edukacji w ramach programu zarządzania chorobą (40%).

Edukacyjne podstawowe/ Bilans	Kontrolne 1 (Edukacyjne 3 m-ce/ Edukacyjna podstawowa)	Kontrolne 2 (Edukacyjna 6 m-cy/ Edukacyjna podstawowa)	Dietetyczne/ Bilanse	Psychologiczne/ Bilanse	Edukacyjne DMP/ pacjenci w DMP	Pacjenci z edukacją dietetyczną/ pacjenci w DMP
95,49 %	42,61 %	18,55 %	4,01 %	0,00 %	40,00 %	0,00 %

CZY ZAANGAŻOWANIE W PROCES EDUKACJI OSOBY Z MERYTORYCZNYM PRZYGOTOWANIEM W TYM KIERUNKU ZDECYDOWAŁO O TAK DOBRYM WYNIKU, CZY BYŁO JESZCZE COŚ?

Merytoryczne przygotowanie koordynatora na pewno okazało się pomocne, jednak ogromny wpływ miała praca całego zespołu.

CZY DOBÓR INDYWIDUALNYCH METOD I NARZĘDZI EDUKACYJNYCH WPŁYWA POZYTYWNIEM NA MOTYWACJĘ DO WIZYT EDUKACYJNYCH ORAZ DO PODJĘCIA ZMIAN W NAWYKACH I STYLU ŻYCIA PACJENTÓW?

Wszystko zależy od indywidualnego podejścia pacjenta.

CO WPŁYWA W PACJENTA NA MOTYWACJĘ DO ZMIANY STYLU ŻYCIA; - WIEK, PŁEĆ, STAN RODZINY, SAMODZIELNOŚĆ CZY WYKSZTAŁCENIE ?

Ogromną motywacją dla pacjenta jest wsparcie najbliższych.

CMD, MIŃSK (07_04)

Podobnie jak w placówce POZ PLUS w Mońkach, edukatorem zdrowotnym np. w Państwa placówce w Mińsku był specjalista z wykształceniem kierunkowym, co prawda nie promocji zdrowia ale zdrowia publiczne. Państwa wyniki w prowadzeniu edukacji zdrowotnej pacjentów po bilansie również zasługują na uznanie (jeden z wyższych wskaźników wykonania wizyt edukacyjnych podstawowych jak i kontrolnych).

Edukacyjne podstawowe/ Bilans	Kontrolne 1 (Edukacyjne 3 m-ce/ Edukacyjna podstawowa)	Kontrolne 2 (Edukacyjna 6 m-cy/ Edukacyjna podstawowa)	Dietetyczne/ Bilanse	Psychologiczne/ Bilanse	Edukacyjne DMP/ pacjenci w DMP	Pacjenci z edukacją dietetyczną/ pacjenci w DMP
67,45 %	48,18 %	45,12 %	13,74 %	0,00 %	31,67 %	34,93 %

CZY WIZYTY EDUKACYJNE MAJĄ SENS U OSÓB BEZ OBJAWÓW CHOROBY, ALE OBCIĄŻONYCH JUŻ PEWNYMI CZYNNIKAMI RYZYKA?

Rozpoczynając edukację z pacjentami warto podkreślić "Nie ma ludzi zdrowych, są nie zdiagnozowani...". W trakcie edukacji pacjenci obciążeni czynnikami ryzyka uczą się jakie są pierwsze symptomy w poszczególnych jednostkach chorobowych, jakie są skutki braku podjęcia zmian stylu aktywności fizycznej, odżywiania, samo-diagnostyki w warunkach domowych. Osoby edukowane pomimo występujących czynników ryzyka, często określają swój stan jako "zdrowy". Przedstawienie możliwych powikłań skłania pacjentów do podjęcia zmian.

Po zakończonych edukacjach pacjenci niejednokrotnie zgłaszają chęć dalszych spotkań edukacyjnych, jak to określają "spotkań przypominających, kontrolnych i mobilizujących do dalszych działań". Z relacji pacjenta mają poczucie w pełnej opiece.

CZY WYSIŁEK WŁOŻONY W EDUKACJĘ PRZEKŁADA SIĘ NA WYNIKI ZDROWOTNE PACJENTÓW? CZY PAŃSTWO TO MONITORUJĄ, JEŚLI TAK TO W JAKI SPOSÓB?

Pacjenci po spotkaniach edukacyjnych potwierdzają wprowadzenie zalecanych zmian pro zdrowotnych. Wykazują zmiany w odżywianiu, wprowadzają aktywność fizyczną dostosowaną do możliwości i wieku. Najlepszym dowodem jest widoczna na kolejnych wizytach edukacyjnych poprawa wyników badań np. lipidogramu, glukozy, ale również obniżenie masy ciała, poprawa wartości ciśnienia tętniczego, zmniejszenie dolegliwości bólowych. Jest to związane z ogólną poprawą stanu zdrowia pacjenta, ale również zadowolenia z podjętych starań. Po spotkaniach edukacyjnych świadomość postępującej poprawy zdrowia, ale i samopoczucia przyczynia się do podjęcia dalszych wysiłków ze strony pacjenta.

CZY METODY STOSOWANE W EDUKACJI SĄ DOSTOSOWANE DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB PACJENTA, W TYM NP. DO JEGO WIEKU LUB SYTUACJI ŻYCIOWEJ?

Edukacje z pacjentami są dostosowane do wieku, wykształcenia, pochodzenia i statusu społecznego. Umiejętne wprowadzenie przyjaznej atmosfery oraz formy przekazu skutkuje łatwiejszą komunikacją. Często pacjenci mający problemy rodzinne mają trudności w zapamiętywaniu przekazywanych informacji. Jest to również związane z wdrożeniem zmian. Należy również uwzględnić stan psychiczny i fizyczny. Pacjent wyrażający skłonność do stosowania np. używek, często samoistnie wyraża chęć poprawy, mając na względzie zapis na kolejne spotkanie edukacyjne.

ŁOMŻA (10_02)

Państwa placówka na edukację pacjentów stawiała już przed projektem programu POZ PLUS, m.in. realizując własny program „Akademia rodzica” czy też program edukacyjny „Szkoła Cukrzycy” pod auspicjami „Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie”. W edukacji pacjentów po bilansie zdrowia byliście w czołówce pod względem odsetka pacjentów objętych kompleksową edukacją.

Edukacyjne podstawowe/ Bilans	Kontrolne 1 (Edukacyjne 3 m-ce/ Edukacyjna podstawowa)	Kontrolne 2 (Edukacyjna 6 m-cy/ Edukacyjna podstawowa)	Dietetyczne/ Bilanse	Psychologiczne/ Bilanse	Edukacyjne DMP/ pacjenci w DMP	Pacjenci z edukacją dietetyczną/ pacjenci w DMP
75,98 %	52,85 %	40,85 %	27,66 %	5,91 %	94,77 %	31,22 %

CZY ZAPEWNIENIE PACJENTOM EDUKACJI DOSTOSOWANEJ DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB, NP. W ZAKRESIE EDUKACJI DIABETOLOGICZNEJ, FAKTYCZNIE JEST SZANSĄ NA WŁAŚCIWĄ SAMOKONTROLĘ PACJENTA?

Personalizowana edukacja zdrowotna jest jednym z kluczowych elementów skutecznej terapii pacjentów przewlekle chorych. W trakcie edukacji zdrowotnej u pacjentów kształtujemy odpowiednią wiedzę, kompetencje, postawy i zachowania zdrowotne, które w największej mierze mają wpływ na stan zdrowia i dalszy przebieg choroby. Zdrowie nie zależy bowiem od liczby badań diagnostycznych czy wizyt lekarskich, ale od zachowań zdrowotnych samych pacjentów. Istotnym jest, czy pacjenci potrafią samodzielnie oznaczać krytyczne parametry stanu zdrowia, czy przyjmują leki zgodnie z zaleceniami, czy ograniczają czynniki mające negatywny wpływ na rozwój choroby jak np. palenie tytoniu lub poprawiają swoje rokowania przez stosowanie odpowiedniej diety bądź aktywności fizycznej. W edukacji zdrowotnej, nie chodzi jednak o przekazanie wiedzy medycznej, ale o zmianę zachowań zdrowotnych pacjentów i przekonanie do troski o własne zdrowie oraz aktywnej współpracy w procesie terapeutycznym z zespołem POZ.

CZY CZAS I NAKŁAD PRACY POŚWIĘCONY NA EDUKACJĘ PRZEKŁADA SIĘ NA EFEKTY ZDROWOTNE? JAK TO SKWANTYFIKOWAĆ?

Istnieje szereg dowodów naukowych na to że tak jest, przy czym wyraźniejsze efekty edukacji zdrowotnej obserwuje się w profilaktyce wtórnej (wśród pacjentów chorych), niż w profilaktyce pierwotnej. W pilotażu POZ PLUS, brakuje aktualnie opublikowanych dowodów naukowych na skuteczność edukacji zdrowotnej ale dane z naszej przychodni przekazaliśmy pracownikom naukowym Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, którzy porównują obecnie jak zmieniły się kluczowe parametry zdrowotne pacjentów w grupie objętej intensywną edukacją zdrowotną w porównaniu do grupy kontrolnej, która z edukacji zdrowotnej nie korzystała.

KTO U PAŃSTWA W ZESPOLE BYŁ ODPOWIEDZIALNY ZA EDUKACJĘ PACJENTÓW? DECYDOWAŁY O TYM PRZEDĘ WSZYSTKIM KWALIFIKACJE ZAWODOWE, CZY CECHY OSOBOWOŚCI LUB INNE UMIEJĘTNOŚCI ?

Edukację zdrowotną powierzono pielęgniarkom, które w naszej przychodni mają ukończone co najmniej studia licencjackie, a dodatkowo szkolenia z zakresu edukacji zdrowotnej oraz doświadczenie w realizacji wielu programów profilaktycznych. Dodatkowo pielęgniarki odbyły szkolenia wewnętrzne z lekarzami specjalistami (kardiologiem, diabetologiem i endokrynologiem) którzy konsultują naszych pacjentów w modelu POZ PLUS, tak aby ustalić zasady współpracy z POZ oraz zwrócić uwagę na elementy najważniejsze w samokontroli pacjentów przewlekle chorych. Zaangażowanie pielęgniarek było uzasadnione nie tylko posiadaniem kwalifikacji zawodowych, ale także tym że to one znają swoich pacjentów, mają z nimi stały i dobry kontakt, a także cieszą się dużym zaufaniem.

COPERNICUS (11_01)

Jesteście Państwo placówką, która w największym stopniu objęła swoich pacjentów edukacją po bilansie. Niestety inaczej wygląda wykonanie wizyt kontrolnych.

Edukacyjne podstawowe/ Bilans	Kontrolne 1 (Edukacyjne 3 m-ce/ Edukacyjna podstawowa)	Kontrolne 2 (Edukacyjna 6 m-cy/ Edukacyjna podstawowa)	Dietetyczne/ Bilanse	Psychologiczne/ Bilanse	Edukacyjne DMP/ pacjenci w DMP	Pacjenci z edukacją dietetyczną/ pacjenci w DMP
85,64 %	23,15 %	9,24 %	19,40 %	8,87 %	21,90 %	2,48 %

JAK UDAŁO SIĘ PAŃSTWU OSIĄGNĄĆ TAK DOBRY WYNIK REALIZACJI WIZYT EDUKACYJNYCH – PODSTAWOWYCH?

Kluczem do objęcia jak największej liczby pacjentów edukacją podstawową było przede wszystkim powierzenie realizacji edukacji pielęgniarkom poz. Pielęgniarki poz okazały się doskonale przygotowanym personelem z dużym doświadczeniem w udzielaniu porad prozdrowotnych. Wyodrębnienie edukacji jako osobnego świadczenia zdrowotnego realizowanego i rozliczanego przez pielęgniarki pozwoliło dotychczas nieusankcjonowaną praktykę edukacyjną realizowaną przez pielęgniarki przełożyć na konkretne świadczenie. Drugim istotnym elementem było wprowadzenie zasady realizacji świadczenia edukacyjnego w dniu wizyty u lekarza. Zasada jak najwięcej świadczeń podczas jednej wizyty pacjenta w Przychodni bardzo podobała się zwłaszcza ludziom młodym, pracującym i rzadko pojawiającym się w Przychodni.

JAKIE SĄ GŁÓWNE POWODY TEGO, ŻE PACJENCI NIE KORZYSTAJĄ Z EDUKACYJNYCH WIZYT KONTROLNYCH, NIE WIDZĄ TAKIEJ POTRZEBY BO NP. UZYSKALI DOSTATECZNE WSPARCIE NA PIERWSZEJ WIZYCIE, NIE MAJĄ CZASU, CZY JEST JESZCZE COŚ INNEGO?

Niestety, w przypadku wizyt edukacyjnych kontrolnych obserwujemy znacznie mniejsze zainteresowanie. Pacjenci zapraszani na wizytę edukacyjną kontrolną w dużej mierze nie są zainteresowani przyjsciem do Przychodni i usprawiedliwiają się m.in.: "już wszystko wiem", "na pierwszej wizycie dowiedziałem się wszystkiego", "nie mam czasu", "jestem zdrowy", "wszystko to można znaleźć w internecie". To co jest atutem przy realizacji podstawowej edukacji, czyli realizacja porady edukacyjnej przez pielęgniarki, nie jest atrakcyjne przy wizycie kontrolnej, gdyż wielu pacjentów uważa, że "pielęgniarka już mi nic nowego nie powie". Taka wizyta u pielęgniarki wydaje się pacjentom po prostu mniej ważna niż wizyta u lekarza. Ponadto przy wizycie kontrolnej następuje pewnego rodzaju weryfikacja stosowania się pacjenta do zaleceń z wizyty podstawowej i pacjenci - tak po ludzku - nie chcą przyznać się do tego, że niekoniecznie wprowadzają w życie uzyskane wcześniej zalecenia i wskazówki.

CZY POMIMO TEGO, ŻE PACJENCI RZADKO KORZYSTAJĄ Z EDUKACYJNYCH WIZYT KONTROLNYCH, MONITORUJĄ PAŃSTWO ICH POSTĘPY, NP. PRZY OKAZJI WIZYT DORAŻNYCH UWZGLĘDNIAJĄC INFORMACJE ZGROMADZONE PRZY OKAZJI BILANSU ZDROWIA I PODSUMOWANE W IPPZ?

Nie prowadzimy w żadnej usystematyzowanej formie monitoringu realizacji zaleceń przekazanych przy bilansie, ale stanowią one przecież integralną część dokumentacji medycznej pacjenta w poz i zarówno lekarz jak i pielęgniarka oceniając stan zdrowia całościowo przy kolejnym kontakcie z pacjentem pytają o realizację zaleceń edukacyjnych np. czy pacjent przestał palić papierosy, czy ogranicza inne używki, zmienia dietę na dostosowaną do jego potrzeb zdrowotnych. Nie ma to jednak żadnej ustalonej formuły, z której można uzyskać usystematyzowane dane.

BADANIE ANKIETOWE

Realizacja wizyt edukacyjnych w pilotażu POZ PLUS była na bardzo różnym poziomie. W związku z powyższym zapytano wszystkich realizatorów, o powody które miały (mogły mieć w ich opinii) wpływ na poziom realizacji wizyt edukacyjnych. Pytania zostały zawarte w kwestionariuszu ankiety - online, przekazanym do wypełnienia w terminie od 16 do 19 listopada 2021 r., za pośrednictwem poczty elektronicznej do wszystkich przedstawicieli realizatorów POZ PLUS (z wyłączeniem tych z którymi rozwiązano umowy). Każdy realizator miał wypełnić 1 ankietę.

Kwestionariusz ankiety zawierał pytania:

- charakteryzujące respondenta (wielkość placówki, obszar miejski/wiejski, kod realizatora);
- o to, kto z personelu pełnił funkcję edukatora ze wskazaniem liczby tych osób, w tym z ew. kwalifikacjami dodatkowymi w zakresie edukacji;
- o powody utrudniające realizację wizyt edukacyjnych – wybór poprzez wskazanie odpowiedzi wg 7 stopniowej skali Likerta - możliwy ze zdefiniowanej listy 16 odpowiedzi.

Pytanie o kod realizatora było dobrowolne, ale zdecydowana większość respondentów wskazała którego realizatora POZ PLUS reprezentuje (poprzez wskazanie ze zdefiniowanej listy); z tej perspektywy, wyniki dla tej grupy nie są anonimowe.

W świetle ankiety, w ramach POZ PLUS funkcję edukatorów zdrowotnych, odpowiedzialnych za realizację wizyt edukacyjnych pełnili głównie pielęgniarki. Było to zgodne z rekomendacją zawartą w zarządzeniu POZ PLUS, w którym dopuszczono również możliwość realizacji wizyt edukacyjnych przez inny personel, posiadający do tego zadania odpowiednie kompetencje, w zależności od posiadanego potencjału kadrowego danej placówki. W praktyce byli to m.in. lekarze, położne, specjaliści zdrowia publicznego, dietetycy czy ratownicy medyczni. Funkcję edukatora mogło pełnić kilka osób, niezależnie od wielkości placówki. Niejednokrotnie edukator był jednocześnie koordynatorem.

Otrzymano 29 odpowiedzi na ankietę (do analizy włączono 28 ankiet), w tym:

- zwrot ankiet, tzw. 'response rate' wyniósł 65%,
- 1 świadczeniodawca wypełnił ankietę dwukrotnie (mały podmiot) – w analizie uwzględniono tę późniejszą ankietę (drugą),
- w wyniku badania otrzymano: 10 ankiet z podmiotów małych (36%), 14 ankiet z podmiotów średnich (50 %) i 4 z podmiotów dużych (14%). Przy czym należy pamiętać, że w pilotażu wzięło udział: 20 podmiotów średnich (nie wliczając 3, z którymi rozwiązano umowę), 18 podmiotów małych i 6 podmiotów dużych. W związku z powyższym w omawianym badaniu podmioty małe były reprezentowane w 56%, podmioty średnie w 70% i podmioty duże w 67%,
- tylko w przypadku 4 ankiet (14%) nie wskazano konkretnego respondenta.

Z odpowiedzi na pytanie „Kto pełnił funkcję edukatora zdrowotnego w pilotażu POZ PLUS i realizował wyodrębnione wizyty edukacyjne (nie dotyczy edukacji dietetycznej i psychologicznej)”, wynika, że za wizyty edukacyjne były głównie odpowiedzialne pielęgniarki – wskazało na nie 26 respondentów, w 6 podmiotach byli to również lekarze, w 5 dietetycy, w 4 położne i specjaliści zdrowia publicznego, w 1 inny personel (ratownik medyczny, fizjoterapeuta). Tylko w 1 podmiocie za edukację byli odpowiedzialni wyłącznie specjaliści zdrowia publicznego, i w 1 była to wyłącznie położna. 6 respondentów, którzy wskazali, że edukatorami są lekarze, wskazało również pielęgniarki jako osoby odpowiedzialne za wizyty edukacyjne.

Poniżej zestawienie wskazujące ilu respondentów wskazało dany typ personelu pełniącego rolę edukatora odpowiedzialnego za realizację wyodrębnionych wizyt edukacyjnych; ile było takich osób i ile spośród nich, miało dodatkowe kwalifikacje z zakresu edukacji zdrowotnej potwierdzone certyfikatem. W przypadku pielęgniarek prawie co 3 ma dodatkowe kwalifikacje, żaden spośród 21 lekarzy nie miał kwalifikacji dodatkowych. Dietetycy to grupa personelu, która w największym odsetku posiada kwalifikacje dodatkowe. Dla kategorii 'specjaliści zdrowia publicznego/promocji zdrowia' i 'inne' – nie zbierano w ankiecie danych o kwalifikacjach dodatkowych, stąd brak danych w tym zakresie.

TABELA 4. PERSONEL PEŁNIĄCY FUNKCJĘ EDUKATORA WRAZ Z INFORMACJĄ O KWALIFIKACJACH DODATKOWYCH.

	Respondenci	Liczba osób - edukatorów	Liczba osób z dodatkowymi kwalifikacjami	Odsetek osób z dodatkowymi kwalifikacjami
Lekarze	6	21	0	0 %
Pielęgniarki	26	68	20	29,4%
Położne	4	5	1	20 %
Dietetycy	5	10	4	40 %
Specjaliści zdrowia publicznego/ promocji zdrowia	4	5	-	-
Inne	1	-	-	-

Największa różnorodność pod względem tego kto pełnił rolę edukatora, była w podmiotach średnich, gdzie najczęściej oprócz pielęgniarek za wizyty edukacyjne odpowiedzialny był inny personel. Poniżej charakterystyka edukatorów wg wielkości placówki:

10 podmiotów małych – w 6 wyłącznie pielęgniarki, w 2 pielęgniarki i lekarze, w 1 pielęgniarka i położna, w 1 pielęgniarka i dietetyk.

14 podmiotów średnich - w 4 wyłącznie pielęgniarki; w 3 pielęgniarki i lekarze; w 2 pielęgniarki i dietetycy; w 1 położna; w 1 pielęgniarki i specjaliści zdrowia publicznego/promocji zdrowia; w 1 specjaliści zdrowia publicznego/promocji zdrowia; w 1 pielęgniarki, położne, dietetycy; w 1 pielęgniarki, położne, dietetycy, specjaliści zdrowia publicznego/promocji zdrowia i inny personel.

4 podmioty duże – w 3 wyłącznie pielęgniarki, w 1 pielęgniarki i lekarze.

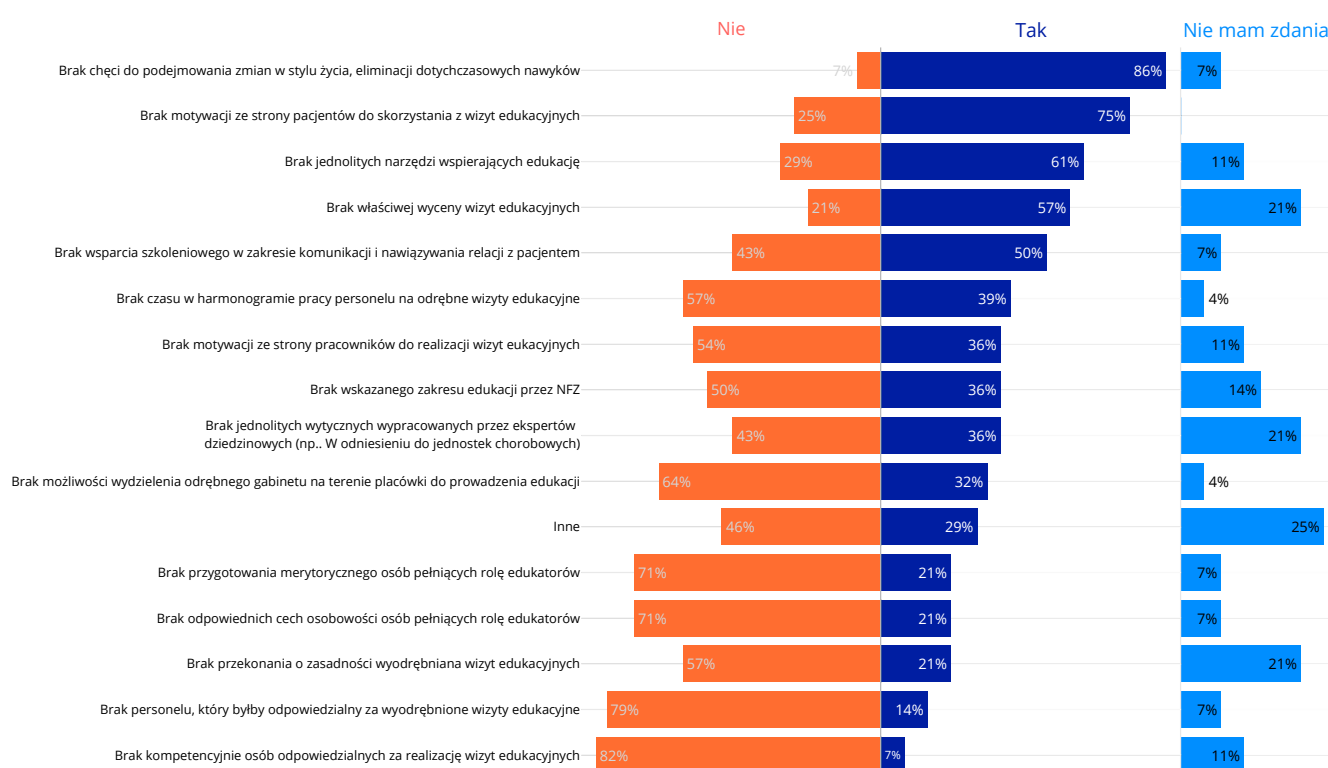
Respondenci zostali poproszeni o wskazanie powodów, które według nich mogły ograniczać realizację wizyt edukacyjnych. Powody wskazywano spośród listy (15 zdefiniowanych powodów i 1 do ew. wskazania indywidualnego – jako 'inne'), poprzez nadanie stopnia akceptacji według 7-stopniowej skali Likerta, gdzie numery oznaczały: 1 - całkowicie się nie zgadzam; 2 - nie zgadzam się; 3 - raczej się nie zgadzam; 4 - nie mam zdania; 5 - raczej się zgadzam; 6 - zgadzam się; 7 - całkowicie się zgadzam. Szczegółowe wyniki w tabeli poniżej.

TABELA 5. POWODY UTRUDNIAJĄCE REALIZACJĘ WIZYT EDUKACYJNYCH – DANE SZCZEGÓŁOWE WG. ODPOWIEDZI Z WYKORZYSTANIEM 7-STOPNIOWEJ SKALI LIKERTA.

	1 - Całkowicie się nie zgadzam	2 - Nie zgadzam się	3 - Raczej się nie zgadzam	4 - Nie mam zdania	5 - Raczej się zgadzam	6 - Zgadzam się	7 - Całkowicie się zgadzam	min	max	średnia	mediana
Brak personelu, który byłby odpowiedzialny za wyodrębnione wizyty edukacyjne	12	6	4	2	3	1	0	1	6	2	2
Brak przekonania o zasadności wyodrębniania wizyt edukacyjnych	7	4	5	6	5	1	0	1	6	3	3
Braki kompetencyjne osób odpowiedzialnych za realizację wizyt edukacyjnych	9	9	5	3	1	0	1	1	7	2	2
Brak wsparcia szkoleniowego w zakresie komunikacji i nawiązywania relacji z pacjentem	6	2	4	2	4	5	5	1	7	4	5
Brak przygotowania merytorycznego osób pełniących rolę edukatorów	9	6	5	2	2	2	2	1	7	3	2
Brak odpowiednich cech osobowości osób pełniących rolę edukatorów	10	5	5	2	4	1	1	1	7	3	2
Brak jednolitych wytycznych wypracowanych przez ekspertów dziedzinowych (np. w odniesieniu do jednostek chorobowych, czynników ryzyka)	3	5	4	6	5	3	2	1	7	4	4
Brak wskazanego zakresu edukacji przez NFZ	5	5	4	4	6	4	0	1	6	3	4
Brak chęci pacjentów do podejmowania zmian w stylu życia, eliminacji dotychczasowych nawyków	1	0	1	2	7	14	3	1	7	5	6
Brak czasu w harmonogramie pracy personelu na odrębne wizyty edukacyjne	6	2	8	1	6	3	2	1	7	4	3
Brak możliwości wydzielenia odrębnego gabinetu na terenie placówki do prowadzenia edukacji	11	3	4	1	3	4	2	1	7	3	3
Brak jednolitych narzędzi wspierających edukację	1	3	4	3	10	6	1	1	7	4	5
Brak motywacji ze strony pacjentów do skorzystania z wizyt edukacyjnych	1	1	5	0	7	10	4	1	7	5	6
Brak motywacji ze strony pracowników do realizacji wizyt edukacyjnych	10	2	3	3	6	2	2	1	7	3	3
Brak właściwej wyceny wizyt edukacyjnych	2	2	2	6	8	3	5	1	7	5	5
Inne	11	1	1	7	0	3	5	1	7	3	4

W ramach powodu 'inne', świadczeniodawcy wskazali m.in.: pandemię; formularz, który powinien być zmieniony; brak chęci i czasu pacjenta na kolejne wizyty w przychodni; przekonanie pacjentów o braku korzyści z wizyt; negatywne nastawienie do edukatorów; niechęć do przyznania się o niestosowaniu do zaleceń; brak przyzwyczajenia do porad pielęgniarских, brak wystandaryzowanych materiałów edukacyjnych i szkoleń dla edukatorów.

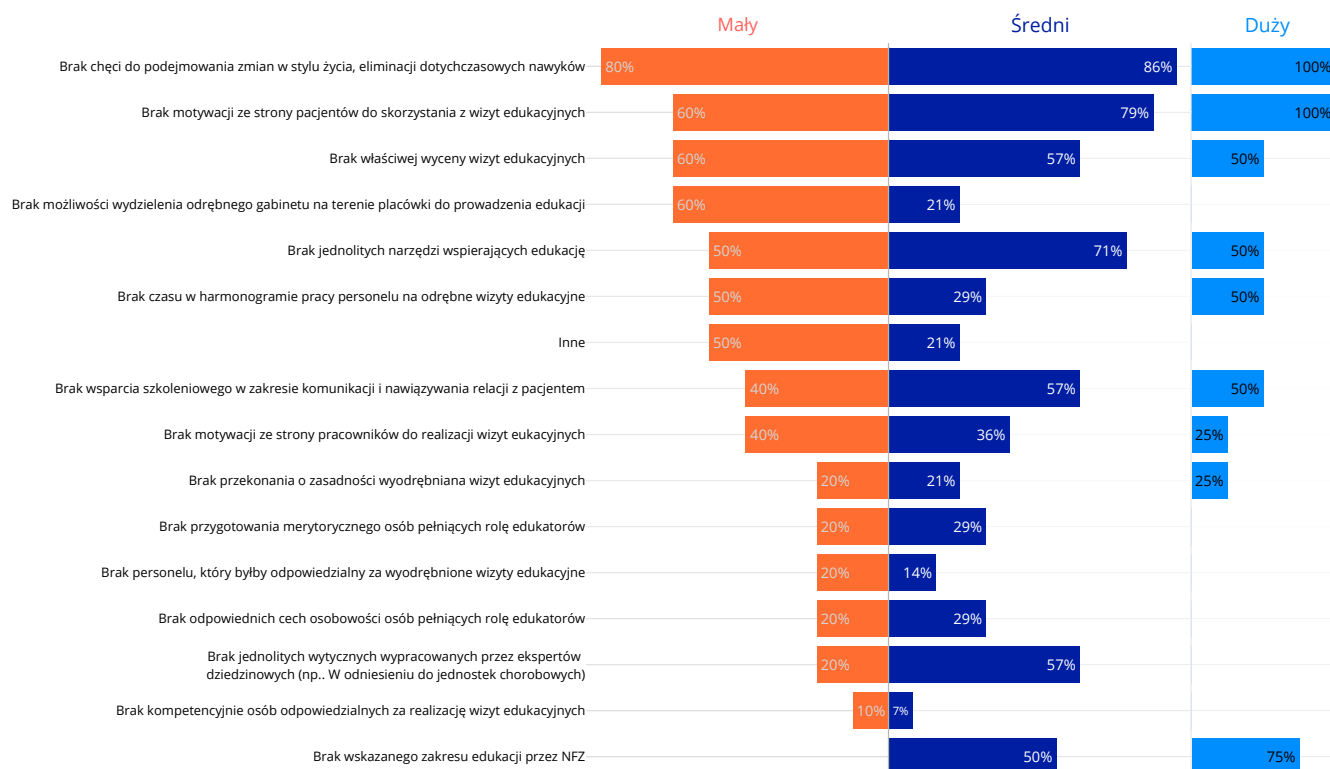
Poniżej wykres prezentujący odsetek zagregowanych odpowiedzi, uszeregowanych od najwyższego dla kategorii TAK (suma odpowiedzi: 5 - raczej się zgadzam; 6 - zgadzam się; 7 - całkowicie się zgadzam). Najbardziej istotnymi powodami okazały się: brak chęci pacjentów do podejmowania zmian w stylu życia, eliminacji dotychczasowych nawyków (86%) i brak motywacji ze strony pacjentów do skorzystania z wizyt edukacyjnych (75%). Dość istotny wydaje się również brak jednolitych narzędzi wspierających edukację (61%), brak właściwej wyceny wizyt edukacyjnych (57%) oraz brak wsparcia szkoleniowego w zakresie komunikacji i nawiązywania relacji z pacjentem (50%). Powody najmniej istotne, to te dotyczące personelu (braki kompetencyjne – 7%, brak personelu – 14 %, brak przygotowania merytorycznego – 21%, brak odpowiednich cech osobowości – 21 %, brak przekonania o zasadności wydzielania wizyt edukacyjnych -21%).



RYCINA 14. POWODY OGRANICZAJĄCE REALIZACJĘ WIZYT EDUKACYJNYCH
ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE

Istotność powodów jest również zależna od wielkości podmiotu. Poniżej wykres prezentujący odsetek odpowiedzi 'tak' (zagregowane odpowiedzi: 5 - raczej się zgadzam; 6 - zgadzam się; 7 - całkowicie się zgadzam) wskazanych przez podmioty małe, średnie i duże. Największa różnica dotyczy oceny istotności powodu:

- 'brak możliwości wydzielania odrębnego gabinetu', która dotyczyła 60% podmiotów małych, 21 % podmiotów średnich, i nie została wskazana w ogóle przez podmioty duże;
- 'brak wskazania zakresu edukacji przez NFZ', którą wskazało 75% podmiotów dużych, 50 % podmiotów średnich i żaden podmiot mały;
- 'brak jednolitych wytycznych wypracowanych przez ekspertów dziedzinowych', którą wskazało 57 % podmiotów średnich, 20 % podmiotów małych i żaden podmiot duży.



RYCINA 15. POWODY OGRANICZAJĄCE REALIZACJĘ WIZYT EDUKACYJNYCH WEDŁUG WIELKOŚCI PODMIOTU
ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE

Ranking powodów ograniczających realizację wizyt edukacyjnych według wielkości podmiotu na podstawie punktów przyznanych danym zagadnieniom wg skali Likerta (suma odpowiedzi: 5 - raczej się zgadzam; 6 - zgadzam się; 7 - całkowicie się zgadzam), zawiera tabela poniżej.

TABELA 6. POWODY UTRUDNIAJĄCE REALIZACJĘ WIZYT EDUKACYJNYCH - DANE W PODZIALE NA WIELKOŚĆ PLACÓWKI POZ PLUS, DLA 5 PRZEDZIAŁÓW ISTOTNOŚCI.

	Mały (n=10)	Średni (n=14)	Duży (n=4)
1 (80-100%)	- brak chęci pacjentów do podejmowania zmian – 80%	- brak chęci pacjentów do podejmowania zmian – 86%	- brak chęci pacjentów do podejmowania zmian – 100%, - brak motywacji pacjentów – 100%
2 (60-89%)	- brak motywacji pacjentów – 60%, - brak właściwej wyceny – 60%, - brak możliwości wydzielenia odrębnego gabinetu – 60 %	- brak motywacji pacjentów – 79%, - brak jednolitych narzędzi – 71%	- brak wskazanego zakresu edukacji przez NFZ – 75%

3 (40-59%)	- brak czasu w harmonogramie – 50%, - inne – 50 %, - brak wsparcia szkoleniowego – 40%, - brak motywacji pracowników – 40 %	- brak wsparcia szkoleniowego – 57%, - brak właściwej wyceny – 57%, - brak jednolitych wytycznych – 57%, - brak wskazanego zakresu edukacji przez NFZ – 50%	- brak jednolitych narzędzi – 50%, - brak wsparcia szkoleniowego – 50%, - brak właściwej wyceny – 50%, - brak czasu w harmonogramie – 50%
4 (20-39%)	- brak jednolitych wytycznych – 20%, - brak przygotowania merytorycznego – 20%, - brak odpowiednich cech osobowości – 20%, - brak przekonania o zasadności wydzielania wizyt edukacyjnych – 20 %, - brak personelu – 20 %	- brak motywacji pracowników – 36 %, - brak czasu w harmonogramie – 29%, - brak przygotowania merytorycznego – 29%, - brak odpowiednich cech osobowości – 29%, - brak przekonania o zasadności wydzielania wizyt edukacyjnych – 21 %, - brak możliwości wydzielenia gabinetu – 21%, - inne – 21%	- brak motywacji pracowników – 25 %, - brak przekonania o zasadności wydzielania wizyt edukacyjnych – 25 %
5 (0-19%)	- braki kompetencyjne – 10%, - brak wskazanego zakresu edukacji przez NFZ – 0%	- brak personelu – 14%, - braki kompetencyjne – 7%	- brak jednolitych wytycznych – 0%, - brak przygotowania merytorycznego – 0%, - brak odpowiednich cech osobowości – 0%, - brak możliwości wydzielenia odrębnego gabinetu – 0%, - inne – 0%, - brak personelu – 0%, - braki kompetencyjne – 0%

WNIOSKI

01

Za realizację wizyt edukacyjnych były odpowiedzialne głównie pielęgniarki (w 92% podmiotach, z czego w 46% podmiotach były to wyłącznie pielęgniarki; w 46 % podmiotach pielęgniarki w procesie udzielania wizyt edukacyjnych były wsparte innym personelem).

02

Większość realizatorów widzi zasadność wydzielenia odrębnych wizyt edukacyjnych, biorąc pod uwagę, że tylko 21% respondentów uznaje 'brak przekonania o zasadności wydzielenia odrębnych wizyt edukacyjnych'; choć tyle samo respondentów (21%) nie ma zdania w tej sprawie.

03

Tylko nieliczna część personelu pełniącego funkcję edukatorów miała dodatkowe kompetencje w zakresie edukacji zdrowotnej, potwierdzone certyfikatem. Jednocześnie wyniki badania wskazują, że jest duże zapotrzebowanie na podniesienie kompetencji edukatorów w zakresie komunikacji i budowania relacji z pacjentami.

04

Kompetencje i przygotowanie merytoryczne edukatorów zdrowotnych są oceniane wysoko przez respondentów, o czym może świadczyć niski odsetek odpowiedzi wskazujących ten element jako powód utrudniający realizację wizyt – średnio ok. 20 %, najniższy dla podmiotów dużych (0%); choć mimo to dość często wskazywano na brak szkoleń w zakresie komunikacji i budowania relacji z pacjentem.

05

Według zdecydowanej większości respondentów **najistotniejsze powody utrudniające realizację wizyt edukacyjnych to czynniki zewnętrzne - determinowane przez postawę pacjenta** (brak motywacji, brak chęci zmiany, brak czasu, brak przekonania o korzyściach z edukacji); w tym aspekcie nie widać znacznych różnic pomiędzy wielkością placówki realizatora.

06

Powody wewnętrzne wynikające z organizacji pracy przychodni najbardziej różnicują placówki, małe, średnie i duże; np. 'brak możliwości wydzielenia odrębnego gabinetu' dotyczy najczęściej małych placówek.

07

Istotność powodów zewnętrznych innych niż wynikających z postaw pacjentów również jest zróżnicowana w zależności od wielkości placówki, szczególnie w przypadku 2 powodów: 'brak jednolitych wytycznych' (20% małe, 57% średnie, 0% duże) i brak zakresu edukacji wskazanego przez NFZ (0% małe, 50% średnie, 75% duże).

08

Najwięcej odpowiedzi '**nie mam zdania**' odnotowano dla powodów: '**inny**' – 7 odpowiedzi (25%); 'Brak przekonania o zasadności wyodrębniania wizyt edukacyjnych' - 6 odpowiedzi (21%) , 'Brak jednolitych wytycznych' - 6 odpowiedzi (21%) i 'Brak właściwej wyceny wizyt edukacyjnych' 6 odpowiedzi (21%).

09

Spośród powodów wskazanych przez respondentów w odpowiedzi '**inne**' na podkreślenie zasługuje **pandemia**, która była wskazana kilka razy oraz **brak przyzwyczajenia do porad pielęgniarskich** (cyt. „Pielęgniarki realizujące edukację nie są zwykle realizującymi porady własne, odrębne. Trudność stanowiło podjęcie działań samodzielnych, zarówno dla samych pielęgniarek jak i dla pacjentów, którzy do porad pielęgniarskich nie są przyzwyczajeni.”)

8

MATERIAŁY
POMOCNICZE

KOMPENDIUM WIEDZY - CZYNNIKI RYZYKA

Czynnik ryzyka to cecha, stan lub zachowanie, które zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania lub odniesienia obrażeń [30].

Czynniki ryzyka często są opisywane i rozpatrywane pojedynczo, ale bardzo często występują łącznie z innymi czynnikami i mają na siebie wzajemny wpływ (są powiązane przyczynowo-skutkowo), np. błędne nawyki żywieniowe mogą doprowadzić do wzrostu masy ciała i hipercholesterolemii, a te w konsekwencji do bardziej złożonych problemów zdrowotnych.

Czynniki ryzyka dzielą się na [31]:

- Behawioralne
- Fizjologiczne
- Demograficzne
- Środowiskowe
- Genetyczne

W tabeli poniżej przedstawiono ich charakterystykę.

TABELA 7. CHARAKTERYSTYKA CZYNNIKÓW RYZYKA.

Behawioralne	Fizjologiczne	Demograficzne	Środowiskowe	Genetyczne
zależne od naszego zachowania/stylu życia. Innymi słowy możemy je ograniczyć a nawet wyeliminować podejmując odpowiednie działania czy też zmiany w zachowaniu. • palenie tytoniu, • spożywanie alkoholu w nadmiarze, • złe nawyki żywieniowe, • brak aktywności fizycznej, • spędzanie zbyt długiego czasu na słońcu bez ochrony, • brak pewnych szczepień, • ryzykowne zachowania seksualne	odnoszą się do organizmu lub cech biologicznych. Mają na nie wpływ zarówno czynniki genetyczne jak i czynniki związane ze stylem życia. • nadwaga lub otyłość, • wysokie ciśnienie krwi, • wysokie stężenie cholesterolu we krwi, • wysokie stężenie cukru (glukozy) we krwi	dotyczą całej populacji. Są to na przykład: • wiek, • płeć, • przynależność do podgrupy w populacji wyodrębnionej na przykład na podstawie zawodu, religii czy dochodów.	należą do nich liczne czynniki o charakterze społecznym, ekonomicznym, kulturowym i politycznym, a także czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne. Są to na przykład: • dostęp do czystej wody i kanalizacji, • ryzyko zawodowe, • zanieczyszczenie powietrza, • sytuacje społeczne.	wynikają z genów danej osoby. Niektóre choroby, na przykład mukowiscydoza i dystrofia mięśniowa, są całkowicie zależne od genotypu jednostki. Wiele innych chorób, takich jak astma czy cukrzyca, jest wynikiem interakcji między genami jednostki i czynnikami środowiskowymi. Inne choroby, takie jak niedokrwistość sierpowata, częściej występują w pewnych podgrupach populacji.

Głównym czynnikiem ryzyka odpowiadającym za obciążenie chorobowe wyrażone w DALY¹ w Polsce jest od wielu lat palenie tytoniu - 1 miejsce w rankingu zarówno w roku 1990 jak i 2019, według Badania Global Burden of Disease 2019 (GBD), prowadzonego przez Institute for Health Metrics and Evaluation (Seattle, USA). Ponadto w czołówce czynników ryzyka w znajdują się również:

- wysoka wartość współczynnika BMI (2 miejsce w 2019 r., 3 w 1990 r.),
- wysokie skurczowe ciśnienie krwi (3 miejsce w 2019 r., 2 w 1990 r.),
- wysokie stężenie glukozy na czczo (4 miejsce w 2019 r., 5 w 1990 r.),
- pożycie alkoholu (5 miejsce w 2019 r., 7 w 1990 r.).

Wśród czynników ryzyka znajdujących się na dalszych miejscach rankingu w 2019 roku, należy zwrócić uwagę na liczne czynniki dieto-zależne: dieta uboga w produkty pełnoziarniste – 8 miejsce, dieta uboga w sód – 9 miejsce, dieta bogata w czerwone mięso – 11 miejsce, dieta uboga w rośliny strączkowe – 14 miejsce) [32].

Natomiast w przypadku czynników ryzyka zgonów w Polsce, najistotniejsze znaczenie od lat (zarówno w roku 1990, jak i w 2019) ma wysokie ciśnienie skurczowe krwi, a palenie tytoniu znajduje się zaraz po nim. Ponadto na czołowych miejscach znalazły się również:

- wysokie stężenie glukozy na czczo (3 miejsce w 2019 r., 5 w 1990 r.),
- wysoka wartość wskaźnika BMI (4 miejsce w 2019 r., 4 w 1990 r.),
- wysokie stężenie LDL-cholesterolu (5 miejsce w 2019 r., 3 w 1990 r.).

Wśród czynników ryzyka znajdujących się na dalszych miejscach rankingu w 2019 roku, oprócz licznych czynników dieto-zależnych, tj.: dieta uboga w: sód (8), w produkty pełnoziarniste (9), w rośliny strączkowe (12), w orzechy i nasiona (14), w owoce (15) oraz bogata w czerwone mięso (13); należy zwrócić uwagę na wzrost znaczenia spożywania alkoholu (zmiana z 12 miejsca w 1990 r. na 6 w 2019 r.).

TABELA 8. RANKING CZYNNIKÓW RYZYKA STANDARYZOWANYCH WZGLĘDEM WIEKU ZWIĄZANYCH Z OBCIĄŻENIEM CHOROBOWYM NA PODSTAWIE WARTOŚCI DALY NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW ORAZ ZE ZGONAMI W NA PODSTAWIE WARTOŚCI WSPÓŁCZYNNIKA ZGONÓW NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW - W POLSCE U OBU PŁCI W ROKU 2019.

	Czynniki ryzyka związane z obciążeniem chorobowym (według wartości DALY) - rok 2019	M-ce w rankingu w roku 1990	Czynniki ryzyka związane ze zgonami (według współczynnika zgonów) - rok 2019	M-ce w rankingu w roku 1990
1.	Palenie tytoniu	1	Wysokie ciśnienie skurczowe krwi	1
2.	Wysokie BMI	3	Palenie tytoniu	2
3.	Wysokie ciśnienie skurczowe krwi	2	Wysokie stężenie glukozy na czczo	5
4.	Wysokie stężenie glukozy na czczo	5	Wysokie BMI	4
5.	Używanie alkoholu	7	Wysoki poziom cholesterolu LDL	3
6.	Wysoki poziom cholesterolu LDL	4	Używanie alkoholu	12
7.	Zanieczyszczenia pyłami zawieszonymi	6	Zanieczyszczenia pyłami zawieszonymi	6

¹ Wskaźnik DALY stanowi sumę liczby utraconych lat życia (years of life lost, YLL) z powodu przedwczesnego zgonu oraz liczby lat przeżytych z niepełnością (years of life with disability, YLD).

Zgodnie z definicją DALY, wystąpienie zdarzenia zdrowotnego u osoby zdrowej niesie ze sobą dwa możliwe skutki:

- obniżenie jakości życia (niepełność o różnym stopniu w zależności od choroby),
- przedwczesny zgon (jako skutek istniejącej choroby).

8.	Dieta uboga w produkty pełnoziarniste	8	Dieta uboga w sód	8
9.	Dieta uboga w sód	12	Dieta uboga w produkty pełnoziarniste	7
10.	Niewydolność nerek	11	Niewydolność nerek	9
11.	Dieta bogata w czerwone mięso	15	Niska temperatura	11
12.	Niska masa urodzeniowa	9	Dieta uboga w rośliny strączkowe	10
13.	Krótkie trwanie ciąży	10	Dieta bogata w czerwone mięso	14
14.	Dieta uboga w rośliny strączkowe	13	Dieta uboga w orzechy i nasiona	15
15.	Niska temperatura	-	Dieta uboga w owoce	-

Poniżej charakterystyka najbardziej istotnych behawioralnych (modyfikowalnych) czynników ryzyka, na które pacjent ma wpływ, szczególnie przy wsparciu edukatora zdrowotnego.

Nikotyzm

Palenie tytoniu jest globalnie drugim najważniejszym czynnikiem ryzyka. Palenie tytoniu odpowiadało w skali światowej za 7,9% utraconych lat życia w zdrowiu (DALY). W Polsce palenie to najważniejszy czynnikiem ryzyka i odpowiada za stratę 2060 tys. lat życia w zdrowiu, co stanowi 16,3% ogólnej wartości DALY [33].

Według danych POZ PLUS pochodzących z kwestionariuszy bilansowych aktywnymi palaczami jest 21 % osób dorosłych w wieku 20-65 lat (kobiety 19%, mężczyźni 24%), a byłych palaczy jest 16% (kobiety 13%, mężczyźni 20%).

Zespół uzależnienia od nikotyny (tytoniu) to choroba, którą opisano w klasyfikacji ICD-10 - F17 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu.

Ma ona charakter przewlekły i nawracający. To oznacza, że raz wykształcona zależność od nikotyny związana jest ze zmianami w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego, czego efektem jest występowanie zespołu abstynencyjnego w sytuacji zaprzestania palenia i dużego ryzyka powrotu do palenia, nawet wiele lat po jego zaprzestaniu. Nikotyna jest substancją uzależniającą/psychoaktywną.

Palenie tytoniu jest najważniejszym, pojedynczym, możliwym do wyeliminowania czynnikiem odpowiedzialnym za wiele chorób i zgonów.

Nikotyna jako substancja psychoaktywna ma zdolność oddziaływania na ośrodkowy układ nerwowy poprzez receptory nikotynowe i odpowiada za wystąpienie uzależnienia fizycznego i psychicznego .

Nikotyna wpływa na stan fizyczny organizmu poprzez:

- pobudzenie organizmu i podwyższenie ciśnienia tętniczego.
- poziom pobudzenia i koncentracji jedynie wtedy, gdy dostarczane są kolejną dawkę nikotyny.

Zależność psychiczna od nikotyny to wytworzenie swoistego „rytuału” palenia w sytuacjach niekomfortowych stresowych jako forma złudnego rozładowania stresu.

Skutki zdrowotne palenia tytoniu, to m.in.:

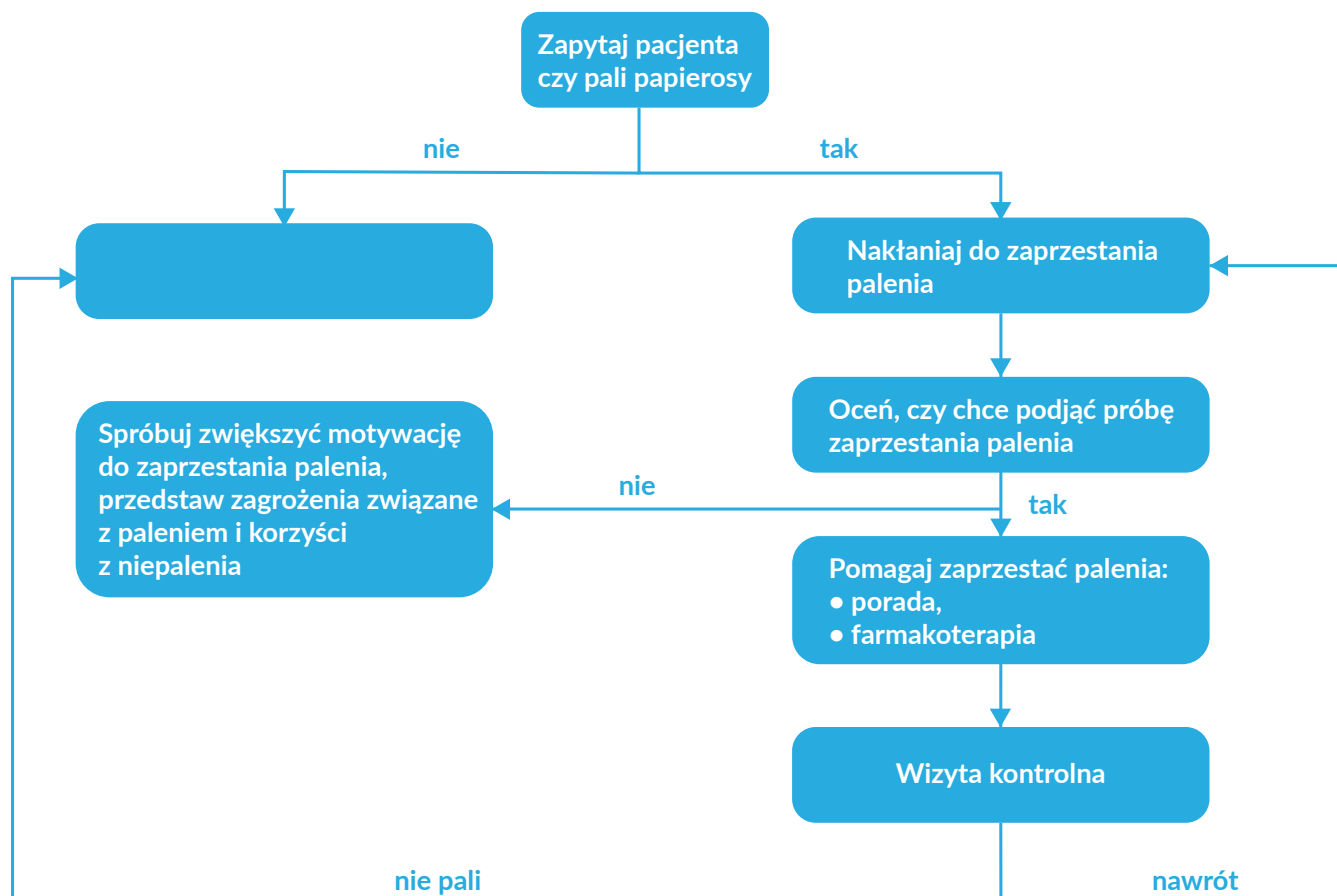
- Rozwój chorób układu krążenia,
- Rozwój nowotworów złośliwych (szczególnie rak płuc, krtani, jamy ustnej),
- Rozwój choroby zakrzepowo-zatorowej,
- Rozwój chorób płuc (POCHP),
- Rozwój choroby wrzodowej żołądka,
- Osteoporoza
- Zaburzenia płodności
- Podwyższone ryzyko zgonu okołoporodowego, niska masa urodzeniowa,
- U dzieci dzieci narażonych na dym tytoniowy (palenie bierne): występowanie astmy, schorzeń układu oddechowego i ucha środkowego.

Palenie tytoniu to czynnik ryzyka każdej z chorób objętych Programem Zarządzania Chorobą w POZ PLUS!

Postępowanie i zalecane testy:

- Określenie/weryfikacja statusu nikotynowego przy każdej wizycie u lekarza/edukatora.
- Kwestionariusz Fagerströma oceniający siłę uzależnienia od nikotyny – dostępny do wypełniania np. w aplikacji „Moje zdrowie plus”.
- Określenie gotowości palacza do zaprzestania palenia.
- Test motywacji do zaprzestania palenia tytoniu wg. Schneider.

Graficzny schemat postępowania z pacjentem prezentuje rycina poniżej.



RYCINA 16. SCHEMAT POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM – USTALENIE STATUSU PALACZA

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE NA PODSTAWIE PODRĘCZNY PRZEWODNIK LECZENIA UZALEŻNIENIA OD TYTONIU DLA LEKARZY I PIELĘGNIAREK, SUPLEMENT DO NR 4 (134) 2002 MEDYCyny PRAKTYCZNEJ

Zalecanym postępowaniem w podstawowej opiece zdrowotnej wspierającym pacjenta w walce z nałogiem to **Minimalna Interwencja Antytytoniowa (MIA)** [34] - ustrukturyzowana porada lekarza rodzinnego przy okazji wizyty pacjenta z innego powodu lub przeprowadzana z inicjatywy lekarza podczas wizyty specjalnie zaproszonego pacjenta. MIA opiera się na schemacie „5xP”, spolszczonym akronimie angielskiego „5xA” od słów:

- Pytaj (Ask) - podczas każdej wizyty lekarz powinien być zorientowany, czy pacjent pali papierosy, czy też nie.
- Poradz (Advise) - każdy palacz powinien otrzymać poradę zaprzestania palenia dostosowaną do jego sytuacji zdrowotnej, rodzinnej, materialnej wspartą argumentami o korzyści niepalenia w celu zbudowania motywacji pacjenta.
- Przeprowadź ocenę (Assess) - określ gotowość palacza do zaprzestania palenia,
- Pomóż (Assist) - pacjentowi zaprzestać palenie np. poprzez opracowanie planu odzwyczajania od palenia,
- Planuj (Arrange) - planuj wizyty kontrolne z pacjentem w celu spraw-
dzenia realizacji przez pacjenta planu zaprzestania palenia.

Co najmniej raz w roku lekarz rodzinny powinien przeprowadzić z każdym pacjentem palącym tytoń Minimalną Interwencję Antytytoniową (MIA).

Interwencja ta powinna być punktem wyjścia i w miarę możliwości organizacyjnych w danej przychodni wsparta działaniem pielęgniarki/edukatora zdrowotnego, m.in. poprzez prowadzenie interwencji bardziej rozbudowanej, dłuższej, tak zwanego wywiadu motywacyjnego (motivational interviewing), polegającym na kilkukrotnym spotykaniu się z pacjentem i motywowania go do zaprzestania palenia. W wypadku, gdy pacjent deklaruje chęć zrezygnowania z nałogu należy udzielić mu porady antytytoniowej obejmującej wszystkie dostępne sposoby leczenia oraz inne wspomagające metody terapii lub udzielić informacji gdzie taką poradę uzyska

Spotkania mogą mieć formę indywidualną lub grupową, w zależności od preferencji pacjenta i możliwości organizacyjnych przychodni.

Zasadniczą kwestią decydującą o skuteczności walki z nałogiem jest zmiana nieprawidłowych zachowań związanych z paleniem, oparta na budowaniu silnej motywacji, wspierana w uzasadnionych przypadkach stosowaniem odpowiedniej farmakoterapii (leczenie farmakologiczne należy rozważyć, u osób które wypalają więcej niż 10 papierosów dziennie, w celu złagodzenia objawów „głodu nikotynowego” i zmniejszenia chęci na zapalenie papierosa) [35].

Lekami o udowodnionej skuteczności są: nikotynowa terapia zastępcza, chlorowodorek bupropionu i wareniklina. Nie każdy palacz wymaga stosowania leków!

Pacjentowi, zdecydowanemu zaprzestać palenia tytoniu, należy pomóc w ustaleniu planu odzwyczajania od palenia. W ramach planu należy przekazać pacjentowi zalecenia dot.: ograniczenia lub zaprzestania picia alkoholu na okres kilku miesięcy, ponieważ alkohol zwiększa ryzyko nawrotu palenia oraz dotyczące ograniczenia kaloryczności diety i zwiększenie aktywności fizycznej z uwagi na ryzyko wzmożonego apetytu i potencjalnego wzrostu masy ciała. Ponadto należy ustalić czy pacjent wymaga farmakoterapii, jeśli tak, to należy przekazać zalecenia w tym zakresie [36].

W ramach planu pacjent powinien:

- ustalić konkretny termin całkowitego zaprzestania palenia papierosów, najlepiej w ciągu najbliższych 2 tygodni od ustalenia planu,
- powiedzieć rodzinie, znajomym i kolegom z pracy o swojej decyzji zaprzestania palenia papierosów oraz poprosić ich o zrozumienie i wsparcie,
- przygotować się na trudności w powstrzymywaniu się od palenia (wystąpienie objawów zespołu abstynencyjnego),
- usunąć papierosy ze swojego otoczenia (!)

Pacjent może skorzystać z Programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) – realizowanym przez placówki POZ, które mają podpisaną w tym zakresie umowę z NFZ. Więcej informacji: <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-profilaktyki-chorob-odtytoniowych>

Niezwykle ważna jest samokontrola pacjenta! Palacz sam kontroluje swój nałóg. Wykorzystuje m.in. różne zdarzenia lub schematy związane dotychczas z paleniem, np. jeśli ktoś zazwyczaj palił papierosa podczas picia kawy, powinien zmienić napój lub porę jego konsumpcji. Celem jest rozerwanie związku skojarzeniowego.

Polecamy:

- Profilaktyka uzależnień: papierosy - <https://youtu.be/fJ2lxs7546g>



- Profilaktyka uzależnień. Tytoń i e-papierosy <https://www.youtube.com/watch?v=h4dTFkGwSp8>

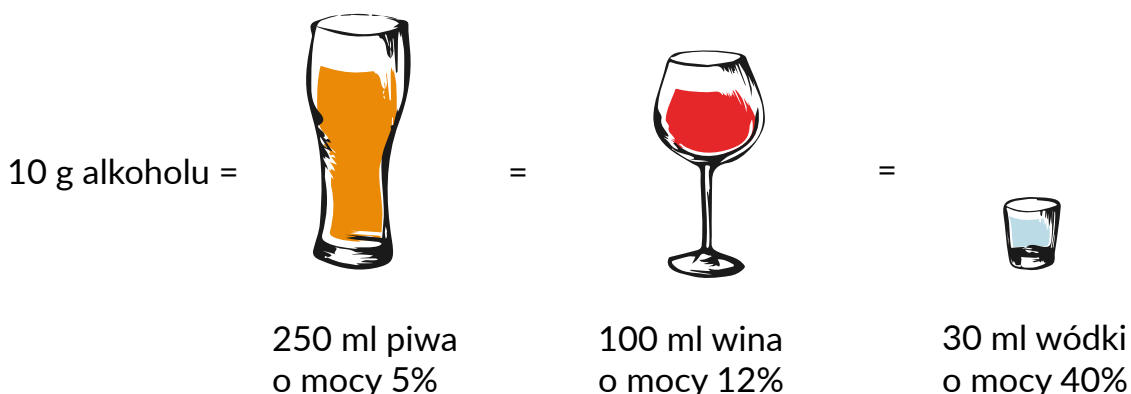


Poradnictwo behawioralne np. w zakresie palenia tytoniu jak i picia alkoholu ma najwyższą ocenę w skali GRADE, tj, A – według The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), co wskazuje na to, że istnieje duża pewność, że korzyść tego typu działań jest znaczna.

Uzależnienie od alkoholu

Większość ludzi spożywających alkohol robi to w sposób, który nie powoduje znacznych szkód dla ich zdrowia i funkcjonowania. Mówimy wtedy o picu na poziomie niskiego ryzyka szkód. Istnieje jednak granica tego poziomu. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje na 3 poziomy, tj.: picie ryzykowne, picie szkodliwe i uzależnienie. Różnią się one intensywnością spożywania alkoholu oraz natężeniem objawów i problemów.

W składzie każdego napoju alkoholowego, niezależnie od rodzaju, znajduje się w różnej ilości alkohol etylowy. Chcąc dowiedzieć się, ile stuprocentowego alkoholu zawierają wypijane napoje alkoholowe, stosuje się pojęcie porcji standardowej alkoholu. W Europie przyjmuje się, że taka porcja zawiera 10 g czystego (tzn. 100%) alkoholu.



Czynniki wpływające na stężenie alkoholu we krwi.

- **Ilość i rodzaj alkoholu** - stężenie alkoholu w organizmie jest tym większe, im więcej porcji standardowych alkoholu spożyła dana osoba.
- **Masa ciała** - osoba z mniejszą masą ciała, wypijając taką samą ilość alkoholu jak osoba cięższa, osiągnie większe stężenie alkoholu w organizmie.
- **Płeć** - kobiety mają mniejszą zawartość płynów ustrojowych w stosunku do masy ciała (przez co alkohol bardziej się stęży), metabolizują alkohol niemal wyłącznie w wątrobie (podczas gdy u mężczyzn część alkoholu rozkłada się już w żołądku). Ponadto mają większe stężenia estrogenów, które powodują intensywniejsze wchłanianie alkoholu.
- **Czas trwania i sposób picia** - rozkład alkoholu w organizmie przebiega ze średnią prędkością 0,15 promila na godzinę.

Główny Urząd Statystyczny szacuje populację Polaków, która pije alkohol przez 5 dni w tygodniu lub częściej na ponad 820 tys. (2% populacji) [37].

Do rozpoznania wzoru spożywania alkoholu można posłużyć się Testem Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholów (ang. AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption) [38], opracowanym przez Światową Organizację Zdrowia lub jego wersją skróconą, tj. AUDIT-C. Test AUDIT-C składa się z trzech pytań i jest rekomendowany do stosowania w POZ [39]:

1. Jak często pije Pan/i napoje zawierające alkohol?	• Nigdy (0 pkt.) • 1 raz w miesiącu lub rzadziej (1 pkt.) • 2-4 razy w miesiącu (2 pkt.) • 2-3 razy w tygodniu (3 pkt.) • 4 lub więcej razy w tygodniu (4 pkt.)
--	---

2. Ile porcji alkoholu (1 porcja to ok.10 g. 100% alkoholu) wypija Pan/i przeciętnie w okresie, kiedy Pan/i pije alkohol?	• 1-2 (0 pkt.) • 3-4 (1 pkt.) • 5-6 (2 pkt.) • 7-9 (3 pkt.) • 10 lub więcej (4 pkt.)
3. Jak często wypija Pan/i sześć albo więcej porcji przy jednej okazji?	• Nigdy (0 pkt.) • Rzadziej niż raz w miesiącu (1 pkt.) • Raz w miesiącu (2 pkt.) • Raz w tygodniu (3 pkt.) • Codziennie lub prawie codziennie (4 pkt.)

Norma dla kobiet wynosi do 2-3 pkt, a dla mężczyzn 4 pkt. lub poniżej. Przekroczenie tych wartości może świadczyć o istnieniu problemu alkoholowego (picie szkodliwe lub uzależnienie).



Wg danych POZ PLUS na podstawie wyników testu AUDIT-C: 83% osób spożywa alkohol w normie, u 16,5% kobiet i 16,2% mężczyzn odnotowano picie szkodliwe, a u 0,4% kobiet i 0,9% mężczyzn ryzyko.

O problemowym wzorze picia alkoholu można mówić, jeśli zachowanie danej osoby odpowiada co najmniej dwóm kryteriom z wymienionych poniżej i utrzymuje się przez 12 miesięcy [40].

- Alkohol często jest wypijany w dużych ilościach lub przez okres dłuższy niż zamierzony.
- Występują trwałe pragnienie lub bezskuteczne próby przerywania albo kontrolowania picia.
- Poświęca się dużo czasu na działania niezbędne do pozyskania alkoholu, picia go lub odwracania efektów jego działania.
- Pragnienie, silna potrzeba lub przymus picia alkoholu.
- Powtarzające się picie alkoholu powoduje trudności w wypełnianiu podstawowych obowiązków w pracy, szkole lub w domu (ich zaniedbywanie).
- Powtarzające się picie alkoholu w sytuacjach, w których jest to fizycznie ryzykowne.
- Kontynuowanie picia alkoholu pomimo świadomości istnienia trwałych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, które zostały spowodowane lub zaostrzyły się z powodu picia.
- Tolerancja na alkohol.
- Występowanie zespołu abstynencyjnego.

Zespół uzależnienia od alkoholu to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które poprzednio miały dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie alkoholu (często silne, czasami przemożne). Wypicie alkoholu nawet po bardzo długim okresie abstynencji może wyzwać zjawisko gwałtownego nawrotu innych objawów zespołu uzależnienia, znacznie szybciej niż pojawienie się uzależnienia u osób poprzednio nieuzależnionych [41].

Uzależnienie może być:

- psychiczne - polegające na potrzebie picia alkoholu dla poprawy samopoczucia.
- fizyczne objawiające się wzrostem tolerancji na alkohol, utratą kontroli nad wypijanym alkoholem (niemożność przzerwania picia z góry zaplanowanym momencie) oraz palimpsestami i występującym Alkoholowym Zespołem Abstynencyjnym po odstawieniu alkoholu.

Ze spożywaniem alkoholu wiąże się ponad 200 rodzajów chorób i urazów.

Szacuje się, że 6% zgonów wśród osób poniżej 75 roku życia oraz 20% poważnych przypadków leczonych w szpitalach ma związek z alkoholem [42]. U osób nadużywających alkohol, może dojść do powikłań: somatycznych i psychiatrycznych.

Programy terapeutyczne w leczeniu uzależnienia, oparte są w większości na:

- podejściu terapii behawioralno-poznawczej
- idei i doświadczeniach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików

Większość programów integruje różne podejścia psychoterapeutyczne, z przewagą behawioralno-poznawczego.

Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii to 18-24 miesiące.

Po zakończonej terapii stacjonarnej osoby uzależnione, w celu kontynuowania leczenia, kierowane są do dalszej psychoterapii w zakładach ambulatoryjnych oraz do grup samopomocowych Anonimowych Alkoholików i klubów abstynenta [43].

Polecamy:

- Profilaktyka uzależnień. Alkohol - <https://www.youtube.com/watch?v=99V8dXw8xQI>



Żywnienie

Szacuje się, że nieprawidłowe, czyli zarówno niedoborowe jak i nadmierne oraz jednostronne żywienie jest przyczyną ponad 80 różnych chorób. To skutkuje tym, że ponad 1/3 osób, czyli 12 milionów ludzi w Polsce cierpi na różne schorzenia spowodowane nieprawidłową dietą [44].

Główne choroby dietozależne to:

- Otyłość,
- Choroby układu krążenia,
- Nadciśnienie tętnicze,
- Osteoporoza,
- Cukrzyca typu II,
- Próżnica,
- Nowotwory.

Przyczyny chorób dietozależnych:

- Dodatni bilans energetyczny,
- Nadmierne spożycie cukru i soli,
- Nadmierny udział w diecie nasyconych kwasów tłuszczowych i izomerów trans,
- Niewystarczająca podaż błonnika pokarmowego,
- Niedostateczne spożycie witamin antyoksydacyjnych oraz polifenoli ,
- Niedostateczne spożycie wapnia i magnezu,
- Niedostateczne spożycie ryb i olejów.

Ryzyko chorób dietozależnych można zminimalizować poprzez stosowanie odpowiedniej profilaktyki – opartej na prawidłowej diecie. Do ogólnych zaleceń zdrowego odżywiania zalicza się:

- stosowanie diety bogatej w warzywa i owoce,
- ograniczenie spożycia cukrów prostych, soli, tłuszczów zwierzęcych i alkoholu,
- dostarczanie organizmowi odpowiedniej ilości błonnika i niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych.

Zasady prawidłowego żywienia w oparciu o „Talerz zdrowego żywienia” [45]

Często spotykamy również określenie „dieta zbilansowana”, które oznacza, że organizm dostaje wszystko, czego mu potrzeba do szczęścia, ale nie więcej, niż może bez szkody przyswoić.

Każdy potrzebuje tych samych składników odżywczych, jednak w zależności od wieku i stanu fizjologicznego, zmienia się skala zapotrzebowania na poszczególne składniki. Najpierw trzeba zapewnić składniki umożliwiające wzrost i dojrzewanie, później większe znaczenie ma energia potrzebna do pracy, jeszcze później zapotrzebowanie na nią maleje, trzeba natomiast wziąć pod uwagę spadek możliwości fizycznych, mniejszą sprawność układu pokarmowego i potrzebę wspomagania organizmu w walce z chorobami.

Zalecenie zdrowego odżywiania opracował Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH w postaci talerza różnorodnych produktów, którego każda z części przedstawia zalecane proporcje poszczególnych grup produktów w codziennej diecie. Model talerza to sposób na pokazanie, w jakich proporcjach należy jeść różnorodne produkty, aby uzyskać odpowiednią równowagę w diecie.



Połowę talerza powinny zajmować warzywa i owoce.

Jedzenie dużych ilości warzyw i owoców zmniejsza ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe i choroby sercowo-naczyniowe (nadciśnienie tętnicze, udary mózgu, zawały serca), a także na wiele innych przewlekłych chorób m.in. cukrzycę i otyłość. Minimum to 400 g warzyw i owoców dziennie. Ale im więcej tym lepiej. Pamiętaj, by jeść więcej warzyw niż owoców.

Owoce i warzywa są bogate w witaminy, składniki mineralne i błonnik, który syci i zapętnia żołądek.

Jedna czwarta talerza to powinny być produkty, które dostarczają węglowodanów złożonych. Kolejna jedna czwarta to produkty będące źródłem białka.

Produkty pełnoziarniste są bardziej wartościowe dla zdrowia, zawierają między innymi błonnik, żelazo, magnez, kwas foliowy, przeciwutleniacze. Regularne spożywanie produktów zbożowych pełnoziarnistych może wpłynąć na zmniejszenie ryzyka cukrzycy typu 2, chorób układu krążenia, raka jelita grubego. Pomagają również utrzymać prawidłową masę ciała.

Codziennie dla zdrowia powinno się spożyć przynajmniej 3 porcje (90 g) produktów zbożowych pełnoziarnistych takich jak kasze np. gryczana, pieczywo razowe czy razowy makaron. Dobrym sposobem jest jedzenie płatków owsianych, na przykład w muesli (niesłodzonym) lub owsiance.

Ryzyko przedwczesnego zgonu zarówno z powodu nowotworów jak i chorób układu sercowo-naczyniowego rośnie wraz z ilością przetworzonego mięsa w diecie. Ogranicz mięso czerwone i przetwory mięsne do 500 g w tygodniu na rzecz mięsa drobiowego, ryb, nasion roślin strączkowych i jaj.

Zmniejszenie ryzyka chorób, w tym nowotworów układu pokarmowego, poprzez ograniczanie ilości wędlin w Twojej diecie. Przetwory mięsne często zawierają dużo soli i niezdrowego tłuszczu. Tłuste ryby morskie są źródłem kwasów nienasyconych omega-3, które chronią przed miażdżycą, czyli przed zawałem serca i udarem mózgu. Zaleca się spożycie ryb dwa razy w tygodniu (np. łosoś, śledź, morszczuk, makrela, sardynka, dorsz).

Produkty mleczne, takie jak mleko, kefir, jogurty i ser, zawierają dużo wapnia, który jest dobry dla kości i zębów. Zawierają również wiele innych witamin, składników mineralnych i białka. Wybieraj niesłodzone i chude.

Uzupełnieniem diety powinna być niewielka ilość tłuszczów pochodzenia roślinnego (oliwa, olej rzepakowy, słonecznikowy oraz orzechy, nasiona czy pestki). Ryzyko chorób układu krążenia zmniejsza się, gdy część niezdrowego tłuszczu pochodzenia zwierzęcego zostaje zastąpiona zdrowszym tłuszczem roślinnym.

Podstawy zdrowego odżywiania:

Należy zamieniać:

- przetworzone produkty zbożowe (np. jasne pieczywo, słodkie płatki śniadaniowe) na pełnoziarniste;
- mięso czerwone i przetwory mięsne na ryby, drób, jaja, nasiona roślin strączkowych i orzechy;
- słodkie napoje na wodę;
- tłuszcze zwierzęce na tłuszcze roślinne (oleje np. rzepakowy, oliwa z oliwek);
- produkty mleczne pełnotłuste na niskotłuszczowe (mleko, jogurt, kefir, maślanka, biały ser);
- smażenie, grillowanie na gotowanie, w tym na parze, duszenie lub pieczenie.

Pewnych produktów powinniśmy unikać.

Należy ograniczać spożycie:

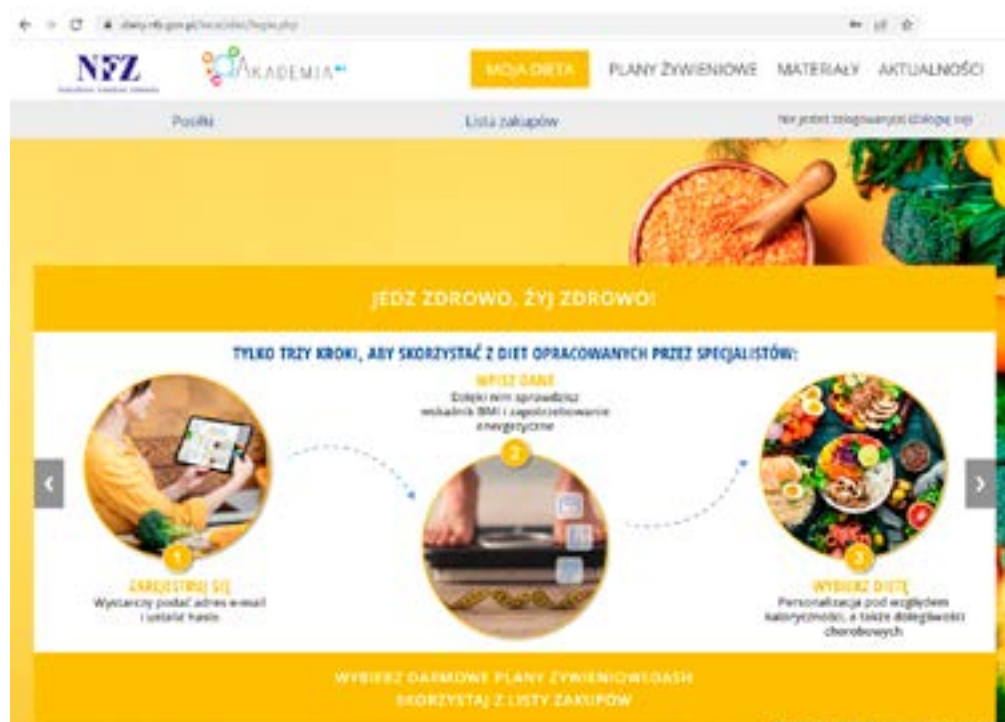
- soli,
- mięsa czerwonego i przetworów mięsnych (m.in. kielbas, wędlin, boczku),
- cukru i słodzonych napojów,
- produktów przetworzonych (takich jak: fast food, słone przekąski, herbatniki, batony, wafelki) z dużą zawartością soli,
- cukrów i tłuszczów.

Należy zachowywać równowagę energetyczną, jedząc to, czego się potrzebuje, ale nie więcej i nie mniej. Zarówno za mało, jak i za dużo jedzenia może prowadzić do problemów zdrowotnych.

Należy również pamiętać o nawodnieniu organizmu. Woda jest głównym składnikiem naszego ciała. Jej ilość w organizmie waha się w granicach 45–75% jego masy i zależy od płci, budowy ciała, wieku oraz stanu fizjologicznego. Stanowi naturalne środowisko wszelkich procesów życiowych zachodzących w komórkach.

Jako narzędzie wspierające pacjentów polecamy:

- <https://diety.nfz.gov.pl/>



Na tym bezpłatnym portalu znajdują się plany z żywieniowe w kilku różnych wartościach kalorycznych (1200, 1500, 1800, 2500, 3000 kcal), m.in. dla osób z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym i inne, oparte na diecie DASH. Odżywianie się według jej zasad daje wiele korzyści zdrowotnych, które możemy zaobserwować już po kilku tygodniach jej stosowania. Jest zalecana przez wiele towarzystw naukowych, m.in. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, czy Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego.

Nadwaga i otyłość

Odsetek otyłych dorosłych od lat w Polsce systematycznie rośnie. Prognozuje się, że w 2025 roku otyłych będzie już 26% kobiet i 30% mężczyzn.

Oba terminy **otyłość** oraz **nadwaga** są definiowane jako nadmierna ilość tkanki tłuszczowej, jaka została zgromadzona w organizmie co związane jest z nieprawidłowym modelem odżywiania polegającej na wysokiej konsumpcji produktów wysokokalorycznych, zmianą stylu życia czyli m.in. zmniejszenie aktywności fizycznej. Problem ten dotyczy każdej grupy wiekowej, bez względu na wiek, płeć i rasę. **Nadwaga** to stan poprzedzający otyłość czyli tzw. przedotyłość. Otyłość stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia, przekraczające jego fizjologiczne potrzeby. **Otyłość** to zaburzenie równowagi pomiędzy podażą energii a jej wydatkowaniem.

Czynniki wpływające na nadwagę/otyłość:

- **Genetyczne** - osoby obciążone „genem otyłości” są obciążone dwa razy większym ryzykiem rozwoju otyłości.
- **Środowiskowe** - niewłaściwe nawyki żywieniowe, łatwiejszy dostęp do żywności typu fast food, słodczy, napojów słodzonych i zbyt niskie spożycie warzyw i owoców, nieodpowiednia dieta, niski poziom aktywności fizycznej, przewlekły stres, niewłaściwy bilans energetyczny
- **Behawioralne** - niezadowolenie z własnego ciała, zachowania bulimiczne, napady impulsywnego jedzenia, czynniki emocjonalne, psychiczne

Jednak wspólnym mianownikiem w rozwoju otyłości jest długotrwałe zaburzenie bilansu energetycznego, czyli sytuacja, w której energia spożyta przekracza energię wydatkowaną. Na powstanie dodatniego bilansu energetyczny może wpływać wiele aspektów tj.:

- rozwój cywilizacyjny, czyli siedzący tryb życia, niedostateczna aktywność fizyczna połączona z nadwyżką energii pochodzącej z pożywiania;
- zwiększona gęstość energetyczna diety – tzw. „dieta zachodnia” – nadmierne spożycie tłuszczu ogółem, tłuszczów zwierzęcych, cukrów rafinowanych, żywności wysoko przetworzonej;
- nieświadome spożywanie kalorii;
- nieprawidłowe nawyki żywieniowe;
- zaburzenia odżywiania;
- czynniki psychologiczne (stres, napięcie emocjonalne, depresja); sposób odżywiania się kobiet ciężarnych;
- sposób odżywiania w okresie niemowlęcym i dziecięcym;
- rodzinne skłonności do otyłości;
- czynniki genetyczne (np. choroby: zespół Pradera-Williego, zespół Cohena, zespół Bardeta-Biedla);
- uszkodzenie jąder brzuszno-przysłankowych podwzgórza (otyłość pochodzenia podwzgórzowego);
- przyczyny endokrynologiczne (np. niedoczynność tarczycy, zespół wielotorbielowatych jajników, hiperinsulinizm, niedobór hormonu wzrostu);
- przyjmowanie niektórych leków (np. trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, sole litu, pochodne sulfonilomocznika, insulina, kortykosteroidy).

Najbardziej znanym i powszechnie stosowanym wskaźnikiem oceniającym masę ciała jest wskaźnik masy ciała tzw. BMI (Body Mass Index)

$$BMI = \frac{\text{masa}}{(\text{wzrost})^2}$$

Wyniki BMI są interpretowane następująco:

- < 16,0 – wygłodzenie,
- 16,0–16,99 – wychudzenie,
- 17,0–18,49 – niedowaga,
- 18,5–24,99 – wartość prawidłowa,
- 25,0–29,99 – nadwaga,
- 30,0–34,99 – I stopień otyłości,
- 35,0–39,99 – II stopień otyłości (otyłość kliniczna),
- ≥ 40,0 – III stopień otyłości (otyłość skrajna).



Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi WHO **nadwagę i otyłość** stwierdza się na podstawie wartości wskaźnika **BMI**, który wylicza się wg wzoru: $BMI = (\text{masa ciała w kg}) / (\text{wzrost w m})^2$

Jego optymalna wartość mieści się w przedziale 18.5 - 24.99

Do określania otyłości brzusznej można zastosować pomiar obwodu talii niezależnie od wzrostu czy obwodu bioder. O otyłości mówimy jeśli pomiar wynosi ≥ 80 cm u kobiet i ≥ 94 cm u mężczyzn.

Innym wskaźnikiem służącym do oceny nadwagi i otyłości jest **współczynnik WHR** określający stosunek obwodu pasa do obwodu bioder. Stanowi on wskaźnik dystrybucji tkanki tłuszczowej w ciele człowieka i jest wyznacznikiem określającym typ otyłości (otyłość brzuszna bądź pośladkowo-udowa).



$$WHR = \frac{\text{obwód talii}}{\text{obwód bioder}}$$

Otyłość brzuszną rozpoznajemy, gdy $WHR > 0,8$ u kobiet i $> 1,0$ u mężczyzn.

Nadmierna masa ciała, to nie tylko kwestia wyglądu, ale również wielu konsekwencji zdrowotnych, mających m.in. wpływ na jakość codziennego życia.

Do głównych problemów i konsekwencji zdrowotnych nadwagi i otyłości zaliczamy, m.in.:

- cukrzycę typu 2,
- choroby układu krążenia,
- dyslipidemie,
- choroby układu oddechowego (zespół bezdechu nocnego, zespół hipowentylacyjny),
- niektóre nowotwory złośliwe (hormonozależne oraz przewodu pokarmowego),
- zwyrodnieniowe choroby układu ruchu (choroby zwyrodnieniowe kości i stawów, choroby kręgosłupa),
- problemy psychologiczne (tj. depresja, zaburzenia odżywiania).

Warto pamiętać, że stopień ryzyka określonych chorób i zaburzeń zależy od ilości dodatkowej masy ciała, lokalizacji tłuszczu, ilości wzrostu masy ciała oraz poziomu aktywności fizycznej.

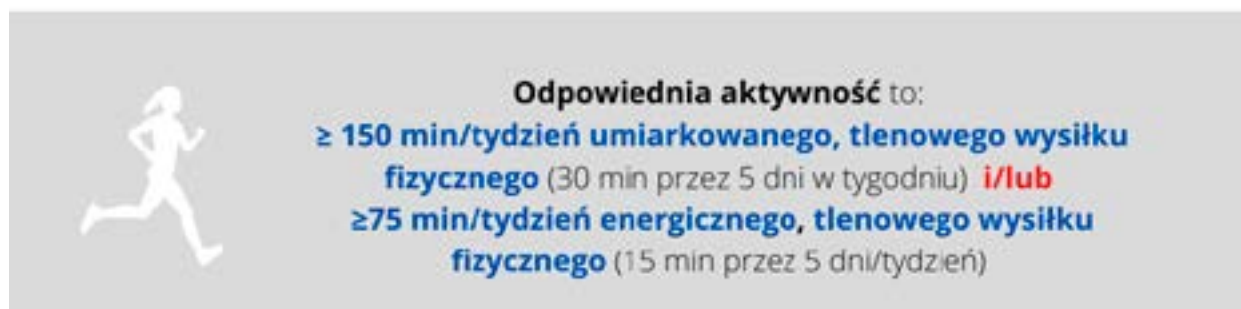
Metody redukcji masy ciała/ Leczenie [46]:

- leczenie dietetyczne – zalecana jest dieta niskokaloryczna (niskoenergetyczna, redukcyjna) dostosowana do płci, wieku, aktywności fizycznej, stanu fizjologicznego, chorób towarzyszących;
- terapia behawioralna - praca nad negatywnymi nawykami, które w codziennym życiu wykształcił pacjent, poprawia przestrzeganie zaleceń dietetycznych zmniejszających energetyczność posiłków oraz wpływa na zwiększenie aktywności fizycznej;
- zmiana stylu życia, w tym:
 - o zwiększenie aktywności fizycznej,
 - o zmianę nieprawidłowych nawyków żywieniowych;
- leczenie farmakologiczne - farmakoterapia w leczeniu nadwagi lub otyłości powinna być stosowana tylko jako dodatek do terapii zmieniającej styl życia, a nie jako jedyna interwencja;
- chirurgiczne (operacja bariatryczna) - wskazaniem do takiego postępowania może być $BMI > 40$ lub $BMI > 35 \text{ kg/m}^2$ z dużym ryzykiem chorób towarzyszących, które zagrażają życiu chorego (np. nadciśnienie, niewydolność oddechowa,
- cukrzyca typu 2, powikłania zatorowo-zakrzepowe), oraz nieskuteczność wszystkich zachowawczych metod.

Aktywność fizyczna

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. WHO) **aktywność fizyczną** definiujemy jako ruch ciała wywołany przez mięśnie szkieletowe, który wymaga energii [47].

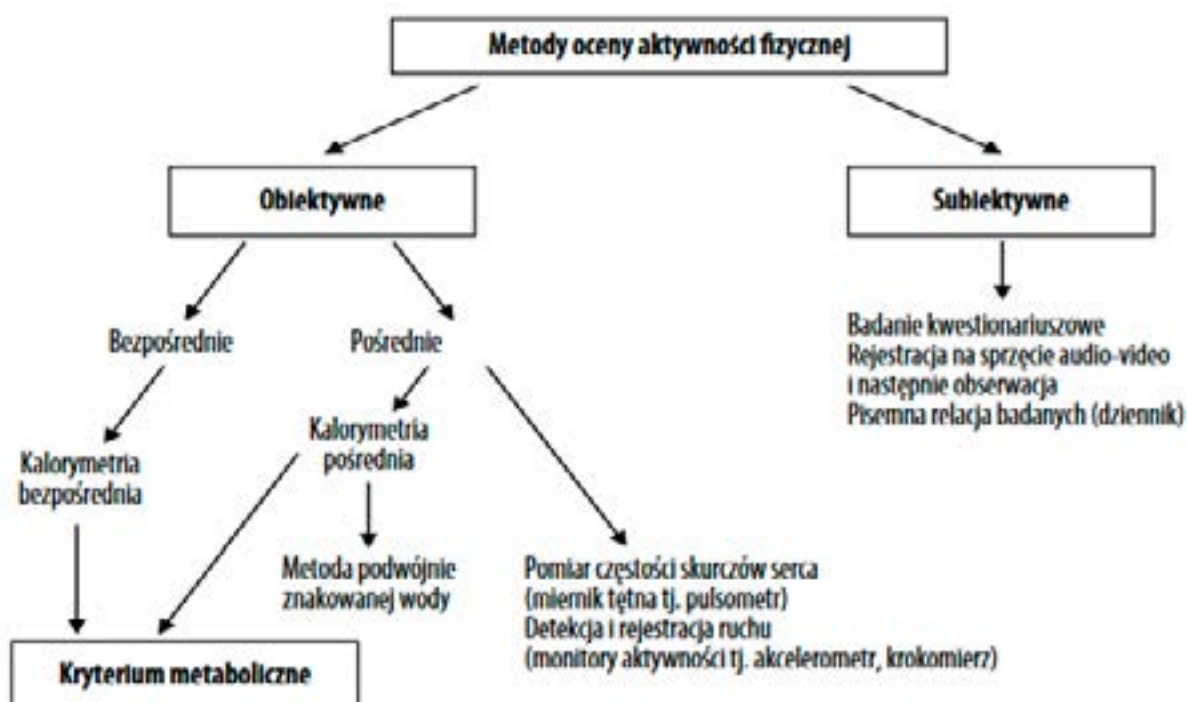
Aktywność fizyczna jest kluczowym czynnikiem w promocji zdrowia i profilaktyce chorób przewlekłych. Regularna aktywność fizyczna obniża ryzyko zgonu oraz niepożądanych zdarzeń zdrowotnych zarówno u osób z chorobami sercowo-naczyniowymi, czynnikami ryzyka, jak i u osób zdrowych [48].



W Polsce rekomendacje co do ruchu o umiarkowanej intensywności ≥ 30 min/dobę przez 5 dni w tygodniu (150 min/tydzień) lub przez 5 dni w tygodniu intensywnego wysiłku (75 min/tydzień) przestrzega 18% mieszkańców w wieku 15 i więcej lat [49]

Określenie poziomu aktywności fizycznej następuje w oparciu o informacje dotyczące rodzaju, częstotliwości, intensywności i czasu trwania aktywności fizycznej podejmowanej w określonym przedziale czasowym (tygodniowym, miesięcznym lub rocznym). Zazwyczaj największy nacisk kładzie się na ocenę aktywności fizycznej podejmowanej w czasie wolnym, choć aktywność fizyczna to również wszelkie czynności domowe, aktywność fizyczna w pracy zawodowej lub działania związane z przemieszczaniem się, zatem należy je również uwzględnić podczas rutynowego monitorowania aktywności fizycznej [50].

W celu oszacowania aktywności fizycznej stosuje się metody obiektywne i subiektywne.



RYCINA. 17 METODY OCENY AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ.

ŹRÓDŁO: NIEDOSTATECZNY POZIOM AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ W POLSCE JAKO ZAGROŻENIE I WYZWANIE DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO. RAPORT KOMITETU ZDROWIA PUBLICZNEGO PAN, NIZP PZH, 2021, S. 123

Korzyści z aktywności fizycznej:

- dotlenienie organizmu,
- utrzymanie prawidłowej masy ciała,
- poprawa nastroju i samopoczucia,
- wzmocnienie siły mięśni, lepsza kondycja, równowaga i koordynacja ruchowa,
- wydajniejsza praca mózgu, lepsza pamięć i koncentracja,
- pozytywny wpływ na układ krążenia,
- utrzymanie dobrej kondycji stawów.

Regularny wysiłek zwiększa wydolność organizmu oraz zmniejsza zapadalność na wiele chorób oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia: zawału serca, udaru, zachorowania na cukrzycę typu II, ryzyko na niektóre nowotwory np. raka jelita grubego, raka piersi i trzonu macicy oraz ryzyko osteoporozy!

Stres i depresja

Termin "stres" pochodzi z fizyki i odnosi się do różnego typu napięć, nacisków lub sił, które działają na system.

Stres to relacja między umiejętnościami radzenia sobie jednostki, a wymogami stawianymi przez otoczenie (Carles Spirlberg). Wszędzie tam, gdzie bierzemy udział w wydarzeniach, które zakłócają naszą równowagę, obciążają lub przekraczają nasze zdolności do skutecznego poradzenia sobie mamy do czynienia ze stresem.

STRES = małe wsparcie + duże ograniczenia + wysokie wymagania

Rozróżniamy 3 fazy stresu:

- Pierwsza – faza mobilizacji. Organizm w stanie mobilizacji przybiera formę obronną. Następuje szybka odpowiedź organizmu na stresor, zwiększa się odporność na ból oraz przyspiesza funkcje organizmu. Dochodzi do podwyższenia ciśnienia tętniczego krwi oraz wzrostu temperatury ciała.
- Druga – faza adaptacji. Organizm uczy się radzić ze stresem oraz działa na zasadzie ucieczki lub ataku. Komórki nerwowe w mózgu otrzymują impulsy o oddziaływaniu stresora na organizm.
- Trzecia – faza wyczerpania. Jeżeli faza mobilizacji i adaptacji trwają zbyt długo organizm pod wpływem stresora wchodzi w fazę wyczerpania. Dochodzi do stanu, kiedy organizm nie jest już w stanie się mobilizować wobec stresora. Przewlekła sytuacja stresowa doprowadza do osłabienia odporności, wystąpienia zaburzeń psychicznych oraz innych poważnych zaburzeń organizmu.

W momencie wystąpienia sytuacji wywołującej stres, organizm wytwarza hormon adrenaliny i kortyzolu, które stymulują organizm. Wszystko po to, by być gotowym do walki lub ucieczki. Hormony oddziałując na nasz układ krążenia, przyspieszają rytm serca, podnoszą ciśnienie krwi oraz zwężają naczynia krwionośne.

Kortyzol bierze udział w metabolizmie lipidów, białek i glukozy. Reguluje pracę układu odpornościowego. Zbyt niski lub zbyt wysoki poziom kortyzolu zaburza prawidłowe funkcjonowanie organizmu, dlatego warto zbadać jego poziom. Badanie kortyzolu można wykonać z krwi, moczu oraz śliny

Warto wiedzieć, że nie każdy stres jest szkodliwy. Stres może spełniać pozytywną funkcję, gdyż w pewnych sytuacjach mobilizuje człowieka do efektywniejszego działania. Taki pozytywny stres określany jest mianem eustresu, a nadmierny stres, powodujący szkody, nazywany jest dystresem.

Analizując poszczególne teorie stresu, można wyciągnąć następujące wnioski:

- Stres jest stanem całego organizmu.
- Jest stanem bardziej ekstremalnym niż stan zwykłego napięcia nerwowego.
- Stres zakłada interakcję organizmu i otoczenia.
- Stres wymaga obecności zagrożenia, które jest spostrzegane i oceniane poznawczo.
- Odpowiedzią na stres jest uruchomienie regulacyjnych funkcji psychiki.

Z punktu widzenia psychologii można wyróżnić trzy nurty w określaniu stresu:

1. stres jako bodziec (stresor) czy wydarzenie o określonych właściwościach;
2. stres jako reakcja, zwłaszcza emocjonalna;
3. stres rozpatrywany w kategoriach relacji między czynnikami zewnętrznymi, a ich odbiorem przez podmiot.

W sytuacji stresu następuje konfrontacja posiadanych przez człowieka przekonań, wartości i umiejętności z wymaganiami, ograniczeniami i zasobami, jakie wnosi sytuacja. Relacja ta określona jest mianem transakcji, ponieważ nie tylko otoczenie wpływa na osobę, ale również osoba wpływa na otoczenie (relacja przebiega w obu kierunkach).

Jak reagujemy na stres?

Stres powoduje zmiany w funkcjonowaniu organizmu w trzech płaszczyznach:

- wskaźników fizjologicznych: przyspieszony puls, rozszerzenie źrenic, wzmożona potliwość, kołatanie serca, napięcie mięśni rąk i nóg, sztywność karku, suchość w jamie ustnej, ucisk w gardle, pobudzenie psychoruchowe, naprzemienne uczucie gorąca i zimna, gonitwa myśli;
- wskaźników psychologicznych: rozdrażnienie, podejrzliwość, wrogość, odczuwanie nieokreślonego lęku, ataki złości, apatia, przygnębienie, poczucie osamotnienia, trudności z podejmowaniem decyzji, zachwiane poczucie własnej wartości;
- wskaźników behawioralnych (zmiany w zachowaniu): zwiększona pobudliwość, tiki nerwowe, impulsywność działania, utrata apetytu lub uczucie ciągłego głodu, zaburzenia snu (bezsenność lub wzmożona senność), nagłe wybuchy gniewu lub płaczu, podatność na wypadki, nadużywanie alkoholu, nadmierne palenie, konfliktowość, brak satysfakcji z wykonywanej pracy, obniżona wydajność.

Ważne jest, aby w czasie szczególnego narażenia na stres nie szukać rozwiązania w alkoholu, papierosach czy w innych używkach. One nie likwidują stresu tylko go przytłumiają, działają krótko i niosą dodatkowe problemy zdrowotne.

Konsekwencje stresu chronicznego

Chroniczny stres, czyli stres doświadczany permanentnie lub często może przyczyniać się do powstawania wielu chorób. Do najczęstszych należą: wrzody żołądka i dwunastnicy, nadciśnienie, choroby serca, cukrzyca, migreny, artretyzm, astma, zaburzenia snu, anoreksja nerwowa, bulimia, schorzenia skóry (np. pokrzywka, opryszczka, egzema, łuszczyca), zaburzenia popędu płciowego u mężczyzn, zaburzenia menstruacyjne u kobiet.

Codzienne życie pokazuje, że nie jesteśmy w stanie uniknąć stresu. To, w jaki sposób będziemy radzić sobie z nim, zależy w dużej mierze od nas samych. Warto uzmysłowić sobie, że to nie sam stres, lecz nasza reakcja na niego, jest tym, co może nam zaszkodzić.

Polecamy:



- DepresJA – Kompendium wiedzy dla pacjenta, gdzie zawarto m.in. informacje jak radzić sobie ze stresem: <https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/DepresJA-kompendium-wiedzy-dla-pacjenta.pdf>



- Profilaktyka stresu - <https://www.youtube.com/watch?v=wutmDHm5mcl>

NARZĘDZIA WSPIERAJĄCE EDUKACJĘ WYPRACOWANE W POZ PLUS

W ramach projektu POZ PLUS zaplanowano szereg narzędzi wspierających realizatorów pilotażu w wykonywaniu zadań związanych z koordynacją opieki, w tym komponentu związanego z realizacją profilaktycznych świadczeń bilansowych, m.in.:

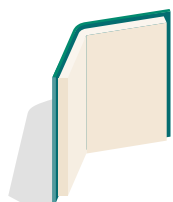


Nagrano filmy edukacyjne dla personelu świadczeniodawców z cyklu „Jak przygotować się do organizacji opieki koordynowanej w jednostce POZ” - <https://koordynowana.nfz.gov.pl/filmy/>, poświęcone m.in. identyfikacji pacjentów do bilansów zdrowia, zapraszania do programów medycznych, organizacji pracy w przychodni, tworzeniu efektywnego zespołu, komunikacji, edukacji dla pacjentów, i inne.

Opracowano publikację pt. „Komunikacja interpersonalna i w social mediach – wskazówki dla realizatorów pilotażu opieki koordynowanej POZ PLUS” - <https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/Komunikacja-interpersonalna-i-w-social-mediach.pdf>, która zawierała zestaw praktycznych wskazówek dla podmiotów leczniczych w zakresie zachęcania pacjenta do udziału w badaniach profilaktycznych, ale również wskazówek dotyczących codziennej, podstawowej rozmowy między pacjentem a personelem medycznym.

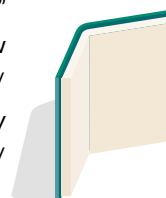


Opracowano 2 publikacje dotyczące depresji, dla pacjenta i dla lekarza POZ:



- „Depresja – kompendium wiedzy dla pacjenta” <https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/DepresJA-kompendium-wiedzy-dla-pacjenta.pdf> - E-book dla wszystkich, którzy odczuwają smutek i przygnębienie od dłuższego czasu.
- „Zapobieganie, wykrywanie i leczenie depresji na poziomie POZ” <https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/Zapobieganie-wykrywanie-i-leczenie-depresji-POZ.pdf> - publikacja zawiera informacje przydatne dla lekarzy rodzinnych w rozpoczynaniu diagnostyki i leczenia pacjentów chorujących na depresję.

Opracowano publikację pt. „Indywidualny program odżywiania dla pacjentów z zespołem metabolicznym” składającą się z 5-dniowych jadłospisów o zróżnicowanej kaloryczności opracowanych przez dietetyków zatrudnionych w placówkach POZ PLUS: <https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/Indywidualny-program-odzywiania-dla-pacjentow-z-zespolem-metabolicznym.pdf>. Ebook wzbogacony został filmami pokazującymi przygotowanie wybranych posiłków: <https://www.youtube.com/watch?v=gThxeuuxmYw&list=PLJ-sGvJA0Uu8JDJ38z4HLOVfEN7pPN9y>



Opracowano filmy edukacyjne:



- Serię filmów instruktażowych pokazujących jak prawidłowo przyjmować leki wziewne, jak prawidłowo przyjmować insulinę, jak zaplanować i realizować terapię wielolekową, jak przygotować się do wizyty lekarskiej lub teleporady oraz jak prawidłowo czytać etykiety i liczyć kalorie. Każdy z filmów opatrzony został komentarzem eksperta: https://www.youtube.com/playlist?list=PLJ-sGvJA0Uu_xbtoF85tHTbLSBrK4XayV
- Serię filmów pod wspólnym tytułem „Aktywuj zdrowie” prezentującą zestawy ćwiczeń dla osób początkujących, średniozaawansowanych i zaawansowanych mające na celu zwiększyć aktywność fizyczną widzów: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLJ-sGvJA0Uu95EXZd4SDDE2KBnBCOtOhs>
- Serię filmów pod wspólnym tytułem „Kuchenne inspiracje” prezentowane przygotowanie wybranych posiłków: https://www.youtube.com/playlist?list=PLJ-sGvJA0Uu_Trkk3xTp4alME2Mw8HXiv

Aplikacje edukacyjne, w tym mobilne, w zakresie konkretnych schorzeń przewlekłych:

- Aplikacja Moje Fizjo Plus to aplikacja dla osób borykających się z zespołami bólowymi barku, biodra, lub kręgosłupa. Aplikacja oprócz automasażu proponuje również zestaw ćwiczeń, które użytkownik może dopasować do swoich preferencji i wykonywać w domu aby zmniejszyć lub wyeliminować ból i przywrócić





sprawność. Strona aplikacji: <https://mojefizjo.nfz.gov.pl/>

- Aplikacja Moje Zdrowie Plus to aplikacja dla osób cierpiących na POChP, nadciśnienie tętnicze, niedoczynność tarczycy, cukrzycę typu 2 lub chorobę niedokrwienną serca. Aplikacja wspiera użytkownika w opiece w chorobie przewlekłej. Użytkownik może zapisywać swoje pomiary, monitorować dietę i aktywność fizyczną lub monitorować przyjmowanie leków. Strona aplikacji: <https://mojezdrowie.nfz.gov.pl>.

9

WNIOSKI I REKOMENDACJE



Edukacja zdrowotna jest niezbędnym elementem opieki zdrowotnej realizowanej w POZ, bez którego proces leczenia jest niemożliwy.

Edukacja zdrowotna to proces zespołowy, realizowany przez wszystkich członków zespołu POZ oraz wymaga wsparcia kadry kierowniczej (zarządzającej) placówką POZ.



Z uwagi na brak wystarczającej ilości czasu na realizację edukacji w usystematyzowany sposób, zasadnym jest wyznaczenie osoby pełniącej funkcję promotora/edukatora zdrowia, w celu wzmocnienia skuteczności edukacji.

Oprócz wiedzy medycznej/merytorycznej, edukator powinien mieć odpowiednie cechy osobowości oraz posiadać kompetencje umożliwiające komunikację i budowanie dobrych relacji z pacjentami.



Edukacja zdrowotna powinna być elementem indywidualnego planu opieki nad pacjentem.

Funkcję edukatora zdrowotnego mógłby pełnić jednocześnie koordynator opieki POZ.



Pilotaż POZ Plus pozwolił usystematyzować realizację edukacji zdrowotnej (m.in. dzięki kwestionariuszowi bilansowemu, IPPZ/IPOM, wyodrębnionym wizytom edukacyjnym).

Aby zachęcić pacjenta do udziału w edukacji, należy ją „sprofilować” – wskazać pacjentowi jej zakres, nie traktować jej jako pogadanka.



10

SPIS RYCIN
I TABEL

RYCINY

RYCINA 1. CELE OPIEKI ZDROWOTNEJ WYNIKAJĄCE Z USTAWY O PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	8
RYCINA 2. DETERMINANTY ZDROWIA	12
RYCINA 3. TĘCZOWY MODEL DETERMINANTÓW ZDROWIA	12
RYCINA 4. FILARY ZDROWIA	13
RYCINA 5. PROCES EDUKACJI ZDROWOTNEJ	22
RYCINA 6. PILOTAŻ POZ PLUS	24
RYCINA 7. EDUKACJA ZDROWOTNA ZORIENTOWANA NA ZDROWIE	27
RYCINA 8. EDUKACJA ZDROWOTNA ZORIENTOWANA NA CZYNNIKI RYZYKA	27
RYCINA 9. EDUKACJA ZDROWOTNA ZORIENTOWANA NA CHOROBE	28
RYCINA 10. EDUKACJA POBILANSOWA - ODSETKI PACJENTÓW PO BILANSIE ZDROWIA OBJĘTYCH EDUKACJĄ	32
RYCINA 11. ODSETKI PACJENTÓW OBJĘTYCH WIZYTAMI EDUKACYJNYMI PO BILANSACH ZDROWIA I W RAMACH DMP W PODZIALE NA WIELKOŚĆ I OBSZAR PODMIOTÓW	33
RYCINA 12. ZMIANA PARAMETRÓW SAMOOCENY PACJENTA ORAZ MASY CIAŁA I CIŚNIENIA TĘTNICZEGO PACJENTA- BILANS ZDROWIA VS. WIZYTY KONTROLNE	34
RYCINA 13. ŹRÓDŁO INFORMACJI NA TEMAT PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ MAJĄCEJ NA CELU ZAPOBIEGANIE CHOROBOM POPRZECZ ICH WCZESNE WYKRYCIE I LECZENIE	36
RYCINA 14. POWODY OGRANICZAJĄCE REALIZACJĘ WIZYT EDUKACYJNYCH	48
RYCINA 15. POWODY OGRANICZAJĄCE REALIZACJĘ WIZYT EDUKACYJNYCH WEDŁUG WIELKOŚCI PODMIOTU	49
RYCINA 16. SCHEMAT POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM - USTALENIE STATUSU PALACZA	57
RYCINA 17. METODY OCENY AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ.	69

TABELE

TABELA 1. CHARAKTERYSTYKA MODELI EDUKACJI ZDROWOTNEJ.	28
TABELA 2. MODELE EDUKACJI ZDROWOTNEJ W POZ PLUS.	29
TABELA 3. EDUKACJA W POZ PLUS.	32
TABELA 4. PERSONEL PEŁNIĄCY FUNKCJĘ EDUKATORA WRAZ Z INFORMACJĄ O KWALIFIKACJACH DODATKOWYCH.	46
TABELA 5. POWODY UTRUDNIAJĄCE REALIZACJĘ WIZYT EDUKACYJNYCH - DANE SZCZEGÓŁOWE WG. ODPOWIEDZI Z WYKORZYSTANIEM 7-STOPNIOWEJ SKALI LIKERTA.	47
TABELA 6. POWODY UTRUDNIAJĄCE REALIZACJĘ WIZYT EDUKACYJNYCH - DANE W PODZIALE NA WIELKOŚĆ PLACÓWKI POZ PLUS, DLA 5 PRZEDZIAŁÓW ISTOTNOŚCI.	49
TABELA 7. CHARAKTERYSTYKA CZYNNIKÓW RYZYKA.	53
TABELA 8. RANKING CZYNNIKÓW RYZYKA STANDARYZOWANYCH WZGLĘDEM WIEKU ZWIĄZANYCH Z OBCIĄŻENIEM CHOROBOWYM NA PODSTAWIE WARTOŚCI DALY NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW ORAZ ZE ZGONAMI W NA PODSTAWIE WARTOŚCI WSPÓŁCZYNNIKA ZGONÓW NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW - W POLSCE U OBU PŁCI W ROKU 2019.	54

11

BIBLIOGRAFIA

1. The World Bank Group, Opieka koordynowana: Projekt modeli do programu pilotażowego Strategia wdrożenia", 2017, https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2017/10/strategia_final.pdf
2. Rezner A., Rezner W., Kosecka J., 2013, Edukator zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej jako szansa na podniesienie poziomu promocji zdrowia i profilaktyki w Polsce, *Probl Hig Epidemiol*, 94 (3), s. 407-412.
3. Praca zbiorowa pod redakcją dr n. o zdr. Grzegorz Bejdadr hab. n. o zdr. Jolanta Lewkoprof. dr hab.n. med.Elżbieta Krajewska-Kułak, Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka, 2020, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Bruening RA, Coronado F, Auld ME, Benenson G, Simone PM. Health Education Workforce: Opportunities and Challenges. *Prev Chronic Dis*. 2018;15:E89,
5. Gold RS, Miner KR; 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. *J Sch Health*. 2002 Jan;72(1):3-7
6. Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka. 2021 wydanie 1, Woynarowska Barbara ISBN:9788301192044
7. B. Woynarowska. Zdrowie i czynniki je warunkujące. W: Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania. Red. B. WOYNAROWSKA et al. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2010, s. 234.
8. Z. Słońska, M. Misiuna; Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów, Warszawa, Agencja Promo-Lider, 1993
9. J. B. Karski, A. Kozierkiewicz, Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku, Kraków 2001.
10. Lalonde M., A new perspective on the health of Canadians: a working document, Health and Welfare Canada, Ottawa 1974
11. Edukacja zdrowotna w szkole. Podręcznik dla nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjalnych i średnich, pod redakcją Ewelina Wierzejska, Ida Laudańska-Krzemińska, Poznań 2015, s. 7
12. Woynarowska B.: Narodowy Program Zdrowia – ewolucja, możliwość realizacji. [W:] Karski J. B. (red.): Promocja zdrowia. Warszawa: IGNIS, 1999, str. 88-92.
13. Janusz Szymborski, Interdyscyplinarna Szkoła Promocji Zdrowia Seniorów <http://www.senior.inicjatywy.org/wp-content/uploads/2015/01/6-prof-Szymborski-CZYM-JEST-PROMOCJA-ZDROWIA.pdf>, ostatni dostęp 29.12.2021 r.
14. Grażyna Światowy, Edukacja i promocja zdrowia w zachowaniach podmiotów rynku. W: Zdrowie i style życia : wyzwania ekonomiczne i społeczne, Wrocław 2019, 10.34616/23.19.123
15. W. Ciechaniewicz. Pedagogiczne aspekty pracy z pacjentem i jego rodziną. W: Pedagogika. Red. W. Ciechaniewicz, Warszawa, 2008, PZWL, s. 299
16. Lewtak K. Poznańska A. Uwarunkowania prowadzenia edukacji zdrowotnej pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, *Przegl Epidemiol* 2012; 66: 697 – 704;
17. Cianciara D., Miller M., POSTAWY LEKARZY WOBEC EDUKACJI PACJENTA, *PRZEGL EPIDEMIOLOG* 2003;57:531-40
18. Knap M. Ocena przygotowania pielęgniarki do zadań edukacyjnych w placówkach lecznictwa zamkniętego, *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis* nr 25, 27-36; 2006
19. Pabiś M., Slusarska B., Jarosz M, et. Al., Kompetencje pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej w polskim systemie opieki medycznej. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 32/33. 75-85., 2010
20. https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/05/1-Badanie_dot._korzystania_-z_publicznej_opieki_zdrowotnej.pdf
21. Dyskusja panelowa: Kierunki i priorytety promocji zdrowia ogólnie i w odniesieniu do osób starszych szczególnie, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2017; 15 (4) 361
22. Woynarowska B, Woynarowska-Sołdan M. Działania ukierunkowane na profesjonalizację w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej na świecie i w Polsce, *Hygeia Public Health* 2018, 53(3): 221-231
23. Raport badawczy Siemens Healthineers Doświadczenia pacjenta w Polsce, xx, Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej Edra Urban & Partner, Wrocław 2021
24. Komunikacja lekarz – pacjent, Anna Maria Konopka, Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, ISBN 978-83-945105-2-7, Kraków, 2016.
25. Chichirez CM, Purcărea VL. Interpersonal communication in healthcare. *J Med Life*. 2018 Apr-Jun;11(2):119-122. PMID: 30140317; PMCID: PMC6101690.
26. E-book – Komunikacja interpersonalna i w social mediach
27. TRUDNY PACJENT – ZASADY POSTĘPOWANIA I KOMUNIKOWANIA SIĘ Wybrane zagadnienia dla medyków, E-BOOK,

- PZWL, <https://ebook.e-pzwl.pl/lp/trudny-pacjent/> - ostatni dostęp 27.06.2022.
28. Promocja zdrowia. Red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz. Wydaw. Czelej, Lublin 2008, s. 128
 29. Diagnoza w resocjalizacji – perspektywy pozytywna vs. negatywna, Teoria vs. praktyka diagnozowania, *Lubelski rocznik pedagogiczny* T. XXXVIII, z. 2 – 2019
 30. <https://zdrowie.pap.pl/slownik/c>, ostatni dostęp: 28.6.2022 r.
 31. <https://toolbox.eupati.eu/resources/czynniki-ryzyka-zwiazane-ze-zdrowiem-i-chorobami/?lang=pl>, ostatni dostęp: 28.6.2022 r.
 32. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019; GBD 2019 Risk Factors Collaborators; *Lancet* 2020; 396: 1223-49
 33. Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, PZH, 2020
 34. Zasady interwencji antytytoniowej, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, 2008 - <https://www.klrwp.pl/strona/132/intervencja-antytytoniowa-2008/pl>
 35. K. Buczkowski, M. Buczkowska, Postępowanie z pacjentem palącym tytoń w warunkach praktyki lekarza rodzinnego, *Forum Medycyny Rodzinnej* 2009, tom 3, nr 2, 108–116
 36. Podręczny przewodnik leczenia uzależnienia od tytoniu dla lekarzy i pielęgniarek, Suplement do nr 4 (134) 2002 *Medycyny Praktycznej*
 37. GUS
 38. http://www.parpa.pl/images/Adaptacja_i_validacja_testu_AUDIT_do_warunk%C3%B3w_polskich.pdf
 39. US Preventive Services Task Force (2018). Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *American Medical Association. JAMA.* 2018;320(18):1899-1909
 40. A. Samochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Samochowiec, Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych? *Alcoholism and Drug Addiction*, Volume 28, Issue 1, 2015, s. 55-63,
 41. Pużyński S., Wciórka J. (red.) „Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne”, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000.
 42. Broszura „Alkohol – czy można pić bezpiecznie”, PARPA, <http://www.parpa.pl/index.php/e-publikacje/category/5-uzaleznienie-od-alkoholu?download=40:alkohol-czy-mozna-pic-bezpiecznie-sprawdz-czy-twoje-picie-miesci-sie-w-granicach-niskiego-ryzyka-szkod-broszura>
 43. <https://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/metody-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu>
 44. <https://planujedlugiezycie.pl/index.php/aktualnosci/promowanie-postaw-prozdrowotnych-regularnej-aktywnosci-fizycznej-i-zdrowych-wyborow-zywniowych/>
 45. <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia-/zasady-zdrowego-zywienia/talerz-zdrowego-zywienia/>
 46. Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, LEKARZ RODZINNY – WYDANIE SPECJALNE 3/2017
 47. <https://ncez.pzh.gov.pl/aktywnosc-fizyczna/aktywnosc-fizyczna-czy-to-tylko-sport/>
 48. Arnett DK i in. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2019 Sep 10;74(10):1376-1414. doi: 10.1016/j.jacc.2019.03.009
 49. Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego. Raport komitetu zdrowia publicznego PAN, NIZP PZH, 2021.



Materiał współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

