



KONSORCJUM NAUKA I ZDROWIE

**PROJEKT PREDEFINIOWANY:
OGRANICZANIE SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU**

realizowany w ramach Programu Operacyjnego PL13

PODDZIAŁANIE 2.3

**MODEL OCENY POTRZEB ZDROWOTNYCH
W SPOŁECZNOŚCIACH LOKALNYCH: METODY I NARZĘDZIA**

RAPORT KOŃCOWY

Redakcja naukowa: Topór-Mądry R

Autorzy:

Topór-Mądry R, Stepaniak U, Doryńska A, Balcerzak B, Malinowska-Cieślik M,
Szczerbińska K, Sitko SJ, Misiowiec E, Brzezicka E, Sowada C, Pająk A

Data opracowania: marzec 2017

MODEL

OCENY POTRZEB ZDROWOTNYCH NA POZIOMIE LOKALNYM

CEL, METODY, NARZĘDZIA

Kraków, 2017

Redakcja naukowa:

Roman Topór-Mądry

Zespół autorski Raportu (alfabetycznie):

Bartosz Balcerzak (zdrowie środowiskowe)
Elżbieta Brzezicka
Chris Bentley
Agnieszka Doryńska
Marta Malinowska-Cieślik (potrzeby zdrowotne dzieci)
Agnieszka Micek
Witostława Misiowiec
Andrzej Pająk
Maciej Polak
Stojgniew J. Sitko
Katarzyna Szczerbińska (potrzeby osób starszych)
Christoph Sowada (ekonomia)
Urszula Stepaniak
Roman Topór-Mądry

Autorzy „Narzędzia do badania potrzeb zdrowotnych w społecznościach lokalnych metodą ankietową”:

Roman Topór-Mądry
Urszula Stepaniak
Agnieszka Doryńska
Bartosz Balcerzak
Katarzyna Szczerbińska
Stojgniew J. Sitko
Andrzej Pająk
Wojciech Drygas
Chris Bentley
Michał Marek
Paweł Goryński
Bogdan Wojtyniak

ISBN: 978-83-65870-01-8

Spis treści

1. Cel badania potrzeb zdrowotnych	5
2. Badania zdrowia i potrzeb zdrowotnych w Polsce i wybranych krajach świata	10
2.1 Wyniki przeglądu międzynarodowego	10
2.2 Oceny potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym (włączając nierówności w zdrowiu) – dotychczasowe doświadczenia w Polsce	24
2.3 Podsumowanie i wnioski dla oceny potrzeb zdrowotnych w Polsce na podstawie międzynarodowych doświadczeń	31
3. Model badania potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym	35
4. Ocena potrzeb zdrowotnych - i co dalej? Ustalanie priorytetów zdrowotnych	48
5. Badanie pilotażowe potrzeb zdrowotnych w wybranych powiatach	55
5.1 Podstawowa charakterystyka terytorialna, demograficzna i zdrowotna.....	56
6. Podstawowe informacje o źródłach danych zdrowotnych w Polsce	109
7. Wskaźniki środowiskowe w badaniu potrzeb zdrowotnych	121
8. Główne elementy oceny potrzeb zdrowotnych osób starszych	134
9. Dostępność świadczeń zdrowotnych w kontekście oceny potrzeb zdrowotnych	139
10. Potrzeby zdrowotne a wyrównywanie nierówności w zdrowiu i dostępie do świadczeń: spojrzenie z perspektywy ekonomii liberalnej	156
11. Ocena efektywności oraz efektywności kosztowej programów zdrowotnych	180
12. Przyszłość oceny potrzeb zdrowotnych w Polsce	207



1. Cel badania potrzeb zdrowotnych

Roman Topór-Mądry

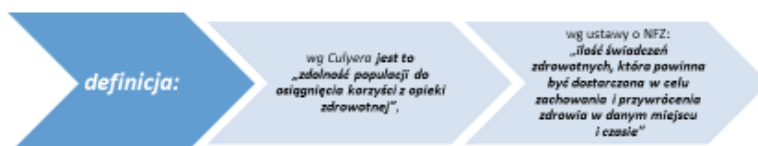
Ocena potrzeb zdrowotnych jest jednym z podstawowych celów analiz w zakresie zdrowia.

Koncepcja potrzeb zdrowotnych jest powiązana z zaspokajaniem tych potrzeb, czyli z usługami zdrowotnymi i zależy od założeń filozoficznych, socjologicznych i ekonomicznych. Wg Culyera jest to zdolność populacji do osiągnięcia korzyści z opieki zdrowotnej. Ustawa o NFZ określa ilość świadczeń zdrowotnych, która powinna być dostarczona by zachować lub przywrócić zdrowie w danym miejscu i czasie. Świadczenia zdrowotne mogą dotyczyć leczenia, rehabilitacji, diagnostyki, w tym wczesnego wykrywania, ale również wszystkich działań związanych z zapobieganiem, prewencją i promocją zdrowia. Jeśli wysiłki w tym zakresie będą obejmować listę kilkuset działań i one pozwolą na to, by wszyscy mieszkańcy, którzy chorują mieli zastosowane najbardziej odpowiednie leczenie oraz nikt nowy nie zachorował, to będzie oznaczać, że takie właśnie były potrzeby zdrowotne tej populacji. W praktyce wiemy, że ta lista jest znacznie większa, że nie mamy możliwości podjęcia wszystkich aktywności, które by były wymagane wg wiedzy naukowej. Z drugiej strony, jeżeli nauka nie daje możliwości zapobiegnięcia chorobie czy pełnego wyleczenia, to z punktu widzenia teorii te elementy nie są potrzebami zdrowotnymi. Również praktycznie takie sytuacje się nie zdarzają: np. w przypadku nieoperacyjnego nowotworu nie ma faktycznie skutecznego leczenia, natomiast jest szereg działań paliatywnych, które powinny być zastosowane i one stanowią element potrzeb zdrowotnych.

Z punktu widzenia programów zdrowotnych, potrzeby będą obejmować aktywności w zakresie zwiększania świadomości, rozpoznawania problemów zdrowotnych oraz te w zakresie wiedzy, czy dostępu do opieki.

Potrzeby zdrowotne - definicje

- Definicja potrzeb zdrowotnych jest:
 - zależna od założeń filozoficznych i socjologicznych,
 - powiązana z zaspokajaniem tych potrzeb, czyli z usługami zdrowotnymi.

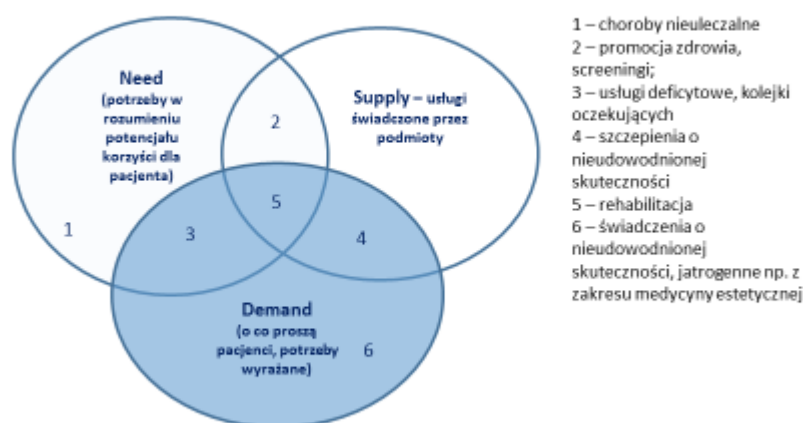


- Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych obejmuje wszystkie elementy poprawy stanu zdrowia oraz zapobiegania wystąpieniu choroby, a więc zarówno procesy diagnozowania, leczenie, promocję zdrowia a nawet modyfikację warunków społecznych.

Koncepcja potrzeb zdrowotnych zakłada, że istnieją się trzy obszary, które w niektórych wymiarach się pokrywają, a w niektórych są od siebie rozdzielne.

Najbardziej obiektywne są potrzeby zdrowotne w rozumieniu potencjału korzyści dla pacjentów (ang. *need*) i odnoszą się one do wiedzy naukowej zbadanych technologii medycznych, które według najlepszych dowodów przynoszą korzyści zdrowotne. Podmioty medyczne świadczą usługi zdrowotne przetestowane w badaniach o różnej wartości dowodowej oraz o różnym poziomie skuteczności (ang. *supply*). Pacjenci mają wobec opieki zdrowotnej różne oczekiwania, są one skierowane w części na świadczenia efektywne klinicznie a niekiedy o nieznanym lub nawet żadnym skuteczności (oczekiwania wyrażane przez pacjentów, ang. *demand*). Wg Wright'a istnieją dobrze określone zależności pomiędzy poszczególnymi obszarami. Dla obszarów „need” oraz „demand” wspólne są takie elementy jak promocja zdrowia (np. skryningi). Dla obszarów „supply” i „demand” wspólnymi elementami są np. szczepienia o nieudowodnionej skuteczności. Rehabilitacja jest elementem zarówno potrzeb związanych z korzyściami dla pacjenta, jak i wyrażanymi oczekiwaniami pacjenta oraz podażą, czyli dostępnymi usługami zdrowotnymi. Obszarem wspólnym dla potrzeb obiektywnych oraz wyrażanych przez pacjenta są usługi deficytowe (kolejki oczekujących). Świadczenia o nieudowodnionej skuteczności lub związane z medycyną estetyczną znajdują się tylko w obszarze oczekiwań pacjenta.

Potrzeby zdrowotne, podaż usług i popyt



Wright, John, Rhys Williams, and John R. Wilkinson. "Health needs assessment: Development and importance of health needs assessment." *BMJ: British Medical Journal* 316.7140 (1998): 1310.

Potrzeby zdrowotne można ocenić przez wskaźniki długości życia, długości życia w zdrowiu i w chorobie, inne wskaźniki epidemiologiczne takie jak umieralność,

chorobowość czy zapadalność, ale także rozpowszechnienie czynników ryzyka, ocenę zdrowia pacjenta przeprowadzoną przez lekarza rodzinnego, czy samoocenę zdrowia pacjenta.

Na potrzeby zdrowotne wpływają zmiany demograficzne, szeroko pojęte czynniki społeczne i środowiskowe, dostępność środków przeznaczanych na zdrowie lub politykę społeczną, zamożność mieszkańców, warunki mieszkaniowe, kapitał społeczny oraz działania w zakresie zdrowia takie jak profilaktyczne działania zdrowotne, realizowane świadczenia medyczne. Determinuje je także rozwój nauki, wzrost świadomości społecznej, ale i oczekiwań (np. chętniej pacjenci oczekują stosowania nowocześniejszych metod, często, choć nie zawsze skuteczniejszych ale również droższych), pojawienie się nowych rekomendacji. Strategie zdrowotne przynoszą zwykle zaspokajanie potrzeb zdrowotnych, choć zdarzają się przypadki, że mogą generować zwiększone potrzeby zdrowotne (np. badania przesiewowe w kierunku chorób o niewielkim zagrożeniu zdrowotnym lub brak akceptacji dla strategii z punktu widzenia mieszkańców prowadzące nawet to bagatelizowania problemów zdrowotnych).

Należy podkreślić, że ocena potrzeb zdrowotnych nie jest tożsama z oceną zdrowia populacji. Celami oceny potrzeb zdrowotnych są:

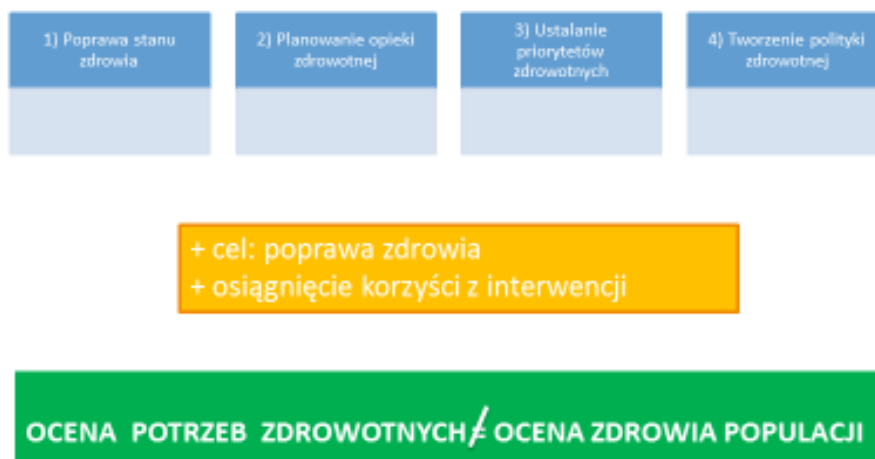
- poprawa stanu zdrowia oraz
- osiągnięcie korzyści z opieki zdrowotnej.

Osiągnięcie tych celów jest możliwe poprzez zaplanowanie modyfikacji czy rozwoju istniejącej opieki zdrowotnej w zakresie usług, infrastruktury czy zasobów kadrowych a nawet finansowych, ustalanie priorytetów zdrowotnych oraz całościowe tworzenie polityki zdrowotnej.

Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych obejmuje procesy na poziomie makro (polityka społeczna) oraz mikro (metody i ich zastosowanie w procesie diagnozowania,

leczenia, rehabilitacji czy promocji zdrowia).

Cele oceny potrzeb zdrowotnych



Ocena potrzeb zdrowotnych to przede wszystkim ocena obiektywna tych elementów stanu zdrowia, które mogą być poprawione przez modyfikację i rozwój opieki zdrowotnej i działań zdrowia publicznego. Ważnym elementem jest możliwość określenia nierówności w zdrowiu, czyli aspektów, które determinują to, że nie wszyscy mieszkańcy mogą skorzystać z istniejących zasobów i działań zdrowotnych w takim samym stopniu. Może to być spowodowane różnicami geograficznymi, w wieku mieszkańców, ale i różnicami w czynnikach społeczno – ekonomicznych związanych z wykształceniem, poziomem ekonomicznym, świadomością zdrowotną itp. Zatem możliwość odnalezienia szczególnie wrażliwych grup populacji i zintensyfikowanie aktywności skierowanych to tych właśnie mieszkańców jest sposobem wyrównywania nierówności w zdrowiu. Planowanie usług jest elementem bezpośrednio wynikającym z oceny potrzeb zdrowotnych, a alokacja środków powinna zostać dokonana z uwzględnieniem największych korzyści zdrowotnych, oczekiwań mieszkańców i realnych możliwości interwencji. Innym istotnym elementem w ocenie potrzeb zdrowotnych jest współpraca międzysektorowa jednostek opieki zdrowotnej, edukacji, pomocy społecznej i innych oraz współdziałanie w rozwoju strategii, która będzie obejmować działania we wszystkich tych obszarach. Strategia musi zatem bezpośrednio odpowiadać na zdiagnozowane potrzeby pacjentów we wszystkich ich

aspektach (obiektywne i subiektywne, uświadomione i nieświadomione, a przede wszystkim niezaspokojone) i wykorzystywać w tym celu praktyki oparte na dowodach.

Zalety oceny potrzeb zdrowotnych

- Ocena obiektywna
- Określenie nierówności w zdrowiu
- Możliwość identyfikacji wrażliwych grup populacji
- Planowanie usług i alokacja środków
- Współpraca międzysektorowej
- Rozwój strategii, która odpowiada na potrzeby pacjentów
- Promocja praktyki opartych na dowodach

2. Badania zdrowia i potrzeb zdrowotnych w Polsce i wybranych krajach świata

Stepaniak U, Doryńska A, Pająk A, Misiowiec W, Topór-Mądry R

W niniejszym rozdziale omówiono wybrane programy oceny potrzeb zdrowotnych (HNA – Health Needs Assessment) przeprowadzone na świecie (w krajach angielskojęzycznych). Wyboru dokonano w krajach o różnych systemach zdrowia, zarówno europejskich i pozaeuropejskich, kierując się przede wszystkim dostępnością dokumentacji programu, w szczególności w zakresie użytych narzędzi oraz szczegółowego raportu, który mógł także umożliwić poznanie zastosowanych modeli oceny, sposobu wyciągania wniosków oraz dalszego postępowania z przeprowadzoną oceną potrzeb zdrowotnych populacji.

W przeglądzie znajdują się przykłady oceny potrzeb z Wielkiej Brytanii (5), Irlandii (1) Stanów Zjednoczonych (6), Kanady (2), Australii (2), Nowej Zelandii (2).

2.1 Wyniki przeglądu międzynarodowego

EUROPA (WIELKA BRYTANIA, IRLANDIA)

W analizowanych raportach, z przeprowadzonych programów oceny potrzeb zdrowotnych, w krajach takich jak Wielka Brytania, Irlandia, cele były generalnie zbliżone i obejmowały poznanie aktualnych potrzeb zdrowotnych lokalnych społeczności, z uwzględnieniem warunków społeczno-ekonomicznych i demograficznych rejonu. Zebrane dane miały też na celu umożliwienie oceny wykorzystania przez mieszkańców istniejących zasobów opieki zdrowotnej oraz zdobycie informacji o tym, jakie usługi czy programy zdrowotne wymagają poprawy i wzmocnienia.

Do zebrania danych korzystano, w różnym zakresie, z danych wtórnych, czyli z istniejących krajowych i lokalnych rejestrów i baz danych. Przykładowe źródła danych wtórnych to rejestry, badania zdrowia ludności, lokalne programy zdrowia publicznego.

Potrzebne dane, które nie były dostępne w wyżej opisanych rejestrach, zbierane były bezpośrednio od mieszkańców. Do uzyskania tych danych stosowane były przygotowane wcześniej metody (kwestionariusze). Czas trwania projektów HNA ogółem był różny, od

kilku miesięcy do ok. 2 lat. Aby umożliwić jak największej liczbie mieszkańców wypełnienie ankiet, były one dostępne nie tylko w formie tradycyjnej - wydrukowane, ale też w wersji elektronicznej (do wypełnienia przy użyciu komputera czy smartfona). Stosowane też były wywiady telefoniczne.

Przed zbieraniem danych od mieszkańców, podejmowano różne działania zachęcające mieszkańców do udziału w badaniu: akcje informacyjne, ulotki (umieszczane na tablicach ogłoszeń różnych organizacji lokalnych, na witrynach sklepowych, w bibliotece czy w przychodniach opieki zdrowotnej), ogłoszenia w lokalnej TV i informacja w radio, artykuły na ten temat w lokalnej prasie. W niektórych projektach aby zwiększyć uczestnictwo mieszkańców, brali oni udział w losowaniu bonów pieniężnych lub otrzymywali nagrody za udział w badaniu.

Różne były sposoby dotarcia z ankietami do mieszkańców. Albo rozdawano je wszystkim zainteresowanym, albo wysyłano pocztą do osób losowo wybranych z rejestru mieszkańców, albo rozmawiano telefonicznie – przeprowadzano wywiad z losowo wybranymi gospodarstwami domowymi w rejonie. Ankiety papierowe były łatwo dostępne w różnych miejscach, aby mogli je wypełnić mieszkańcy z różnych warstw społecznych i w różnym wieku, np. w bankach żywności, domach dla bezdomnych, szkołach, kościołach, itp. Miejsca gdzie badania HNA były przeprowadzane, to np. szpitale, przychodnie zdrowia, domy dla seniorów, ale korzystano także z możliwości zebrania danych podczas wydarzeń szkolnych czy kulturalnych (festiwale).

Ułatwiano mieszkańcom zwrot ankiet poprzez załączone znaczki czy urny na wypełnione kwestionariusze postawione w różnych ogólnodostępnych miejscach. Szczególną uwagę zwrócono na przeprowadzenie badania i uzyskanie danych od grup trudnodostępnych, takich jak bezrobotni, osoby pozostające w domach, np. osoby niepełnosprawne i ich opiekunowie, chorzy psychicznie, młode matki, młodzi ojcowie, mężczyźni, osoby z niższym poziomem wykształcenia, seniorzy, imigranci, rodziny z dziećmi poniżej 18 r.ż.

Przed rozpoczęciem projektów zbierania danych pytania były walidowane w rozmowie z lokalnymi lekarzami rodzinnymi oraz wykonywane były badania pilotażowe.

Inną popularną formą zbierania danych pierwotnych były tzw. grupy fokusowe, gdzie dyskutowano z różnymi przedstawicielami społeczności (z mieszkańcami oraz

świadczeniodawcami, pracownikami szpitali, itp.) o problemach zdrowotnych. Uczestnikom zadawane były pytania, o to co jest największym problemem zdrowia w społeczności, jakie są przyczyny tego stanu, co można zrobić, aby rozwiązać dany problem zdrowotny, czy obecna lokalna opieka zdrowotna spełnia/zaspokaja potrzeby społeczności? W jednym z projektów dane zebrano także poprzez wywiad osobisty (lub online) z liderami powiatu losowo wybranymi z rejestru usługodawców opieki zdrowotnej. Wywiad obejmował przygotowane pytania w kategoriach: definiowanie zdrowia i problemów zdrowotnych, działania organizacyjne dotyczące poprawy stanu zdrowia społeczności, współpraca i pomoc.

W analizowanych projektach HNA liczba i stopień uszczegółowienia pytań były bardzo różne, od bardzo wielu i bardzo dokładnych do bardziej ogólnych.

O co pytano mieszkańców w ankietach? Zbierano następujące dane: osobowe, o statusie społeczno - ekonomicznym, o stanie zdrowia, o chorobach przewlekłych (lista różnych chorób), o stylu życia: palenie papierosów (liczba, palenie bierne, próby rzucania i korzystanie z fachowej pomocy medycznej w rzucaniu palenia), spożywanie alkoholu (częstość picia, przyczyny), masa ciała i ewentualne próby odchudzania przy pomocy diety, dieta (np. częstość spożywania różnych produktów, stosowanie diet), aktywność fizyczna (jaką dana osoba uprawia, a jaką chciałaby uprawiać i przeszkody w tym zakresie), zdrowie seksualne. Osobom, które wskazały, że chorują na daną chorobę przewlekłą, np. cukrzycę, zadawano dodatkowe pytania o sposób leczenia, skuteczność leczenia i problemy związane z tą chorobą. Pytano, czy dana choroba przewlekła lub niepełnosprawność zaburza uczestnictwo w codziennych aktywnościach życiowych. Zbierano informacje o korzystaniu z opieki medycznej (pogotowie, lekarz rodzinny, gabinety prywatne, specjaliści) oraz opinie i ocenę mieszkańców na temat dostępnych usług zdrowotnych.

Pytania o problemy zdrowotne często były tak sformułowane, aby ocenić co zdaniem mieszkańców jest problemem występującym w ich otoczeniu. Pytano o przeszkody w utrzymaniu zdrowia i zdrowego stylu życia, np. niewystarczająca liczba obiektów sportowych w pobliżu, obiekty otwarte w niedogodnym czasie, brak pieniędzy, brak czasu, za mało wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół, bycie przygnębionym.

W ankietach były też dodatkowe i specyficzne pytania dla wybranych grup, np. seniorów 60+, dla kobiet (pytania dotyczące mammografii, cytologii), dla mężczyzn (pytania dotyczące profilaktyki raka prostaty).

Na końcu zazwyczaj zadawano pytania o propozycje własne, co jest zdaniem mieszkańców potrzebne do rozwiązania obserwowanych w społeczności lokalnej najważniejszych problemów zdrowotnych?

Przeprowadzono także osobne ankiety dla dzieci i młodzieży szkolnej będącej w stanie samodzielnie je wypełnić. Pytania w ankiecie dla dzieci dotyczyły: danych ogólnych (klasa, wiek), korzystania z usług zdrowotnych w ostatnim czasie, np. dentysty, okulisty; sposobu odżywiania (np. „jak często jesz dania na wynos, np. pizza, hamburgery”; „czy możesz podać przykład owocu lub warzywa, które jadasz”; „w ubiegłym tygodniu, jak często któryś z twoich rodziców lub opiekunów usiadł i jadł obiad z tobą”), aktywności fizycznej (np. „czy kiedykolwiek otrzymałeś jakieś informacje o tym, jak ważne jest, aby ćwiczyć”; „jak często i gdzie uprawiasz sport”; „co sądzisz o obiektach sportowych w pobliżu twojego domu, np. parki, boiska, itp.?”).

Wyniki oceny potrzeb zdrowotnych: z przeprowadzonych ocen potrzeb zdrowotnych powstały raporty, w których przy pomocy wykresów, tabel i map przedstawiono występowanie ocenianych cech i problemów, ogółem i z podziałem np. na płeć czy wiek. W raportach lub załącznikach do raportu przedstawiano też odpowiedzi na pytania otwarte ankiety poprzez zacytowanie wypowiedzi badanych.

W raportach podsumowano także kluczowe problemy zidentyfikowane podczas spotkań grup fokusowych. Priorytety ustalano różnie i nie zawsze wiadomo w jaki sposób powstała lista kilku problemów uznanych za priorytetowe; w niektórych projektach, problemy priorytetowe były to te, które najczęściej zostały wskazane przez mieszkańców i ich przedstawicieli. Na przykład nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu, nowotwory, depresja, narkotyki, cięższe nieletnich. Uczestnicy grup fokusowych ustalali priorytety zdrowotne np. wspólnie przez konsensus.

W końcowej części niektórych raportów można znaleźć obszerny plan działania i rekomendacje, w odpowiedzi na wyodrębnione problemy społeczności, obejmujące działania na różnych szczeblach, rządowym, regionalnym i indywidualnym. Były to takie

działania, jak np. poprawa zatrudnienia i wykształcenia w regionie, walka z ubóstwem, wprowadzenie dodatkowych programów profilaktycznych, zwłaszcza dotyczących zdrowia jamy ustnej, działania ukierunkowane na wspieranie rodzin i małych dzieci, zrewidowanie programów na temat uzależnienia i korzystania z narkotyków, utrzymanie i poprawę potencjału usług doradczych w zakresie zdrowia psychicznego. W niektórych rekomendowano ustanowienie lub wzmocnienie rad doradczych odbiorców opieki zdrowotnej, powołanie powiatowego 'Health Forum', poprawę dochodów mieszkańców poprzez współpracę w tym zakresie z sąsiednimi powiatami, poprawę dostępu do badań przesiewowych w kierunku nowotworów złośliwych, zmniejszenie częstości występowania otyłości, zwiększenie punktów taniej opieki medycznej, wdrożenie reform w celu poprawy sytuacji z ubezpieczeniem zdrowotnym, poprawę opieki nad przewlekle chorymi, zwłaszcza poprawę samokontroli stanu zdrowia i radzenia sobie z chorobą.

STANY ZJEDNOCZONE

Celami projektów dotyczących oceny potrzeb zdrowotnych prowadzonych na terenie USA były:

- 1) Diagnoza stanu zdrowia mieszkańców (określenie kompleksowego profilu ich stanu zdrowia).
- 2) Diagnoza dotycząca jakości opieki zdrowotnej dostępnej dla mieszkańców oraz jej zasobów, opracowanie 'mapy' regionu i zidentyfikowanie miejsc, w których dostęp do opieki zdrowotnej jest niemożliwy lub utrudniony.
- 3) Określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców (w zakresie zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej).
- 4) Identyfikacja czynników wpływających na zdrowie mieszkańców.
- 5) Rozwijanie programów zdrowotnych.
- 6) Dążenie do poprawy stanu zdrowia mieszkańców poprzez zmniejszenie i eliminację nierówności w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej oraz jakości dostępnych zasobów.

Proces oceny potrzeb zdrowotnych był prowadzony przez jednostki takie jak: organizacje non-profit, uniwersytety, firmy badawczo-konsultingowe. Do zadań tych jednostek

należało pozyskiwanie i gromadzenie danych wtórnych (już zgromadzonych w ramach statystyki publicznej oraz innych baz danych, np. szpitalnych) oraz danych pierwotnych (zbieranych za pomocą kwestionariuszy i wywiadów z członkami społeczności), zabezpieczenie potrzebnych do tego celu środków technicznych i naukowych, opracowanie pozyskanych danych. Zleceniodawcami procesów oceny potrzeb zdrowotnych były natomiast lokalne Departamenty Zdrowia Publicznego, szpitale i przychodnie, lokalni inwestorzy oraz interesariusze, ich rola polegała na ustaleniu zakresu planowanych prac, zapewnieniu źródeł finansowania procesu oraz nadzór nad jego prawidłowym przebiegiem.

W ramach działań wspierających oraz wzmacniających współpracę jednostek lokalnych w procesie oceny potrzeb zdrowotnych mieszkańców nawiązano partnerstwo z lokalnymi liderami zdrowia publicznego, szpitalami non-profit, przedstawicielami lokalnego rządu, uniwersytetów, społeczności oraz organizacji pozarządowych. Powołano lokalne stanowe rady zdrowia (składające się ze świadczeniodawców, nabywców oraz pozarządowych użytkowników zasobów ochrony zdrowia). Utworzono szereg jednostek określonych jako Koalicje na rzecz Zdrowia (Health Coalitions), których zadaniem było między innymi prowadzenie kampanii medialnych propagujących projekty odbywające się w ramach oceny potrzeb zdrowotnych mieszkańców, a także zachęcanie mieszkańców do udziału w przedsięwzięciu oraz pomoc w rekrutacji uczestników badania.

Proces oceny potrzeb zdrowotnych przebiegał w kilku etapach. Pierwszym etapem było zazwyczaj pozyskanie i opracowanie wtórnych danych demograficznych i zdrowotnych zbieranych w ramach istniejącego systemu sprawozdawczości statystycznej. Dane wtórne wykorzystane w procesie oceny potrzeb zdrowotnych uwzględniały: dane dotyczące urodzeń i zgonów pozyskane z lokalnych źródeł ewidencji ludności, rejestrów szpitalnych, oddziałów ratunkowych, rejestrów chorób (np. nowotworów, chorób zakaźnych) oraz dane pochodzące ze spisów ludności. Jeśli to było możliwe, włączano także dane zebrane w ramach prowadzonych wcześniej na danej populacji badań naukowych lub dane dotyczące wybranych wskaźników stanu zdrowia zbierane poprzez funkcjonujące na danym terenie internetowe systemy zbierania takich danych. Szczegółowe dane wtórne dotyczące sytuacji zdrowotnej mieszkańców danego regionu obejmowały między innymi informacje o oczekiwanej długości życia, umieralności, w tym umieralności niemowląt, niskiej masie urodzeniowej niemowląt, odnotowanych komplikacjach okołoporodowych, zdrowiu matek i zdrowiu reprodukcyjnym, dane o urazach i zatruciach występujących na danym obszarze, dane dotyczące zdrowia psychicznego i seksualnego mieszkańców, występowaniu chorób przewlekłych, informacje o zachorowaniach na AIDS i zabójstwach. Wykorzystane w

procesie oceny potrzeb zdrowotnych dane wtórne dotyczące opieki zdrowotnej i korzystania z jej zasobów uwzględniały między innymi: liczbę hospitalizacji w analizowanym okresie, przyczyny hospitalizacji (np. hospitalizacje z powodu chorób przewlekłych, z powodu nadmiernego spożycia alkoholu i przyjmowania narkotyków, urazów i wypadków), długość hospitalizacji, wizyty na oddziałach ratunkowych i w ambulatoriach, dane dotyczące opieki okołoporodowej oraz opieki nad matką i dzieckiem.

Kolejnym etapem w ramach prowadzonych działań były wywiady z interesariuszami kluczowymi dla procesu oceny potrzeb zdrowotnych, takimi jak osoby reprezentujące lokalną społeczność, przedstawicielami szpitali, specjalistami z zakresu zdrowia publicznego, przedstawicielami ośrodków prowadzących badania medyczne, reprezentantami władz lokalnych, przedstawicielami instytucji edukacyjnych oraz różnych organizacji non-profit. Wśród przedstawicieli lokalnej społeczności bardzo ważną rolę odgrywały szczególne grupy mieszkańców, określane jako grupy narażone (vulnerable groups), w gronie których znalazły się osoby zagrożone ubóstwem, przedstawiciele mniejszości etnicznych i religijnych zamieszkujących dany obszar, osoby bezrobotne, mieszkańcy o niskim poziomie wykształcenia, osoby nieposiadające ubezpieczenia zdrowotnego. Prowadzono wywiady fokusowe z uczestnikami wybranymi do tego celu tak, aby zapewnić reprezentację i uczestnictwo członków całej społeczności, a zwłaszcza tych należących do grup narażonych oraz takich, o których wiadomo, że ich potrzeby zdrowotne mogą nie być zaspokajane. Wywiady fokusowe były prowadzone również z liderami władz rządowych na poziomie stanowym i regionalnym, w tym w szczególności z osobami, które posiadają adekwatną wiedzę i doświadczenie w dziedzinie zdrowia publicznego. Ważną rolę na tym etapie procesu oceny potrzeb zdrowotnych odgrywali lekarze klinicyści mający wiedzę i doświadczenie w kontaktach z lokalną społecznością, a zwłaszcza z udzielaniem pomocy medycznej w zakresie urazów, przemocy, zdrowia psychicznego, a także pracy z populacjami szczególnie zagrożonymi oraz narażonymi na wykluczenie społeczne, takimi jak młodzież i rodziny imigrantów.

W procesie oceny potrzeb zdrowotnych korzystano także ze specjalnie do tego celu skonstruowanych kwestionariuszy, które były wypełniane przez mieszkańców stanu/regionu. Jeśli to było możliwe, badaną grupę mieszkańców dobierano w sposób losowy. Do badania kwestionariuszowego (lub telefonicznego, jeśli badanie za pomocą kwestionariusza nie było możliwe do przeprowadzenia) zapraszano zwłaszcza osoby z grup narażonych/zagrożonych wykluczeniem społecznym. Kwestionariusze były umieszczane na stronach internetowych lokalnych Departamentów Zdrowia, jak również były wysyłane

do mieszkańców drogą pocztową lub e-mailową. Informacje o projekcie dotyczącym oceny potrzeb zdrowotnych rozpowszechniano za pośrednictwem lokalnych mediów, a także przez ogłaszanie prowadzenia tej inicjatywy na łamach lokalnych wspólnot religijnych.

Dane pierwotne zbierane za pomocą kwestionariuszy, wywiadów z interesariuszami oraz rozmów telefonicznych z przedstawicielami lokalnych wspólnot dotyczyły informacji demograficznych, zdrowotnych i społecznych, jak również korzystania z opieki zdrowotnej, potrzeb w tym zakresie oraz barier napotykanych w dostępie do opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia. Kwestie związane z potrzebami zdrowotnymi oceniane za pomocą kwestionariusza dotyczyły zarówno potrzeb pojedynczych mieszkańców, jak również całej społeczności. Za pomocą tej metody określano i definiowano działania umożliwiające poprawę stanu zdrowia mieszkańców oraz dostępu do opieki zdrowotnej i informacji o zdrowiu. Usługodawcy i świadczeniodawcy z obszaru opieki zdrowotnej również brali udział w procesie pozyskiwania danych pierwotnych – udzielali informacji o zasobach opieki zdrowotnej i możliwościach podejmowania działań z zakresu ochrony zdrowia na terenie danego regionu.

Szczegółowa lista zebranych danych pierwotnych uwzględniała: dane demograficzne (wiek, płeć, stan cywilny, posiadanie dzieci), dane ekonomiczne (dochód, zatrudnienie, bezrobocie, stan posiadania), samoocenę stanu zdrowia, samoocenę doświadczanych problemów zdrowotnych (głównie dotyczących chorób przewlekłych, np. nadciśnienia, cukrzycy, astmy, przewlekłych chorób układu oddechowego, chorób serca, przewlekłych stanów bólowych, depresji i innych problemów natury psychicznej). Respondenci określali częstość korzystania z porad lekarza rodzinnego oraz usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz występowanie problemów i barier w dostępie do wymienionych świadczeń, określali jakich specjalistów brakuje według nich na danym terenie, do których z nich jest najtrudniejszy dostęp. Oceniano także możliwości korzystania z opieki stomatologicznej. Mieszkańcy opisywali swój styl życia, odpowiadali na pytania o podejmowanie aktywności fizycznej, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu (czynne i bierne), używanie narkotyków, wykonywanie badań profilaktycznych, szczepienia, stosowanie odpowiedniej diety. Badane osoby były także pytane o doświadczenie przemocy w domu i wobec dzieci, o ubezpieczenie zdrowotne, o potrzeby zdrowotne występujące w ich ocenie w lokalnej społeczności, o to, czy na terenie przez nich zamieszkanym prowadzone są lokalne programy zdrowotne. Za pomocą pytań zawartych w kwestionariuszach oceniano także, czy w danej społeczności osoby starsze są zaniedbywane.

W przypadku danych pierwotnych bardzo często zbierano także dane jakościowe, które były pozyskiwane z wywiadów z członkami społeczności, których potrzeby zdrowotne nie były zaspokojone, takimi jak na przykład przedstawiciele mniejszości etnicznych i religijnych, osoby o niskich dochodach oraz osoby chorujące na choroby przewlekłe. Dane takie podlegały wstępnemu opracowaniu – zidentyfikowano kluczowe tematy, które pojawiały się w wywiadach prowadzonych we wszystkich grupach. Wywiady z interesariuszami prowadzono tak, aby uzyskać odpowiedzi na szereg pytań:

- 1) W jaki sposób Pana/Pani miejsce pracy (pozycja zawodowa) związane jest z potrzebami zdrowotnymi?
- 2) Jakimi cechami charakteryzuje się zdrowa społeczność?
- 3) Jakie są szczególne regionalne problemy zdrowotne? Jakie słabe i mocne strony można wykazać dla danej społeczności w zakresie poprawy stanu zdrowia mieszkańców?
- 4) Jakie są najbardziej priorytetowe potrzeby zdrowotne, które powinny zostać zrealizowane w pierwszej kolejności?
- 5) Czy dostępne zasoby są wystarczające aby zaspokoić potrzeby zdrowotne? Jaki powinien być stan zdrowia danej społeczności za 5-10 lat?

Na podstawie opracowanych wyników zidentyfikowano problemy zdrowotne oraz problemy związane z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych mieszkańców, a następnie sformułowano zalecenia i rekomendacje mające na celu poprawę istniejącej sytuacji.

Zidentyfikowane problemy zdrowotne to wysoka umieralność niemowląt, problemy związane z prewencją chorób przewlekłych (nadciśnienie, hipercholesterolemia, cukrzyca, choroby układu krążenia), problemy w obszarze zdrowia psychicznego oraz związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (uzależnienia), otyłość, brak aktywności fizycznej, problemy występujące w obszarze zdrowia reprodukcyjnego oraz związane z porodem, niewystarczająca liczba szczepień, przemoc oraz wykorzystywanie i zaniedbywanie dzieci.

Najczęściej występującymi problemami w zakresie potrzeb zdrowotnych były problemy związane z dostępem do świadczeń ochrony zdrowia oraz w zakresie finansowania i zapewnienia wystarczającej infrastruktury opieki zdrowotnej występującej na danym terenie. Zdiagnozowano problemy w dostępie do przystępnej cenowo opieki stomatologicznej, brak profesjonalnej edukacji w zakresie żywienia i kontroli masy ciała, niedostateczny poziom opieki okulistycznej i psychiatrycznej. Wśród przykładowych barier

w dostępie do opieki zdrowotnej szczegółowo wymieniano: bariery finansowe (dotyczące niemożności pokrycia kosztów porady lekarskiej), bariery kulturowe i językowe (dotyczące problemów z komunikacją w języku angielskim), bariery edukacyjne (dotyczące kontaktu z mieszkańcami, którzy nie ukończyli żadnej szkoły), bariery ubezpieczeniowe (powstające w przypadku osób nieubezpieczonych i bezrobotnych), bariery mieszkaniowe (dotyczące osób wynajmujących mieszkania lub też nieposiadających miejsca stałego zamieszkania).

Na podstawie uzyskanych wyników ustalono listę priorytetów obejmujących niezbędne działania w zakresie zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Obejmuje ona:

- 1) Podjęcie działań zmierzających do ograniczenia negatywnych działań związanych ze stylem życia, które wpływają na zdrowie (palenie, otyłość, korzystanie z używek).
- 2) Poprawa opieki nad osobami chorującymi przewlekle (a zwłaszcza na astmę, nowotwory, choroby układu krążenia, cukrzycę).
- 3) Poprawa edukacji i badań przesiewowych w profilaktyce nowotworów.
- 4) Poprawa stanu infrastruktury opieki zdrowotnej.
- 5) Zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej i osiągalności świadczeń zdrowotnych.
- 6) Wdrożenie szerokich programów profilaktycznych w zakresie uzależnień.
- 7) Ułatwienie/umożliwienie poprawy sytuacji osób nie objętych ubezpieczeniem zdrowotnym oraz osób z grup zagrożonych/narażonych.

Rekomendacje sformułowane na podstawie analizy potrzeb zdrowotnych mieszkańców uwzględniały między innymi:

- 1) Zwiększenie dostępu do ubezpieczeń zdrowotnych tam, gdzie to możliwe. Wdrożenie reform w celu poprawy sytuacji związanej z ubezpieczeniem zdrowotnym dla nieubezpieczonych mieszkańców, mających na celu zwiększenie możliwości uzyskania ubezpieczenia.
- 2) Ustanowienie lub wzmocnienie rad doradczych konsumentów opieki zdrowotnej, w których skład wchodziłoby przedstawiciele interesariuszy procesu oceny potrzeb zdrowotnych w regionie.
- 3) Koncentrację zasobów i usług opieki zdrowotnej wobec grup społecznych, które doświadczają najwięcej barier i różnic w stanie zdrowia z powodów ekonomicznych, kulturowych lub językowych.

- 4) Zwiększenie liczby punktów oferujących tanią opiekę medyczną lub wprowadzenie specjalnych rabatów cenowych na usługi z zakresu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej dla osób mających trudności finansowe.
- 5) Poprawę dostępu do badań przesiewowych w kierunku nowotworów oraz obserwacja dostępności i skuteczności leczenia schorzeń z tej grupy.
- 6) Poprawę opieki nad osobami przewlekle chorymi (dodatkowa opieka, zwiększenie możliwości działań związanych z samokontrolą swojego stanu zdrowia, zwiększenie samodzielności i poprawa stopnia radzenia sobie z chorobą).
- 7) Poprawę dostępu do wczesnej opieki ginekologicznej tj. w pierwszym trymestrze ciąży oraz odpowiedniej opieki okołoporodowej.
- 8) Wdrożenie szerokich programów profilaktycznych w zakresie uzależnień na poziomie populacyjnym.
- 9) Zapewnienie podstawowej opiece zdrowotnej i realizatorom programów edukacyjnych profesjonalnych narzędzi do wykrywania i leczenia uzależnień.
- 10) Rozpowszechnienie programów dotyczących zdrowia psychicznego dla osób dorosłych i dzieci, niezależnie od statusu osoby zgłaszającej potrzeby w tym zakresie i zdolności pokrycia kosztów udziału.

KANADA, AUSTRALIA, NOWA ZELANDIA

Ocena potrzeb zdrowotnych miała na celu identyfikację i lepsze zrozumienie potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności, opracowanie charakterystyki społeczno-demograficznej tej społeczności oraz analizę dostępności usług medycznych. Ponadto jej zadaniem było wprowadzanie aktywności wpływających korzystnie na stan zdrowia ludności, zaplanowanie i wdrożenie adekwatnych strategii oraz identyfikacja i zmniejszenie nierówności w zdrowiu. Warto zauważyć, że w krajach tych skupiano także uwagę na potrzebach zdrowotnych lokalnych mniejszości etnicznych oraz narodowych w celu identyfikacji nierówności w zdrowiu oraz określenia obszarów priorytetowych dla polityk regionalnych i planowania usług medycznych w tych społecznościach. Szacowanie potrzeb zdrowotnych miało na celu ocenę problemów związanych z opieką zdrowotną, dostępem do porad, profilaktyki zdrowotnej, opieki społecznej, a także innych problemów takich jak przestępczość (nieletnich) czy samobójstwa, określenie priorytetów zdrowotnych, ustalenie czy występują regionalne różnice w potrzebach zdrowotnych z uwzględnieniem płci i regionu zamieszkania.

Analiza zwykle przebiegała dwuetapowo.

Pierwszy etap polegał na gromadzeniu danych regionalnych (dane zastane), przeglądzie programów zdrowotnych realizowanych w regionie, badaniach z wykorzystaniem grup fokusowych oraz przeprowadzeniu ankiet badawczych na zdefiniowanej grupie mieszkańców. W ramach badania fokusowego przeprowadzano m.in. wywiady eksperckie z interesariuszami reprezentującymi instytucje z następujących obszarów: edukacja, prawo, zdrowie psychiczne, opieka społeczna, organizacje pozarządowe, samorząd lokalny. Zbieranie danych obejmowało także przeprowadzanie wywiadów oraz ankiet wśród lekarzy zakładów opieki zdrowotnej/szpitali, spotkania z opiekunami osób chorób, wolontariuszami, studentami, przedstawicielami władz lokalnych, a także spotkania informacyjne z lokalnymi organizacjami pozarządowymi.

Analizowane dane z istniejących rejestrów dotyczyły takich obszarów jak zagadnienia społeczno-demograficzne (liczba ludności, w podziale na 5 letnie grupy wiekowe), migracje, urodzenia, zgony, wykształcenie, dochód, zatrudnienie, pochodzenie etniczne), problemy dotyczące zachowań prozdrowotnych (palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, nadwaga, aktywność fizyczna, uczestnictwo w przesiewowych badaniach cytologicznych i mammograficznych, spożycie warzyw i owoców, uzależnienie młodzieży i zaburzenia towarzyszące) oraz stanu zdrowia (samoocena stanu zdrowia, szczepienia, występowanie chorób układu krążenia, układu oddechowego, nowotworów ale również np. stan uzębienia oraz jamy ustnej). Również ważnym elementem była ocena opieki zdrowotnej (np. liczba dzieci biorących udział w programach zdrowotnych, hospitalizacje) oraz zasobów opieki zdrowotnej (np. liczba lekarzy ogółem, liczba lekarzy pierwszego kontaktu, liczba pielęgniarek, liczba farmaceutów, liczba szpitali - państwowych i publicznych, organizacje pozarządowe działające na terenie analizowanego obszaru, liczba opiekunów osób starszych, liczba oddziałów ratunkowych, dostęp i dostępność do świadczeń zdrowotnych, opieka świąteczna i całodobowa, liczba osób przypadająca na jednego lekarza opieki podstawowej, procent populacji poddanej badaniu stomatologicznemu, współczynnik hospitalizacji/100 tys., obłożenie łóżek szpitalnych, procent mieszkańców zapisanych do lekarza pierwszego kontaktu, liczba operacji/100 tys., dostępność specjalistycznych zabiegów operacyjnych, współczynnik hospitalizacji możliwych do uniknięcia). W badaniach młodzieży uwzględniano m.in. wykształcenie, liczbę ciąż wśród nastolatek, liczbę samobójstw.

Druga faza to interpretacja zebranych danych, analiza dobrych praktyk, eksploracja danych społeczno-demograficznych, identyfikacja potrzeb. Wnioski były formułowane w

oparciu o pozyskane dane i dotyczyły występowania problemów zdrowotnych, społecznych i środowiskowych, wsparcia osób starszych, barier w dostępie do różnych usług dla osób niepełnosprawnych, rozpowszechnienie zjawiska nadwagi, niski poziom aktywności fizycznej wśród dzieci, wysokie koszty opieki stomatologicznej i rehabilitacji, brak odpowiednich usług dla osób, które przeszły udar, długi czas oczekiwania na świadczenia medyczne.

Zatem szacowanie potrzeb zdrowotnych przebiegało w oparciu o cztery typy informacji dotyczących: stanu zdrowia (dane statystyczne), wartości społecznych (profile), potrzeb zdrowotnych w opinii mieszkańców społeczności (ankieta) oraz potrzeb zdrowotnych w opinii interesariuszy (wywiady grupowe, wywiady eksperckie, konsultacje z lokalnymi samorządami).

Przeprowadzane badania ankietowe skupiały się na głównych problemach zdrowotnych występujących w lokalnej społeczności, postrzegania dostępności usług, ale także wykraczały poza obszar zdrowia, bowiem dotyczyły także zadowolenia z lokalnych usług, działań i rozwiązań (np. dostęp do szkolnictwa, bibliotek, poczty, programy dla seniorów, działanie takich służb jak policja, straż pożarna, transport publiczny). Warto podkreślić, że w krajach wielonarodowościowych wnioski dotyczące stanu zdrowia oraz potrzeb zdrowotnych dotyczyły wszystkich grup społecznych. W przeanalizowanych przykładach najczęściej występującymi problemami zdrowotnymi wśród lokalnych mniejszości narodowych były wysokie obciążenie chorobami przewlekłymi (np. cukrzycą, chorobami układu krążenia), większe ryzyko niedonoszenia ciąży, niska waga urodzeniowa, zaćma, przemoc w rodzinie oraz zbyt niska częstotliwość spożywania warzyw/owoców, niski poziom aktywności fizycznej oraz częstsze występowanie otyłości.

Przeprowadzona analiza pozwoliła stworzyć rekomendacje działań w analizowanych obszarach zdrowotnych, na przykład:

- 1) zdrowie psychiczne (implementacja programu powrotu do zdrowia dla osób z długotrwałymi problemami psychicznymi; opracowanie efektywnej ścieżki leczenia dla osób z problemami psychicznymi; zapewnienie odpowiedniego wsparcia, informacji oraz edukacji),
- 2) nadwaga i otyłość (realizacja szkoleń pt. Healthy Eating Activity and Lifestyle, wdrożenie programów edukacyjnych, prowadzenie akcji informacyjnych),
- 3) palenie tytoniu (działania edukacyjne, opracowanie programów pomagających rzucić palenie; monitoring rozpowszechnienia palenia w danej populacji),

- 4) choroby przewlekłe takie jak cukrzyca i choroby układu sercowo-naczyniowego (opracowanie skutecznej ścieżki leczenia cukrzycy oraz chorób układu krążenia; uwzględnienie cukrzycy ciężarnych w programach zdrowotnych; promowanie zdrowego stylu życia),
- 5) nowotwory (opracowanie ścieżki opieki paliatywnej dla osób z nowotworami),
- 6) ciąża i opieka okołoporodowa (opracowanie strategii zwiększającej korzystanie z opieki lekarza pierwszego kontaktu).
- 7) zmniejszenie nierówności w zdrowiu,
- 8) promowanie i wspieranie zdrowego stylu życia,
- 9) szybka ścieżka rozpoznawania i leczenia nowotworów,
- 10) zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla dzieci,
- 11) zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego,
- 12) uwzględnienie potrzeb zdrowotnych osób starszych,
- 13) identyfikacja potrzeb zdrowotnych, które mogą pojawić się w przyszłości.

Pełne wyniki przeglądu znajdują się w raporcie

*„OCENA POTRZEB ZDROWOTNYCH - PRZEGLĄD LITERATURY
MIĘDZYNARODOWEJ”*

dostępnym w BAZIE WIEDZY NIZP-PZH

2.2 Oceny potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym (włączając nierówności w zdrowiu) – dotychczasowe doświadczenia w Polsce

Pomimo braku jednolitego narzędzia oraz wytycznych, które pozwoliłyby dokonywać oceny potrzeb zdrowotnych na szczeblu jednostek samorządu terytorialnego, a jednocześnie wynikającego z Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.) obowiązku analizy i oceny zarówno potrzeb zdrowotnych, jak i czynników powodujących ich zmiany, który istnieje po stronie władz publicznych, wiele jednostek samorządu terytorialnego w Polsce prowadzi taką ocenę. Co więcej, zadania własne jednostek samorządu terytorialnego obejmują wiele działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców gmin, powiatów oraz województw. Dlatego też ocena potrzeb zdrowotnych w jednostkach samorządu terytorialnego odbywa się na podstawie lokalnych przepisów i regulacji, nierzadko przy wykorzystaniu doświadczeń zaczerpniętych z innych krajów lub innych części Polski. W związku z tym można zaobserwować duże zróżnicowanie w zakresie metod oceny jak i ostatecznych dokumentów określających rozpoznane potrzeby zdrowotne w poszczególnych jednostkach samorządu terytorialnego.

W wielu gminach i powiatach powołano jednostki odpowiedzialne za rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Działania przez nie prowadzone są na podstawie zarządzeń władz lokalnych (np. zarządzeń wójtów), jak również na podstawie gromadzonych w sposób rutynowy danych statystycznych. Niezmiernie rzadko zdarza się, aby na terenie jednostki samorządu terytorialnego zrealizowane zostało badanie pozwalające oszacować skalę występujących na danym obszarze potrzeb zdrowotnych.

Jako przykład działań wynikających z zarządzenia władz lokalnych należy przytoczyć podjęte w gminie Kobierzyce (powiat wrocławski) działania mające na celu rozpoznanie potrzeb zdrowotnych, a będące podstawą realizowanych w gminie programów zdrowotnych. Ocena potrzeb zdrowotnych została przeprowadzona za pomocą badania kwestionariuszowego, w trakcie którego pytano o stan zdrowia mieszkańców, jak i o problemy czy też bariery związane z korzystaniem z zasobów szeroko rozumianej ochrony zdrowia.

W dużych gminach, zwłaszcza w gminach miejskich, publikowane są corocznie raporty dotyczące stanu zdrowia mieszkańców (np. Raport o stanie zdrowia mieszkańców Krakowa

i jego uwarunkowaniach¹; Raport o stanie zdrowia mieszkańców Warszawy² Raport o stanie zdrowia mieszkańców Gliwic³; Raport o stanie zdrowia mieszkańców Dąbrowy Górniczej⁴). Również samorzady powiatowe przygotowują dokumenty opisujące stan zdrowia ludności w oparciu o dane demograficzne, wskaźniki dotyczące stanu zdrowia, ale też dane dotyczące bezrobocia oraz osób niepełnosprawnych, jak na przykład Stan zdrowia ludności powiatu ostrowskiego⁵, opracowany na podstawie danych o bezrobociu, stanie sanitarnym, strukturze jednostek chorobowych, pomocy doraźnej i chorobowości szpitalnej oraz danych o osobach niepełnosprawnych.

Zasadniczym celem powstania tego rodzaju dokumentów nie jest ocena potrzeb zdrowotnych, jednak dostarczają one wielu istotnych danych ułatwiających taką ocenę. Dane, w oparciu o które powstają podobne dokumenty, zwykle pochodzą ze zbioru danych statystycznych zbieranych rutynowo, danych raportowanych do Narodowego Funduszu Zdrowia czy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny lub też danych gromadzonych przez Bank Danych o Zdrowiu (takie dane statystyczne uwzględniono w Programie profilaktyki i promocji zdrowia dla mieszkańców miasta Krosna na 2014 rok⁶). W opracowaniach tego typu zawarte są informacje dotyczące stanu zdrowia mieszkańców czy też dane o uwarunkowaniach mających na niego wpływ. Można zapoznać się z opisem sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz stanem zasobów opieki zdrowotnej na danym terenie (np. Gminny Program Ochrony i Promocji Zdrowia Mieszkańców Gminy Czerwonak na lata 2009–2013⁷; Diagnoza potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu myślenickiego oraz powiatowego systemu ochrony zdrowia wraz z

¹ Raport o stanie zdrowie mieszkańców Krakowa i jego uwarunkowaniach za rok 2009. Urząd Miasta Krakowa, Kraków 2010. Źródło:

<https://www.bip.krakow.pl/zalaczniki/dokumenty/n/74836/0/karta> [Dostęp: 02.02.2016].

² Stan zdrowia mieszkańców m.st. Warszawy w latach 2012-2014. Urząd Miasta Stołecznego Warszawy, Biuro Polityki Zdrowotnej, Warszawa, grudzień 2016

³ Raport o stanie zdrowia mieszkańców miasta Gliwice w 2009 roku. IBMed Kraków 2010. Źródło: http://bip.gliwice.eu/pub/html/um/files/M.T/raport_o_stanie_zdrowia_mieszkanow_miasta_gliwice_w_2_009_r.pdf [Dostęp: 02.02.2016].

⁴ Raport o stanie zdrowia mieszkańców Dąbrowy Górniczej. IBMed Kraków 2012. Źródło: <http://www.bip.dabrowa-gornicza.pl/BIP.aspx?Sel=5918&ident=59391&js=1> [Dostęp: 02.02.2016].

⁵ Stan zdrowia ludności powiatu ostrowskiego. Starostwo Powiatowe w Ostrowie Wielkopolskim, Ostrow Wielkopolski 2011. Źródło: <http://www.powiat-ostrowski.pl/plik/3840> [Dostęp 02.02.2016].

⁶ Program profilaktyki i promocji zdrowia dla mieszkańców miasta Krosna na 2014 rok. Urząd Miasta Krosna, Krosno 2014. Źródło: <http://www.bip.umkrosno.pl/?c=mdPliki-cmPobierz-17530-NV8xLlphxYIuIGRvIHVjaHdhxYJ5IE5yIExJVi0xMjYxLTE0LnBkZg==> [Dostęp 02.02.2016].

⁷ Gminny Program Ochrony i Promocji Zdrowia Mieszkańców Gminy Czerwonak na lata 2009–2013. Urząd Gminy Czerwonak, Czerwonak 2008. Źródło: http://bip.czerwonak.pl/public/get_file_contents.php?id=132414 [Dostęp: 02.02.2016].

oceną i rekomendacjami⁸; Raport o stanie miejskiej opieki zdrowotnej⁹ opublikowany przez Wydział Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Łodzi). Można również uzyskać informacje o tym, jakie działania są podejmowane w zakresie wzmacniania zdrowia mieszkańców.

Na podstawie danych opracowanych w tego rodzaju raportach możliwe jest formułowanie rekomendacji i zaleceń związanych z poprawą sytuacji zdrowotnej mieszkańców czy też dotyczących podejmowania działań naprawczych w kierunku zapobiegania określonym chorobom (eliminacja czynników ryzyka, wczesna diagnostyka). Jednak to, że zdecydowana większość takich dokumentów koncentruje się tylko na opisie mierników stanu zdrowia populacji, nie uprawnia ich do statusu dokumentów opisujących proces oceny potrzeb zdrowotnych ludności. Dokumenty tego rodzaju są często postrzegane jako punkt wyjścia do oceny potrzeb zdrowotnych, ponieważ nie uwzględniają danych o charakterze opiniotwórczym uzyskanych bezpośrednio od mieszkańców, które mogłyby wskazać ich rzeczywiste potrzeby w zakresie zdrowia i opieki zdrowotnej.

Na poziomie wojewódzkim i krajowym dostępnych jest wiele opracowań dotyczących stanu zdrowia populacji, takich jak te powstałe w oparciu o dane gromadzone przez Główny Urząd Statystyczny, jak i Wojewódzkie Urzędy Statystyczne, a dotyczące stanu zdrowia ludności w przekroju terytorialnym^{10,11}. Bardzo ważnym dokumentem opisującym stan zdrowia ludności Polski są Publikacje Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny „Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski”¹², zawierające informacje dotyczące sytuacji demograficzno-społecznej, długości życia i umieralności, chorobowości i zapadalności, wypadków i zatruc, niezdolności do pracy i jej przyczyn, zagrożeń środowiskowych, czynników ryzyka związanych ze stylem życia, jak również wydatków na ochronę zdrowia i stan infrastruktury systemu ochrony zdrowia.

⁸ Diagnoza potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu myślenickiego oraz powiatowego systemu ochrony zdrowia wraz z oceną i rekomendacjami. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2006. Źródło: <http://www.myslenicki.pl/pl/content/view/306/149/> [Dostęp: 02.02.2016].

⁹ Raport o stanie miejskiej opieki zdrowotnej. Wydział Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Łodzi, Łódź 2004.

¹⁰ Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2007. Źródło: http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/stan_zdrowia_2004_teryt.pdf [Dostęp: 02.02.2016].

¹¹ Zdrowie i ochrona zdrowia w roku 2011. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014. Źródło: http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf [Dostęp: 02.02.2016].

¹² Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2016. Źródło: www.pzh.gov.pl/download/8361/ [Dostęp: 06.11.2016].

Na podstawie powyżej wymienionych danych powstało m.in. opracowanie pt. Wybrane elementy stanu zdrowia ludności województwa mazowieckiego w 2012 roku¹³. Oprócz syntetycznego zestawienia danych wtórnych, przedstawiono w nim także dynamikę zmian opisywanych wskaźników. Podobny w swej strukturze raport opracowano w województwie świętokrzyskim¹⁴, przeanalizowane w nim zostały dane pozwalające na opisanie charakterystyki stanu zdrowia mieszkańców województwa oraz czynników determinujących ten stan zdrowia. Wykorzystano dane o urodzeniach, umieralności, hospitalizacjach, działaniach związanych z zapobieganiem chorobom oraz czynnikach ryzyka chorób cywilizacyjnych. Autorzy odnieśli się również do czynników społeczno-ekonomicznych (zaludnienie, starzenie się populacji, spadek przyrostu naturalnego, zwiększenie bezrobocia), mających według nich wpływ na powstawanie potrzeb zdrowotnych.

Sytuacja demograficzna i stan zdrowia ludności w województwie podkarpackim w latach 2005-2007¹⁵ to dokument, który powstał na podstawie danych gromadzonych przez Urząd Statystyczny, Ministerstwo Zdrowia, Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne oraz danych pochodzących z wojewódzkich rejestrów chorób nowotworowych i chorób płuc. Sytuację zdrowotną ludności zamieszkującej województwo podkarpackie porównano z warunkami występującymi w całym kraju w zakresie analizowanych wskaźników. Tego rodzaju opracowania pozwalają na określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców w sposób pośredni poprzez opisanie wybranych rutynowo zbieranych danych statystycznych związanych ze zdrowiem ludności oraz zasobami systemu opieki zdrowotnej na wskazanym terenie. W celu porównania sytuacji danego regionu z innymi terenami kraju, można dodatkowo dokonać porównania określonych wskaźników, co może dla przykładu przyczynić się do wskazania rejonów o potencjalnym największym zapotrzebowaniu na dane usługi zdrowotne. Korzystny efekt można odnieść również w przypadku monitorowania zmian wybranych wskaźników w czasie.

¹³ Wybrane elementy stanu zdrowia ludności województwa mazowieckiego w 2012 roku. Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie, Warszawa 2015. Źródło: <https://www.mazowieckie.pl/download/1/39046/Wybraneelementyzdrowialudnosciojewództwamazowieckiegow2013roku.pdf> [Dostęp: 02.02.2016]

¹⁴ Ocena stanu zdrowia mieszkańców województwa świętokrzyskiego. Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego, Kielce 2014. Źródło: <http://www.sejmik.kielce.pl/urząd/departamenty/departament-ochrony-zdrowia/257-programy-polityki-zdrowotnej/43131-ocena-stanu-zdrowia-mieszkanow-województwa-swietokrzyskiego> [Dostęp: 22.04.2016]

¹⁵ Sytuacja demograficzna i stan zdrowia ludności w woj. podkarpackim w latach 2005-2007. Podkarpackie Centrum Zdrowia Publicznego, Rzeszów 2008.

Warto odnotować także przypadki, kiedy jednostka samorządu terytorialnego przeprowadza badanie, którego celem jest ocena potrzeb zdrowotnych mieszkańców, co miało przykładowo miejsce w Szczecinie (Diagnoza stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Szczecina¹⁶). Przy użyciu kwestionariusza uzyskano od mieszkańców (dzieci, studentów oraz osób dorosłych) dane pozwalające ocenić zarówno stan ich zdrowia, jak i występowanie potrzeb zdrowotnych w zakresie aktywności fizycznej, nawyków żywieniowych, elementów opieki zdrowotnej czy też otaczającego środowiska. W końcowym raporcie nie uwzględniono informacji o strukturze demograficznej i wskaźników epidemiologicznych, skoncentrowano się na opisie proponowanych interwencji zdrowotnych skierowanych do mieszkańców, a nakierowanych przede wszystkim na zmianę postaw i zachowań na prozdrowotne.

Podobna inicjatywa została podjęta w Kwidzynie oraz w powiecie chrzanowskim, gdzie przeprowadzono badania kwestionariuszowe dotyczące stanu zdrowia i potrzeb mieszkańców powiatu w zakresie profilaktyki zdrowotnej czy też korzystania z badań profilaktycznych. Wynikiem badania przeprowadzonego w Kwidzynie było sformułowanie wniosków dotyczących konieczności podjęcia określonych działań, co zostało zrealizowane przez władze powiatu¹⁷.

W województwie zachodniopomorskim zrealizowano badanie jakości życia mieszkańców¹⁸, które miało na celu określenie stopnia zadowolenia mieszkańców z ich stanu zdrowia, jak również określenia stopnia zadowolenia mieszkańców województwa z funkcjonowania opieki zdrowotnej na jego terenie. Stan zdrowia mieszkańców został zbadany za pomocą kwestionariusza, natomiast ocena funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej została przeprowadzona w oparciu o dane pochodzące z placówek NFZ i prywatnych, wskaźniki dotyczące liczebności personelu, a w przypadku oceny skuteczności leczenia oceniono

¹⁶ Raport z badania: „Diagnoza stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Szczecina”, Szczecin 2012. Źródło:

<http://www.pbr.szczecin.pl/files/336E7CF434E8456095042DDBA69AB9B2/Diagnoza%20stanu%20zdrowia%20i%20potrzeb%20zdrowotnych%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20Szczecina.%20docx.pdf> [Dostęp: 22.04.2016]

¹⁷ Ankieta na temat stanu zdrowia i potrzeb mieszkańców powiatu kwidzyńskiego w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Źródło:

http://www.powiatkwidzynski.pl/uploads/files/documents/news/ochrona_zdrowia/profilaktyka/analiza_ankiety_wyniki.pdf [Dostęp: 30.06.2014].

¹⁸ Jakość życia mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Raport z badań. Szczecin 2014. Źródło: http://ois.wzp.pl/attachments/article/100/Jakosc_%C5%BCycia_www.pdf [Dostęp 02.02.2016].

poziom zadowolenia mieszkańców z leczenia w różnego typu placówkach. Tego typu podejście do problematyki związanej z potrzebami zdrowotnymi w zakresie korzystania z opieki zdrowotnej jest zachęcające, ale pytania zadawane respondentom są zbyt ogólne i nie pokrywające całego możliwego spektrum związanego z oceną potrzeb zdrowotnych.

Informacje zawarte w opracowaniach powstałych na bazie danych zebranych za pomocą kwestionariuszy są komplementarne w stosunku do mierników stanu zdrowia populacji przedstawianych w innych raportach na temat zdrowia, jednak żaden z tych punktów widzenia nie wydaje się być wystarczający w procesie oceny potrzeb zdrowotnych danej populacji. Co ważne, przy podejmowaniu działań związanych z badaniami kwestionariuszowymi dotyczącymi określenia potrzeb zdrowotnych należy pamiętać, że w sytuacji kiedy są one jedynym sposobem oceny potrzeb zdrowotnych, nie można uznać ich za narzędzie diagnostyczne.

Kompleksowe podejście do oceny potrzeb zdrowotnych mieszkańców można zaobserwować na przykładzie działań podjętych w Chełmie (Informacja o potrzebach mieszkańców miasta Chełma w zakresie ochrony zdrowia¹⁹). W pierwszej kolejności pozyskano rutynowo zbierane dane demograficzne oraz określono wskaźniki epidemiologiczne, a także dane dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych, a następnie oszacowano zmiany tych wskaźników w kolejnych latach oraz porównano je z wartościami wskaźników dla województwa. W dalszej kolejności przeprowadzono badanie kwestionariuszowe na reprezentatywnej próbie mieszkańców, pytając o ich stan zdrowia, styl życia, potrzeby zdrowotne w zakresie edukacji zdrowotnej i dostępu do specjalistów, jak również o bariery w dostępie do leczenia. Opracowanie danych zebranych poprzez kwestionariusz pozwoliło wskazać konkretne potrzeby zdrowotne zgłaszane przez mieszkańców Chełma. Takie podejście do oceny potrzeb zdrowotnych wydaje się być wyczerpujące, gdyż wzięto pod uwagę jednocześnie obiektywne wskaźniki demograficzne i zdrowotne, a także subiektywnie określony stan zdrowia mieszkańców oraz uzyskane od nich informacje o barierach występujących w dostępie do opieki zdrowotnej.

Analizując dokumenty i opracowania związane z prowadzeniem procesu oceny potrzeb zdrowotnych w Polsce należy zwrócić uwagę na brak jednolitych i standardowych metod

¹⁹ Informacja o potrzebach mieszkańców miasta Chełma w zakresie ochrony zdrowia. Urząd Miasta Chełma, Chełm, 2007. Źródło: <http://chelm.pl/dziecko/images/stories/potrzeby.pdf> [Dostęp: 22.04.2016]

pozwalających na wyczerpującą ocenę potrzeb zdrowotnych. Na poziomie poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego jest ona dokonywana rzadko w sposób umożliwiający konsolidację danych statystycznych oraz innych danych zbieranych rutynowo z danymi i informacjami uzyskanymi bezpośrednio od mieszkańców terenu danej jednostki samorządu terytorialnego. Takie podejście umożliwiłoby dokonanie komplementarnej oceny potrzeb zdrowotnych, pozwalającej na analizę obiektywnych wskaźników oraz danych subiektywnych pozyskanych poprzez badania kwestionariuszowe.

Ujednolicenie metodyki określania potrzeb zdrowotnych może nastąpić poprzez tworzenie regionalnych map potrzeb zdrowotnych i ogólnopolskiej mapy potrzeb zdrowotnych, zgodnie z zapisami Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz.U. 2015 Nr 396 poz. 458). Zawartość map potrzeb zdrowotnych ma być oparta o dane pochodzące z analizy demograficznej, analizy alokacji i wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych, jak również z prognoz potrzeb zdrowotnych. Analiza potrzeb zdrowotnych ma stanowić prognozę, obejmującą wskaźniki epidemiologiczne oraz wynikające z nich zapotrzebowanie na infrastrukturę medyczną. Wyniki prognozy wraz z dostępnymi szacunkami w zakresie zmian w strukturze demograficznej zostaną wykorzystane do określania spodziewanej wielkości populacji narażonej na ryzyko choroby, co dostarczy informacji pozwalających określić sposób funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

2.3 Podsumowanie i wnioski dla oceny potrzeb zdrowotnych w Polsce na podstawie międzynarodowych doświadczeń

Uwagi i zalecenia wg etapów oceny potrzeb zdrowotnych:

A. W zakresie celu badania:

1. Należy wziąć pod uwagę szeroki kontekst oceny potrzeb zdrowotnych, uwzględniający ich umocowanie w środowisku społeczno-ekonomicznym populacji docelowej.
2. Konieczne jest określenie grup wrażliwych i grup, których dotyczą nierówności zdrowotne na początku analizy potrzeb zdrowotnych.
3. W ocenie potrzeb zdrowotnych powinny zostać uwzględnione dane statystyczne i opinie mieszkańców na temat lokalnych potrzeb zdrowotnych i przeszkód w dostępie do opieki zdrowotnej.
4. Wynikiem oceny potrzeb zdrowotnych powiatu powinno być dostarczenie informacji przydatnych do opracowania planu różnorodnych działań mających na celu poprawę sytuacji zdrowotnej w regionie.

B. Źródła danych, metodologia badawcza:

5. Konieczne jest wykorzystanie różnych źródeł danych – od osób korzystających z usług zdrowotnych, od ich rodzin, różnych organizacji, jak również opracowań pochodzących z badań naukowych nad potrzebami zdrowotnymi.
6. Należy uwzględnić możliwość wyrażenia opinii przez osoby reprezentujące różne grupy społeczne – nie tylko przez ogół mieszkańców danej gminy/powiatu, ale również przez lekarzy, prawników, pracowników socjalnych.
7. Należy uwzględnić udział świadczeniodawców w procesie oceny potrzeb zdrowotnych.

8. Ważne jest zastosowanie w procesie oceny potrzeb zdrowotnych tzw. wywiadów eksperckich i wywiadów grupowych z przedstawicielami instytucji edukacyjnych, opieki społecznej, samorządu lokalnego, organizacji pozarządowych etc.
9. Zaleca się wykorzystanie danych dotyczących problemów i potrzeb zdrowotnych uzyskanych od osób znajdujących się w grupach szczególnego ryzyka wykluczenia społecznego (bezrobotni, osoby z niskim poziomem wykształcenia, osoby pozostające w domach, mniejszości wyznaniowe i inne).
10. W przypadku zbierania danych pierwotnych należy:
 - a. Aktywnie poszukiwać, dotrzeć i zebrać dane od wszystkich grup mieszkańców, w tym tzw. grup trudnodostępnych i grup wrażliwych np. bezrobotni, młode matki, młodzi ojcowie, osoby starsze 65+, chorzy psychicznie, osoby pozostające w domach, młodzież <18 lat, osoby z niskimi dochodami, imigranci.
 - b. Zastosować wersję elektroniczną ankiety (obok papierowej).
 - c. Utworzyć stronę internetową projektu z linkiem do ankiety elektronicznej dla mieszkańców i dla liderów opieki zdrowotnej w regionie.
 - d. Wraz z ankietą pocztową dostarczyć respondentom zaadresowane zwrotnie koperty na wypełnione ankiety.
 - e. Do zbierania danych pierwotnych wykorzystać wydarzenia np. szkolne czy kulturalne (festiwale).
 - f. Rozważyć metodę wywiadu telefonicznego z losowo wybraną próbą gospodarstw domowych w regionie (pytania o potrzeby całej rodziny a nie pojedynczych osób).
 - g. W ankietach pozostawić na końcu pytanie otwarte gdzie mieszkańcy mogą wyrazić swoją opinię o potrzebach zdrowotnych w swojej społeczności.
 - h. Przeprowadzić ocenę potrzeb zdrowotnych młodzieży (np. w szkołach) i dzieci (wywiad z rodzicami).
11. Kompletnie wykorzystanie danych wtórnych, dostęp do ogólnokrajowych baz danych, baza danych lokalnych, analizy „desk research” jest podstawą rzetelnego badania potrzeb zdrowotnych.
12. Stworzenie narzędzia/systemu, który umożliwi zbieranie danych dotyczących populacji lokalnej i jej potrzeb zdrowotnych usprawni proces analizy.

13. Konieczne jest tworzenie zespołów koordynujących przebieg procesu HNA; korzystna współpraca z ośrodkiem badawczym (uniwersytet, firma komercyjna) w celu zapewnienia poprawności metodologicznej badania. Można rozważyć włączenie np. wolontariuszy, uczniów, studentów w realizację badania.
14. Informację o badaniu HNA trzeba rozpowszechnić i zachęcić mieszkańców do udziału poprzez np. informację w prasie lokalnej, lokalnej TV, specjalne ulotki, informowanie o podejmowanym badaniu poprzez przedstawicieli wspólnot religijnych.

C. Ustalanie priorytetów na podstawie oceny potrzeb zdrowotnych

15. Priorytetyzacja zdiagnozowanych potrzeb zdrowotnych: głównym wyznacznikiem jest możliwość oddziaływania umożliwiającego zaspokojenie konkretnych potrzeb zdrowotnych, następnie określenie zgodności działań z innymi aktywnościami skoncentrowanymi na tym samym problemie oraz ocena efektywności potencjalnych interwencji.
16. Do określenia priorytetów możliwe jest użycie skali ważności (np. od 1- najważniejsze do 10 - najmniej ważne), gdzie oceny dokonywać mogą przedstawiciele różnych grup społecznych zaangażowanych w cały proces (lekarze, pielęgniarki, opiekunowie osób chorych, studenci, przedstawiciele władz lokalnych). Ocena zdiagnozowanych problemów zdrowotnych i wynikających z nich potrzeb zdrowotnych powinna być przeprowadzana w co najmniej w trzech wymiarach: ważność problemu, wpływ na lokalną społeczność oraz możliwość realizacji.
17. Niezwykle ważne są opinie mieszkańców, jakie działania ich zdaniem byłyby przydatne do poprawy stanu zdrowia w powiecie.
18. Należy zidentyfikować już istniejące programy zdrowotne i ocenić możliwość ich usprawnienia.

D. Określenie strategii działania

19. Konieczne jest opracowanie strategii działania (najczęściej kilkuletnich) mających pomóc rozwiązać zaobserwowane problemy i zaspokoić zdiagnozowane potrzeby zdrowotne.

20. Nie należy planować działań zmierzających do rozwiązania problemów, których rozwiązanie leży w kompetencjach innych podmiotów – np. dotyczących finansowania opieki zdrowotnej, poprawy zatrudnienia i dostępu do edukacji.

21. Zaleca się konstruowanie specjalnych modeli opieki przystosowanych do osób ze szczególnymi problemami (np. z trudnościami w uczeniu się), w którego zakres wchodzić będą różnego rodzaju zasoby (POZ, opieka szpitalna, ambulatoryjna i specjalistyczna, inne usługi).

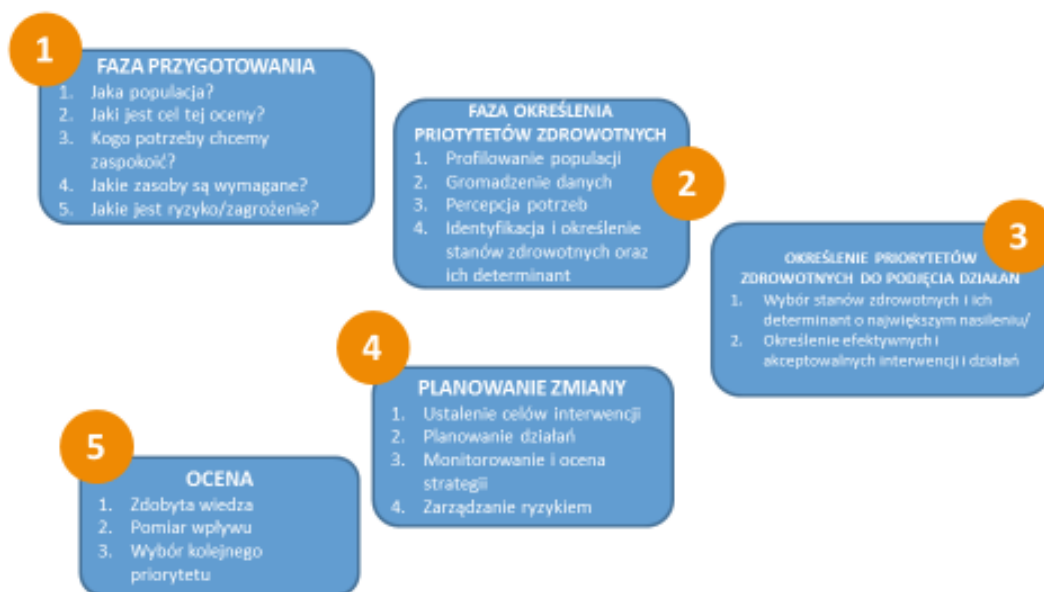
3. Model badania potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym

Topór-Mądry R, Stepaniak U, Doryńska A, Misiowiec W, Brzezińska E, Bentley C, Pająk A

W planowaniu opieki zdrowotnej, jak również w działaniach w zakresie zdrowia publicznego konieczne jest określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Jest to tym ważniejsze, że w Polsce występuje duże zróżnicowanie w stanie zdrowia na poziomie województw (np. mieszkańcy województw na wschodzie i południu Polski żyją dłużej niż na północy i zachodzie), ale również na poziomie lokalnym: istnieją różnice we wskaźnikach zdrowotnych pomiędzy powiatami lub nawet gminami. Analiza bezpośrednich przyczyn może przyczynić się do określenia i przeprowadzenia skutecznej interwencji.

Analiza potrzeb zdrowotnych składa się z pięciu głównych faz (wg NICE):

- 1) Faza przygotowania (na tym etapie należy zdefiniować populację, cel oceny, kogo potrzeby chcemy zaspokoić, jakie zasoby są niezbędne oraz jakie jest potencjalne ryzyko/zagrożenie);
- 2) Faza określenia priorytetów zdrowotnych (w tej fazie następuje profilowanie populacji, gromadzenie danych, percepcja potrzeb, identyfikacja i określenie stanów zdrowotnych oraz ich determinant);
- 3) Od określenie priorytetów zdrowotnych do podjęcia działań (etap ten dotyczy wyboru stanów zdrowotnych i ich determinant o największym nasileniu oraz określenia efektywnych i akceptowalnych interwencji);
- 4) Planowanie zmiany, czyli: ustalenie celów interwencji, planowanie działań, monitorowanie i ocena strategii oraz zarządzanie ryzykiem;
- 5) Ocena, w skład której wchodzi: zdobyta wiedza, pomiar wpływu oraz wybór kolejnego priorytetu.



Źródło: NICE 2005

Do przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych należy wykorzystać przede wszystkim zasoby danych oraz wiedzy na poziomie lokalnym.

Z praktycznego punktu widzenia można ją zrobić w kilku etapach – od podjęcia decyzji o zbudowaniu zespołu do oceny potrzeb zdrowotnych, który będzie obejmować osoby i instytucje uczestniczące w działaniach/usługach zdrowotnych na terenie powiatu. Są to jednostki opieki zdrowotnej (lekarze rodzinni, szpitale), jednostki pomocy społecznej, jednostki samorządowe, organizacje pozarządowe, szkoły, uczelnie, ekspertów w dziedzinie, itp. Zespół nie powinien być duży, jednak powinien obejmować kluczowe dla skutecznej interwencji jednostki (ich przedstawicieli). W kolejnej fazie należy określić zasoby informacyjne o zdrowiu w powiecie. Są to zarówno źródła dostępne na poziomie centralnym (np. GUS, NFZ), dane z BAZY WIEDZY NIZP-PZH, ale i lokalne informacje w urzędach miejskich, przychodniach i szpitalach, opiece społecznej lub policji. Być może były przeprowadzane badania w zakresie pewnych problemów zdrowotnych i społecznych, albo istnieją dane z badań ogólnopolskich skąd uda się wyodrębnić dane dla regionu. Jeżeli informacje są niewystarczające należy rozważyć przeprowadzenie ankiety celowanej. Określenie zakresu problemu lub grupy docelowej, które będą analizowane są kluczowe

dla stworzenia ram badawczych. Przeprowadzenie badania może być wykonane przez pracowników jednostek uczestniczących w Zespole ds. Oceny Potrzeb Zdrowotnych, lub przez specjalistyczną firmę badawczą. Ważne jest właściwe określenie badanej populacji: najlepiej zawsze albo robić badanie na losowej próbie, albo badanie wszystkich mieszkańców (np. można przeprowadzać ankietę co rok w kolejnej gminie). Dodatkową formą pozyskania informacji są konsultacje z lokalnymi kierownikami placówek działających w obszarach związanych ze zdrowiem, ekspertami zewnętrznymi, naukowcami, ale również oczywiście mieszkańcami czy liderami.

Raport oceny potrzeb zdrowotnych będzie podstawą do zaproponowania interwencji zdrowotnej.

ETAPY OCENY POTRZEB ZDROWOTNYCH



Zaproponowane przez Murray’a zakresy potrzebnej wiedzy w formie tzw. piramidy informacyjnej do szybkiej oceny potrzeb zdrowotnych składają się z czterech poziomów:

- Poziom podstawowy to: budowa społeczeństwa, organizacja i struktura społeczna oraz możliwości społeczeństwa.
- Drugi poziom stanowią takie elementy jak: środowisko fizyczne, czynniki społeczno-ekonomiczne oraz chorobowość i niepełnosprawność.

- Trzeci poziom to edukacja, opieka zdrowotna oraz opieka społeczna.
- Na szczycie piramidy znajduje się polityka zdrowotna.

W każdym zakresie należy określić wskazane elementy, ponieważ wpływają one na potrzeby zdrowotne. Zarówno ogólna polityka zdrowotna, jak i zasoby i aktywności w zakresie opieki zdrowotnej czy społecznej mogą przyczynić się do poprawy zaspokojenia potrzeb zdrowotnych. W podejściu do tego problemu należy uwzględniać szeroką perspektywę zdrowia publicznego i fakt, że na zdrowie nie wpływa tylko dostęp do usług zdrowotnych i ich jakość, ale także elementy związane ze stylem życia, warunkami życia i świadomością indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie.

Podsumowując, aby przeprowadzić ocenę potrzeb zdrowotnych społeczności niezbędne jest zgromadzenie wiarygodnych i jak najbardziej aktualnych informacji. Źródła dostarczające informacji na temat potrzeb zdrowotnych można podzielić na cztery główne kategorie:

1. bazy danych (rutynowo zbierane dane, specjalne badania, dane z jednostek opieki zdrowotnej),
2. badania ankietowe przeprowadzane na próbach losowych lub w jednostkach opieki zdrowotnej,
3. badania fokusowe (realizowane dla szczególnych grup pacjentów),
4. opinie ekspertów związanych z opieką zdrowotną lub przedstawicielami pacjentów.

Zebranie danych za pomocą badania ankietowego bezpośrednio od reprezentatywnej próby mieszkańców jest trudne. Najczęściej badanie ankietowe odbywa się poprzez wypełnianie przez mieszkańców ankiet dystrybuowanych w ośrodkach zdrowia lub innych miejscach (głównie są to urzędy). W przypadku ośrodków zdrowia wiadomym jest, że korzystają z nich głównie osoby, u których występują jakieś problemy zdrowotne, dlatego też dane uzyskane od nich nie pozwalają na uogólnienie informacji na populację wszystkich mieszkańców danego regionu. Podobnym, niereprezentatywnym sposobem pozyskiwania informacji pozwalających na określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców jest zgłaszanie postulatów i sugestii podczas różnego rodzaju zebrań lokalnej społeczności. Jeśli chodzi o informacje umożliwiające ocenę korzystania z określonych procedur i usług medycznych, dane do takiej oceny są uzyskiwane od podmiotów leczniczych.

Zakres analiz potrzeb zdrowotnych obejmuje przede wszystkim dostęp mieszkańców do podstawowej opieki zdrowotnej, do lekarza specjalisty, do szpitala. Istotne są informacje o

posiadaniu ubezpieczenia zdrowotnego, o korzystaniu z opieki dentystycznej i okulistycznej. Ważnym jest zebranie informacji o przeszkodach, barierach w dostępie do opieki medycznej (bariery geograficzne, ekonomiczne, systemowe). Na poziomie populacji potrzeby zdrowotne szacowane są w oparciu o dane demograficzne, sytuację ekonomiczną powiatu, dane o zasobach mieszkaniowych oraz wskaźniki bezpieczeństwa w rejonie. Analiza środowiska obejmuje: ocenę narażenia mieszkańców na pyły zawieszone, obecność sieci wodociągowej i kanalizacji, działające zakłady przemysłowe oraz sieci wysokiego napięcia.

Ocena stylu życia i prewencja zdrowotna obejmuje ocenę aktywności fizycznej mieszkańców, stosowanych używek, diety i masy ciała, korzystanie ze szczepień ochronnych oraz uczestnictwo w skriningach/badaniach przesiewowych wykrywających choroby na wczesnych etapach. W obszarze stanu zdrowia i chorobowości analizie podlegają choroby przewlekłe, medycyna ratunkowa, zdrowie matki i dziecka, itp.

Zakres analiz potrzeb zdrowotnych

<ul style="list-style-type: none"> • POPULACJA <ul style="list-style-type: none"> – Demografia – Sytuacja ekonomiczna – Zasoby mieszkaniowe – Bezpieczeństwo 	<ul style="list-style-type: none"> • OPIEKA ZDROWOTNA <ul style="list-style-type: none"> – Dostęp do POZ, specjaliści, szpitala – Ubezpieczenie zdrowotne – Opieka dentystyczna, okulistyczna – Bariery w dostępie geograficzne, ekonomiczne, systemowe)
<ul style="list-style-type: none"> • ŚRODOWISKO <ul style="list-style-type: none"> – Pyły zawieszone – Wodociąg/kanalizacja/ – Zakłady przemysłowe – Sieci wysokiego napięcia 	<ul style="list-style-type: none"> • STYL ŻYCIA I PREWENCJA <ul style="list-style-type: none"> – Aktywność fizyczna – Użytki – Dieta – Szczepienia, – skrining
<ul style="list-style-type: none"> • STAN ZDROWIA I CHOROBY – Choroby przewlekłe, – Medycyna ratunkowa, – Zdrowie matki i dziecka, etc. 	

Czynniki środowiskowe są jednym z elementów warunkujących zdrowie. Obejmują one zarówno warunki życia jak i stan środowiska naturalnego. W różnych regionach, w zależności od problemów lokalnych (np. obecności przemysłu) w ocenie potrzeb zdrowotnych należy brać pod uwagę adekwatne do nich wskaźniki. Poniżej kilka przykładów.

Wskaźniki środowiskowe



Badanie ankietowe potrzeb zdrowotnych

1. Określenie celu badania, w jaki sposób będziemy przeprowadzać badanie oraz do kogo będziemy to badanie adresować

Zbieranie danych za pomocą ankiety wymaga przestrzegania pewnych zasad. Przede wszystkim ankieta powinna być przeprowadzona przez przeszkolonego w tym celu ankietera. Szkolenie ankieterów obejmuje dobór modułów w badaniu, przygotowanie do przeprowadzenia ankiety oraz rejestrację uczestnictwa w badaniu (z wypełnieniem ankiety non-respondenta). Czas trwania ankiety nie powinien być zbyt długi ze względu na zmęczenie, obniżenie skupienia uwagi po pewnym czasie i ryzyko odmowy wypełnienia za długiej ankiety. Szacuje się że wypełnienie ankiety nie powinno zająć więcej niż 40-50 minut. Zbieranie ankiet spośród wylosowanej populacji mieszkańców do badania ankietowego możliwe jest w kontaktach bezpośrednich lub też drogą e-mailem poprzez wysłanie ankiet do grupy osób do których badanie jest adresowane.

Jednym z elementów przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych jest zdefiniowanie kogo będziemy badać. Trzeba to zrobić aby wiedzieć do kogo będziemy odnosić uzyskane wyniki i właściwie zinterpretować wyniki badania. Populacją badaną może być populacja generalna i wtedy badanie należy przeprowadzić na losowo wybranej próbie mieszkańców z danego terenu. Badanymi mogą też być osoby, które korzystają z poradni medycznych/szpitala działających w określonym rejonie. Trzeba także określić miejsce badania (pod względem geograficznym).

Jeżeli badaną grupą jest próba z populacji ogólnej to należy wybrać ją losowo wg bazy mieszkańców PESEL. Wybór losowy może zostać dokonany np. w warstwach wiekowych: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80+ oraz w grupach płci.

Ile osób należy zbadać? Założenie jest takie, że trzeba wybrać co najmniej kilkadziesiąt osób w każdej z istotnych kategorii badawczych: np. grupy wieku/płci/miejsca zamieszkania/statusu społeczno-ekonomicznego, itp.

Badane osoby powinny spełniać odpowiednie kryteria włączenia do badania, na przykład badany musi być mieszkańcem powiatu/gminy lub też inne kryteria, w zależności od celu badania. Czasami trzeba określić kryteria wyłączenia z badania - kogo nie będziemy badać, np. gdy jest brak możliwości przeprowadzenia ankiety z osobą z powodu trudności z komunikacją czy z powodu bardzo poważnego stanu zdrowia.

Podstawowe zasady planowania badania ankietowego



2. Przygotowanie ankiety, przygotowanie materiałów i instrukcji w celu przeszkolenia ankietów, druk ankiet, ewentualnie przygotowanie sprzętu i ankiety w wersji on-line.

Ankiety należy przygotować przed rozpoczęciem badania. Na początku ankiety należy umieścić informację o badaniu, w sposób zrozumiały należy napisać jaki jest temat i cel badania ankietowego oraz informację o instytucji prowadzącej badania, z podaniem danych do kontaktu (adres, nr telefonu). Następnie należy jasno wyjaśnić na czym polega wypełnianie kwestionariusza (czyli krótka instrukcja wypełniania kwestionariusza). Określić czy w pytaniach można wybrać tylko jedną odpowiedź czy więcej; określić, że wybraną odpowiedź trzeba zakreślić kółkiem czy krzyżykiem lub zaznaczyć w inny sposób.

Po takim wprowadzeniu i instrukcji wypełniania, znajduje się zasadnicza część ankiety czyli część merytoryczna, w której są pytania badawcze (zamknięte/otwarte). Na końcu należy umieścić podziękowanie za czas poświęcony na badanie.

3. **Rekrutacja personelu, który będzie przeprowadzał badanie. Bardzo ważny jest odpowiedni dobór ankietów, którzy powinni mieć dobre rozeznanie w środowisku, w którym będziemy przeprowadzać badanie np. pielęgniarki środowiskowe.**
4. **Przeszkolenie ankietów, przekazanie informacji o sposobie i celu przeprowadzania ankiet, przeprowadzenie ankiet kontrolnych pomiędzy ankietami.**

- 5. Przekazanie list osób wylosowanych do badania lub określenie grupy osób do których jest adresowane badanie, wszystkich potrzebnych materiałów i sprzętu potrzebnego do sprawnego przeprowadzenia ankiety.**

Instrukcja dla ankietera

W zbieraniu danych ankietowych ważne jest, aby wszyscy ankieterzy przeprowadzali w ten sam sposób badanie wśród wszystkich badanych mieszkańców. Każdy ankieter powinien być przeszkolony w zakresie przeprowadzenia badania. Instrukcja określa ogólny cel badania oraz zawiera informację z kim będziemy przeprowadzić wywiad. Instrukcja określa też sposoby zachęcenia respondenta do udzielenia odpowiedzi (np. proszę sobie przypomnieć okoliczności danego zdarzenia; pytania otwarte typu 'i co było potem', 'a następnie?', 'czy coś jeszcze sobie Pan/i przypomina?').

Również jasno określony jest sposób zapisywania odpowiedzi na poszczególne pytania. Trzeba też określić co ankieter ma zrobić w wypadku braku odpowiedzi, jak ma to zaznaczyć. Instrukcja dla ankietera określa czy ankieter ma odczytywać warianty odpowiedzi czy też ma oczekiwać na propozycje respondenta. Przy czym podkreślić należy, że wariantów odpowiedzi "nie wiem" nie należy nigdy czytać respondentowi. W instrukcji jest dokładnie określone gdzie znajdują się pytania filtrujące i jak one działają, np. pytania tylko dla kobiet pomijamy przy badaniu mężczyzn.

- 6. Przekazanie list osób wylosowanych do badania lub określenie grupy osób do których jest adresowane badanie, wszystkich potrzebnych materiałów i sprzętu potrzebnego do sprawnego przeprowadzenia ankiety.**
- 7. Odnotowywanie wszelkich informacji uzyskanych w trakcie zbierania informacji o populacji wybranej do badania informacja o wypełnianiu ankiety non-respondent.**

W badaniach potrzeb zdrowotnych mieszkańców za pomocą ankiet można zastosować różne formy tych ankiet, w zależności jaka forma jest najbardziej dogodna i pozwoli zebrać pełne dane. Ankiety mogą mieć formę wydrukowanych kwestionariuszy, mogą to być ankiety w wersji elektronicznej, ankietę można też wypełnić podczas rozmowy telefonicznej.

Kwestionariusze w wersji elektronicznej można wysłać pocztą elektroniczną do mieszkańców czy liderów społeczności. Po uzyskaniu odpowiedniego pozwolenia od dyrekcji, ankiety w wersji elektronicznej można rozesłać np. do wszystkich pracowników lokalnych przedsiębiorstw, urzędów czy szkół.

8. **Ankietowanie, zbieranie informacji oraz sposób przekazywania ich do centrum koordynującego.**
9. **Wizyty kontrolne i sprawdzenie jakości przeprowadzania ankiet ewentualnie kontrola on-line.**

Do oceny potrzeb zdrowotnych można zastosować różne formy pytań. W innych badaniach najczęściej zadawano pytania **zamknięte**. Są one najbardziej dogodne w interpretacji wyników badania. Przygotowanie pytań zamkniętych wymaga wysiłku na etapie przygotowania badania, możliwe odpowiedzi w tych pytaniach powinny być dobrze przemyślane. W ocenie niektórych problemów można wykorzystać gotowe, standardowe pytania, sprawdzone w innych badaniach, np. pytania o samoocenę stanu zdrowia czy o spożycie alkoholu. Stopień uszczegółowienia pytań może być różny, w zależności od potrzeb. Na przykład w ocenie stanu zdrowia mieszkańców można przygotować listę 10 chorób, ale można też zapytać bardziej szczegółowo i przygotować listę np. 25 chorób. Dobrym sposobem oceny problemu zdrowotnego jest stosowanie **skali**. Na przykład „jak Pan/i ocenia dany problem zdrowotny w swojej społeczności?": a) duży; b) średni; c) mały; d) nie jest problemem. Jednak niektóre informacje można zebrać od mieszkańców poprzez pytania **otwarte**. Na przykład: „jakie Pan/i ma pomysły na rozwiązanie najważniejszych problemów zdrowotnych w lokalnej społeczności?"; „Proszę powiedzieć nam, własnymi słowami, co jest ważne dla poprawy Pana/i zdrowia?"; „jakie dodatkowe usługi zdrowotne powinny być oferowane aby sprostać wyzwaniom zdrowotnym w Pana/i społeczności?". Mogą też być pytania mieszane, gdy do pytania zamkniętego dodamy możliwość dopisania własnej odpowiedzi. Pytania o potrzeby zdrowotne mogą nie ograniczać się tylko do problemów danej osoby, ale mieć szerszy aspekt, w odniesieniu do rodziny, współmieszkańców, społeczności lokalnej.

Zasady zbierania danych

W czasie spotkania z respondentem, przed rozpoczęciem wypełniania ankiety, należy podziękować osobie badanej za wyrażenie zgody oraz ją poinformować, że wszystkie udzielone informacje są poufne, a także że udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania jest potrzebne w celu uzyskania wiarygodnych i ważnych wyników z badania. Badanemu

trzeba krótko wyjaśnić, że wyniki badania ocen potrzeb zdrowotnych są istotnym elementem działań prozdrowotnych powiatu. Na ich podstawie będą określone priorytety postępowania w zakresie zdrowia publicznego na poziomie lokalnym. Niemniej jednak, w każdej chwili badana osoba ma prawo przerwać badanie lub odmówić udzielenia odpowiedzi na którekolwiek pytanie.

W czasie przeprowadzania badania ankietowego należy dokładnie czytać pytania i odpowiadać tak, jak są zapisane i w takiej samej kolejności. Jeśli osoba badana tego wymaga należy ponownie przeczytać pytanie. Podczas przeprowadzania ankiety należy zachować skupienie i nie podejmować dyskusji na inne tematy, nawet, gdy osoba badana taką dyskusję rozpocznie. Na zadane pytanie należy odpowiedzieć krótko, a następnie poinformować, że badanie wymaga skupienia, i że rozmowę można przełożyć na czas po jej zakończeniu. Badanie można zakończyć wcześniej, jeśli jest wyraźna trudność w jego przeprowadzeniu (trudność w komunikacji, zmęczenie, itp.).

Jeżeli w badaniu potrzeb zdrowotnych przyjmuje się strategię wypełniania przez mieszkańców ankiet dystrybuowanych w miejscach publicznych, to wydrukowane ankiety trzeba rozmieścić w tak wielu miejscach użyteczności publicznej, jak to tylko możliwe. Dobrymi miejscami są urzędy, szpitale i przychodnie zdrowia, sklepy, szkoły, Kościoły, ankietę można także dystrybuować mieszkańcom podczas różnego rodzaju wydarzeń szkolnych czy kulturalnych (festiwale). Aby zebrać informacje od osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, ankiety powinny być łatwo dostępne w takich miejscach jak: banki żywności, domy dla bezdomnych, domy dla seniorów. Po wypełnieniu ankiet, mieszkańcy zostawiają ankietę w tym samym miejscu i np. wrzucają ją do specjalnie przygotowanej do tego urny.



Wyniki dotyczące oceny potrzeb zdrowotnych zawarte w raporcie

10. **Przetwarzanie danych i dalsze opracowanie i upowszechnienie wyników.**
11. **Wysyłanie wyników badań np. biochemicznych (jeśli takie wykonano w ramach przeprowadzanych badań ankietowych) oraz informacji wynikających z przeprowadzonej ankiety do respondentów biorących udział w badaniu.**

Jeśli w trakcie wykonywania badań ankietowych lub biochemicznych wyniki respondentów znacznie odbiegają od normy respondent powinien być niezwłocznie poinformowany i poproszony o zgłoszenie się na wizytę kontrolną.

W ramach projektu przygotowano kilkumodułowe narzędzie do oceny potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym metodą ankietową, obejmujące dane demograficzne, społeczno-ekonomiczne, zdrowotne, zwłaszcza pod kątem rozpowszechnienia chorób przewlekłych. Ocenie zostały poddane problemy i potrzeby z zakresu stylu życia, w tym oceniono: palenie papierosów, spożycie alkoholu, dietę, aktywność fizyczną. Pytania zawierają również dane o dostępności do opieki zdrowotnej, o badaniach profilaktycznych, szczepieniach oraz problemach zdrowotnych obserwowanych przez samych mieszkańców w społeczności

lokalnej. Narzędzie zbudowane jest modułowo, i zawiera kilkanaście określonych zagadnień tematycznych. Można dowolnie dostosowywać pytania z ankiety, choć Autorzy sugerują by starać się uwzględniać całościowo określone moduły badawcze.

Wyniki powinny zawierać wstępną informację dotyczącą rzeczywistej charakterystyki badanych osób (w przypadku badania ankietowego grupa ta może się nieco różnić od grupy planowanej) w zakresie podstawowych cech demograficznych.

Uzyskane w procesie oceny potrzeb zdrowotnych rezultaty można przedstawić w postaci tabel, wykresów (np. słupkowych, kołowych), rycin i map oraz w formie tekstowej korespondującej z tymi formami graficznymi. Tabele i ryciny nie powinny zawierać tych samych wyników. W tabelach należy podawać precyzyjne wyniki, to znaczy dokładne informacje o liczebnościach i wartościach danych cech (np. wartości średnie). Wykresy natomiast sprzyjają ilustrowaniu zmian w czasie, lub różnic pomiędzy analizowanymi grupami. Na rycinach czy mapach można przedstawić obszary (np. części danej gminy czy powiatu) pod kątem częstości występowania danej cechy (np. bezrobocia).

W ramach projektu Autorzy przygotowali narzędzie do oceny potrzeb zdrowotnych metodą ankietową. Zawiera ono podstawowe pytania z zakresu czynników demograficznych, społeczno-ekonomicznych, stanu zdrowia, styl życia, dostępności do opieki zdrowotnej oraz szczegółowe moduły dotyczące problemów zdrowotnych osób starszych, aktywności fizycznej oraz zdrowia środowiskowego. Ankieta znajduje się w Załączniku do niniejszego raportu.

Szczegółowy opis metod oceny potrzeb zdrowotnych zawarty jest w „PORADNIKU DO OCENY POTRZEB ZDROWOTNYCH” dostępnym w BAZIE WIEDZY NIZP-PZH.

4. Ocena potrzeb zdrowotnych - i co dalej? Ustalanie priorytetów zdrowotnych

Po przeprowadzaniu oceny potrzeb zdrowotnych i zaznajomieniu się za raportem należy określić w jakim kierunku będą podejmowane inicjatywy na poziomie lokalnym w najbliższym okresie. Jak wcześniej wspomniano, należy podejmować wyzwania i problemy zdrowotne, w których interwencja ma szansę odnieść pożądany skutek. Jest to ograniczone pozyskaną wiedzą, możliwymi do przeznaczenia zasobami finansowymi, osobowymi, czasowymi, itp.

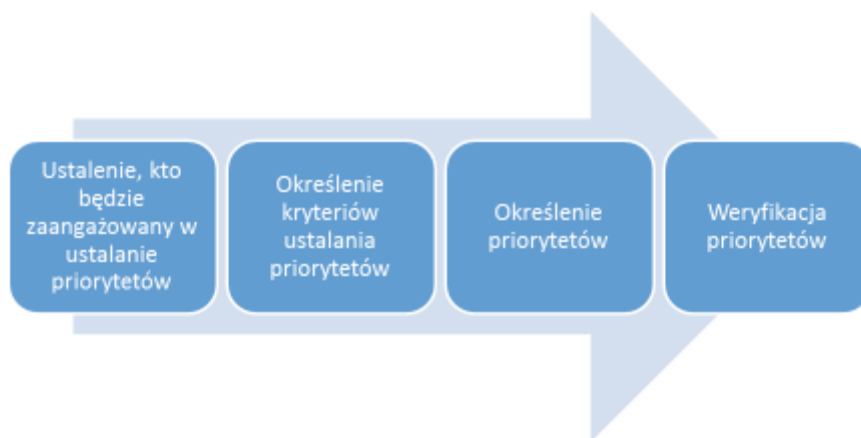
Istnieją generalnie dwa zakresy ustalania priorytetów:

- Szeroki (populacyjny) – ustalanie priorytetów dla populacji.
- Wąski (instytucjonalny) – ustalanie priorytetów dla instytucji zdrowotnych (może być także ustalony na podstawie zakresu z p. 1, dla pojedynczych instytucji lub grup/partnerów).

Ustalanie priorytetów zdrowotnych jest zadaniem powołanej do tego celu Rady/Komisji ds. potrzeb zdrowotnych. Etapy określenia priorytetów zdrowotnych to 4 etapy:

1. Ustalenie, kto będzie zaangażowany w ustalanie priorytetów (Może to być zespół ds. potrzeb zdrowotnych, Prezydium Rady, Prezydium Rady + eksperci, itp.).
2. Ustalenie kryteriów ustalania priorytetów.
3. Określenie priorytetów.
4. Walidowanie priorytetów.

Etapy DEFINIOWANIA I WALIDACJI priorytetów zdrowotnych



Ważnym elementem jest określenie planu ustalania priorytetów, terminu, liczby spotkań oraz uproszczenie całego procesu

Pierwszym zadaniem Rady (lub Prezydium) jest ustalenie kryteriów w oparciu o które, członkowie komisji będą oceniali priorytet interwencji zdrowotnych. Należy tego dokonać w kilku krokach:

- Określenie kryteriów dla ustalania priorytetów zdrowotnych przez Prezydium Rady lub wszystkich członków Rady.
- (ewentualnie) ustalenie wag dla kryteriów.
- Zaproponowanie przez członków Rady listy problemów zdrowotnych i problemów związanych z opieką zdrowotną, które mogą być ustanowione priorytetami na poziomie wojewódzkim.
- Ustalenie zbiorczej listy problemów zdrowotnych na poziomie wojewódzkim.
- Przypisanie wartości numerycznej w zakresie 0-10 przez każdego członka Rady każdemu problemowi zdrowotnemu z listy (4), gdzie 0-będzie oceną najniższą, a 10-najwyższą.
- (ewentualnie) ważenie wg zasad określonych w (2).
- Ustalenie priorytetów zdrowotnych dla powiatu/gminy (z przypisaną rangą, na podstawie wag i sumy punktów).

Określenie kryteriów ustalania priorytetów zdrowotnych

- Należy ustalić kryteria dla ustalania priorytetów
- Kryteria te mogą uwzględniać m.in. następujące elementy:
 - Rozpowszechnienie problemu zdrowotnego
 - Zakres
 - Dotkliwość/stopień ciężkości
 - Pilność
 - Nierówności zdrowotne
 - Znaczenie społeczne
 - Trendy historyczne
 - Możliwość interwencji, istnienie zasobów i skutecznych metod (w tym możliwość zapobiegania)
 - Związek z innymi problemami społecznymi
 - Możliwość szybkiej interwencji vs działania odległe lub złożone
 - Skutki ekonomiczne
 - Istnieje sposób pomiaru skutku interwencji
 - Czy problem jest szerszy i może prowadzić do wielu skutków zdrowotnych?

Jakie mogą być kryteria? Przede wszystkim należy ocenić wpływ na zdrowie - jakie problemy zdrowotne i determinanty zdrowia są najważniejsze z punktu widzenia zdrowia populacji? Np:

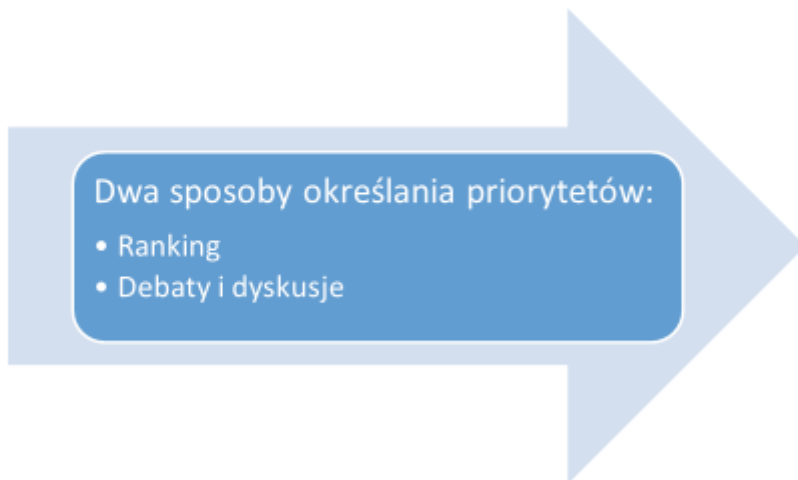
- Rozpowszechnienie - Liczba osób dotkniętych problemem zdrowotnym, np. w odniesieniu do innych porównywalnych populacji, przedstawione w wartościach bezwzględnych oraz względnych (np. w odniesieniu do wartości dla Polski, województwa, sąsiedniego powiatu).
- Istotne są także w ocenie rangi danego problemu dostępność do danych oraz ich wiarygodność.
- Dotkliwość/stopień ciężkości – jak poważne jest ryzyko powikłań albo ryzyko zgonu, czy stan chorobowy jest związany z występowaniem innych stanów chorobowych (jest ich determinantą?).
- Możliwość modyfikacji (modyfikowalność) – czy te najistotniejsze problemy zdrowotne i czynniki je determinujące mogą być skutecznie zmienione?
- Jeśli istnieją znane dowody naukowe na skuteczną interwencję, problem zdrowotny może być wysoko oceniony w priorytetach, jeśli dowody są nieprzekonujące lub ich brakuje należy ocenić go nisko.
- Czy istnieją wytyczne w tym zakresie stworzone przez organizacje naukowe/międzynarodowe?
- Jaki jest poziom możliwej interwencji: czy działania obejmują wszystkie poziomy interwencji?

- Poziom możliwych działań może być w jednym lub kilku zakresach:
 - prewencji pierwotnej
 - prewencji wtórnej
 - zapobieganie skutkom lub powikłaniom (profilaktyka trzeciorzędowa)
- Wykonalność w odniesieniu do istniejących zasobów - czy istnieją wystarczające zasoby w celu dokonania niezbędnych zmian? Czy możliwe jest podjęcie szybkiej interwencji czy też problem wymaga działań odległych lub złożonych?
- Akceptowalność - jakie są najbardziej oczekiwane i akceptowane zmiany prowadzące do osiągnięcia maksymalnego efektu.
- Czy istnieje sposób pomiaru skutku interwencji, czyli istnieją narzędzia lub system, za pomocą którego będzie można ocenić efekt przeprowadzonego działania w realnym/zakładanym okresie czasu.
- Do kryteriów oceny można włączyć inne elementy takie jak:
 - znaczenie społeczne,
 - wyrównywanie nierówności zdrowotnych,
 - koszty oraz skutki ekonomiczne,
 - trendy historyczne.

Przykłady kryteriów:

Rozpowszechnienie:	• Liczba osób dotkniętych problemem zdrowotnym
Dotkliwość:	• Czy problem zdrowotny znacznie obniża jakość życia?
Ryzyko powikłań lub zgonu	• Jakiek jest prawdopodobieństwo wystąpienia poszczególnych powikłań? • Jakiek jest prawdopodobieństwo wystąpienia zgonu?
Wpływ na populacje szczególnie wrażliwe	• Czy grupy wrażliwe są w sposób szczególny dotknięte tym problemem zdrowotnym? Czy standardowe metody walki z problemem zdrowotnym będą także skuteczne w przypadku tych grup?

Określenie priorytetów



W jaki sposób przebiega określenie priorytetów na podstawie rankingu?

Obejmuje on następujące etapy:

- Określenie numerycznej wartości w oparciu o wybrane kryteria (np. 1-10) przez każdego członka Rady lub dla całej grupy.
- Ocena może być dokonana wg kilku kryteriów, oraz z uwzględnieniem wag dla kryteriów (np. ważniejsze kryteria mają większą wagę, mniej ważne – mniejszą). Wagi należy ustalić w etapie 2.
- Przedstawienie wyników i dyskusja.
- Możliwość zmiany wartości potrzeb zdrowotnych po dyskusji.
- Można powtórzyć dyskusję (2x) aż do uzyskania konsensusu.

Przykładowa tabela określenia priorytetów metodą rankingową:

	ranga	waga	łącznie
Jakie jest rozpowszechnienie problemu zdrowotnego?	5	2	10
Jakie są konsekwencje nie rozwiązania tego problemu?	3	3	9
Czy istnieją działania dla rozwiązania tego problemu?	2	1	2
Jak ważny jest ten problem do członków społeczności?	2	2	4
Czy ten problem dotyka zagrożonych grup ludności?	4	3	12

W jaki sposób przebiega określenie priorytetów poprzez debaty i dyskusje?

Prezydium Rady ustala czas i zakres dyskusji potrzeb zdrowotnych. Wg tych zasad przebiega dyskusja Członków Rady. Rada powinna prowadzić swobodną dyskusję mając na uwadze, by składane propozycje uwzględniały wyniki oceny potrzeb zdrowotnych oraz inne cechy problemów, takie jak modyfikowalność, akceptowalność interwencji, i inne, które były wspomniane w Poradniku wcześniej.

W przypadku braku zgodności uczestników można przeprowadzić głosowanie.

Dyskusja taka jest trudna do przeprowadzenia w dużych grupach, więc można utworzyć podgrupy, które będą raportować wyniki dyskusji. Jeśli to będzie trudne, to można też przeprowadzić ustalanie priorytetów metodą rankingu.

Walidacja ustalonych priorytetów zdrowotnych oznacza potwierdzenie, że należy podjąć działania w odniesieniu do przyjętych priorytetów. Obejmuje ona przeprowadzanie konsultacji przyjętych priorytetów wśród:

- społeczności lokalnych,
- zarządzających placówkami leczniczymi,
- innych ważnych interesariuszy,
- ekspertów zdrowotnych.

Konsultacje powinny uwzględniać opis kryteriów i metody ustalania priorytetów. Walidacja może mieć formę:

- badania fokusowego,
- grup dyskusyjnych na poziomie lokalnym,

- o badań ankietowych,
- o „sądów obywatelskich” (citizens’ juries).

W przypadku znacznych różnic w ocenie priorytetów Rady/Komisji oraz grup konsultowanych można podjąć dyskusję na forum Rady/Komisji z zaproszonymi przedstawicielami grup zgłaszających konieczność zmiany priorytetów. By uniknąć kwestionowania ustalonych potrzeb zdrowotnych konsultacje społeczne może poprzedzać:

- Informacja dotycząca określania priorytetów zdrowotnych uwzględniającą obiektywne wskaźniki zdrowotne oraz troskę o wyrażane potrzeby zdrowotne przez społeczeństwo
- Kampania społeczna na rzecz budowania wspólnego celu działania

Niekiedy pomocny jest zewnętrzny konsultant, który pomoże osiągnąć konsensus.

5. Badanie pilotażowe potrzeb zdrowotnych w wybranych powiatach

Topór-Mądry R, Stepaniak U, Doryńska A, Polak M, Micek A, Misiowiec W, Pająk A

W celu przeprowadzenia badania pilotażowego narzędzia do oceny potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym wybrano dwa powiaty: powiat piotrkowski w województwie łódzkim oraz powiat proszowicki w województwie małopolskim. Są to powiaty, które wg analiz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH (prof. Bogdan Wojtyniak, dr Paweł Goryński) znajdują się w grupie powiatów o najwyższych współczynnikach umieralności ogólnej w Polsce.

Do badania wylosowano próbę 1000 mieszkańców w każdym z powiatów w wieku 18+. Dobór był losowy wg bazy mieszkańców PESEL, w warstwach wiekowych: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80+, w grupach płci. Kryteriami włączenia był fakt bycia mieszkańcem powiatu/gminy, natomiast jedynymi kryteriami wyłączenia brak możliwości przeprowadzenia ankiety (trudności z komunikacją, poważny stan zdrowia).

Inne elementy metodologii badania:

- Ankieta przeprowadzona została przez przeszkolonego ankietera
- Szkolenie obejmuje dobór modułów w badaniu, przygotowanie do przeprowadzenia ankiety oraz rejestrację uczestnictwa w badaniu (z wypełnieniem ankiety non-respondenta)
- Czas trwania ankiety – 40-60min
- Ankieter kontaktuje się z osobą wylosowaną w miejscu zamieszkania osobiście (lub telefonicznie). Informuje o badaniu, jego celu, czasie trwania, pyta o zgodę na uczestnictwo w badaniu i ustala termin badania.
- Podczas badania Ankieter odczytywał pytania i odpowiedzi. Badany miał możliwość spoglądania na kartę ankiety, szczególnie w przypadku pytań o większym stopniu skomplikowania.

Miejsce badania



5.1 Podstawowa charakterystyka terytorialna, demograficzna i zdrowotna

Oba badane powiaty mają charakter rolniczy, o powierzchni 1,429 km² (powiat piotrkowski) i 414,6 km² (powiat proszowski). Liczba ludności w 2014 roku w powiecie piotrkowskim w wynosiła 91 tys. osób i była niemal dwukrotnie większa niż w powiecie proszowskim (43 tys. osób), gdzie z kolei znacznie większe było zagęszczenie na 1/km² (63/km² vs 105/km²). Nieco ponad 25% mieszkańców w obu powiatach stanowią osoby poniżej 20 roku życia, natomiast osób powyżej 60 roku życia jest ok 29%. Z punktu widzenia stanu zdrowia oraz potrzeb zdrowotnych ta druga grupa zasługuje na większą uwagę. W obu powiatach ta grupa wiekowa jest większa u kobiet z powodu ich dłuższego czasu trwania życia. Dane o liczebności populacji i jej strukturze są przedstawione w tabelach poniżej. Wskaźnik urodzeń żywych na 1000 ludności jest dla powiatu piotrkowskiego nieco wyższy od średniej wartości dla Polski a dla powiatu proszowskiego nieco niższy.

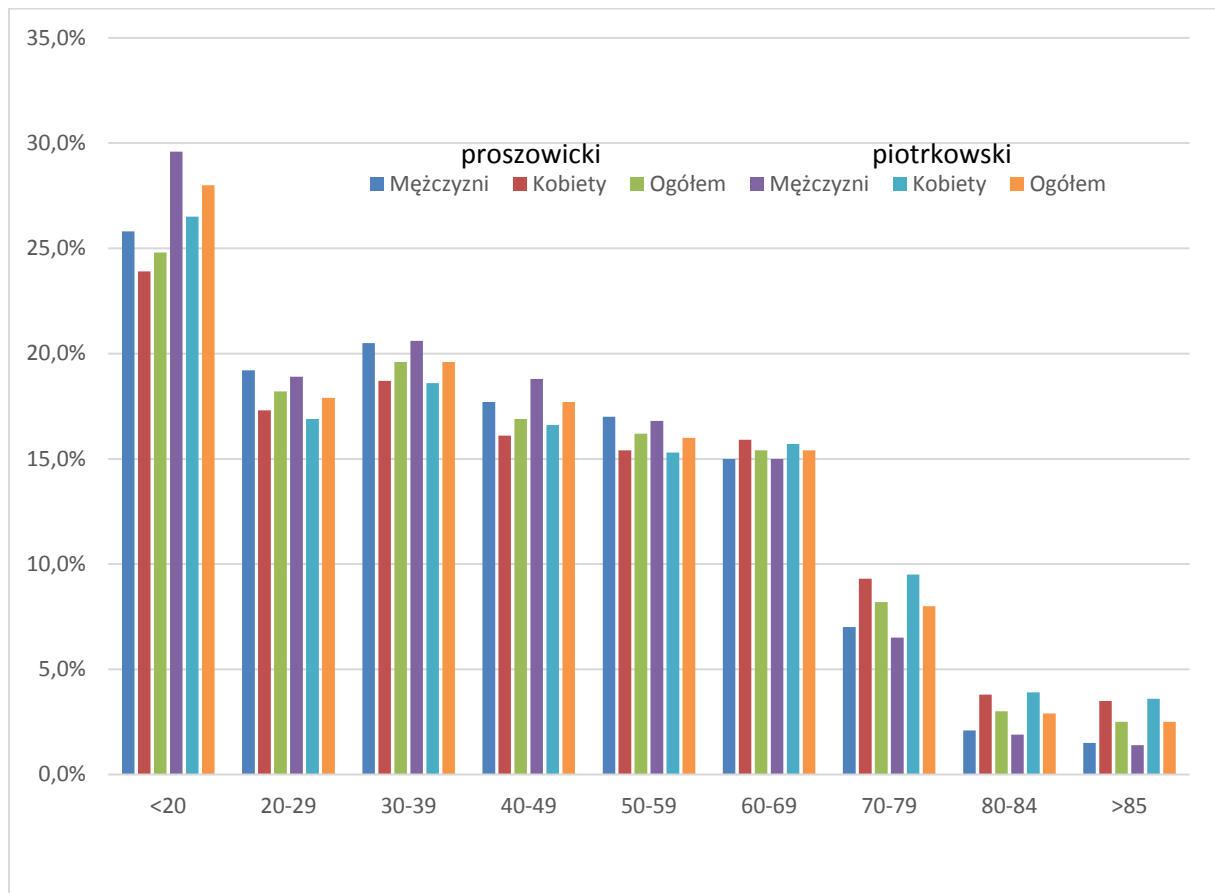
Ludność w powiecie piotrkowskim i proszowskim oraz odsetek osób wg płci

Kategoria	Polska				Powiat piotrkowski				Powiat proszowski				
	2012	2013	2014	% płci	2012	2013	2014	% płci	2012	2013	2014	% płci	
Liczba ludności	Ogółem	38 533 299	38 495 659	38 478 602		91 520	91 618	91 534		43 945	43 864	43 892	
	Mężczyźni	18 649 334	18 629 535	18 619 809	48%	45 245	45 223	45 146	49%	21 662	21 595	21 623	49%
	Kobiety	19 883 965	19 866 124	19 858 793	52%	46 275	46 395	46 388	51%	22 283	22 269	22 269	51%
Urodzenia żywe na 1 000 ludności		10,02	9,6	9,75		10,35	10,24	10,05		9,8	9,17	9,4	

Struktura wieku w powiecie piotrkowskim i proszowickim (liczba oraz procent w grupach wieku) wg płci

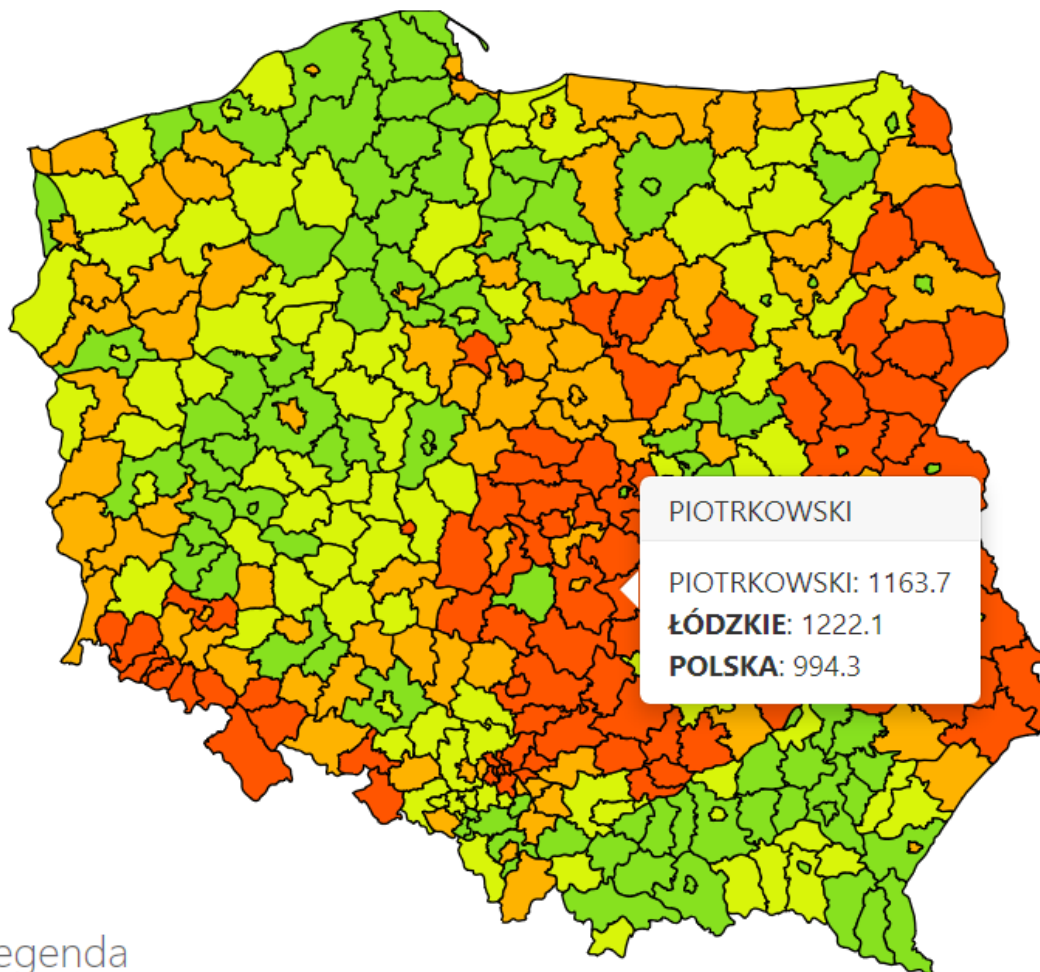
		Powiat proszowicki			Powiat piotrkowski		
Grupa wieku		Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
<20	Liczebność	4403	4274	8677	10274	9705	19979
	% wg grupy wieku	25,8%	23,9%	24,8%	29,6%	26,5%	28,0%
20-29	Liczebność	3277	3091	6368	6577	6176	12753
	% wg grupy wieku	19,2%	17,3%	18,2%	18,9%	16,9%	17,9%
30-39	Liczebność	3504	3345	6849	7174	6802	13976
	% wg grupy wieku	20,5%	18,7%	19,6%	20,6%	18,6%	19,6%
40-49	Liczebność	3032	2887	5919	6525	6083	12608
	% wg grupy wieku	17,7%	16,1%	16,9%	18,8%	16,6%	17,7%
50-59	Liczebność	2907	2753	5660	5852	5586	11438
	% wg grupy wieku	17,0%	15,4%	16,2%	16,8%	15,3%	16,0%
60-69	Liczebność	2555	2847	5402	5226	5743	10969
	% wg grupy wieku	15,0%	15,9%	15,4%	15,0%	15,7%	15,4%
70-79	Liczebność	1193	1658	2851	2243	3496	5739
	% wg grupy wieku	7,0%	9,3%	8,2%	6,5%	9,5%	8,0%
80-84	Liczebność	358	675	1033	673	1416	2089
	% wg grupy wieku	2,1%	3,8%	3,0%	1,9%	3,9%	2,9%
>85	Liczebność	256	633	889	471	1312	1783
	% wg grupy wieku	1,5%	3,5%	2,5%	1,4%	3,6%	2,5%
Razem	Liczebność	21485	22163	43648	45015	46319	91334


Odsetek osób w grupach wiekowych wg płci w badanych powiatach







Współczynnik umieralności z powodu wszystkich przyczyn wynosił w latach 2012-2014 w powiecie piotrkowskim 1163/100 tys. natomiast w powiecie proszowickim 1105/100 tys. i był wyższy niż średnie wartości dla Polski. Wartości niemal 20% wyższe od średnich ogólnopolskich dotyczyły mężczyzn (w obu powiatach). Po standaryzacji wg wieku współczynniki umieralności były w powiecie piotrkowskim wyższe o 15% w porównaniu do danych dla Polski, natomiast w powiecie proszowickim wyższe o 5%. Wśród kobiet te parametry wynosiły dla powiatu piotrkowskiego 8% a proszowickiego 1%, natomiast wśród mężczyzn odpowiednio 22% i 7%. Mieszkańcy powiatu proszowickiego charakteryzowali się wyższym ryzykiem zgonu z powodu chorób nowotworowych w porównaniu do danych ogólnopolskich, a mieszkańcy powiatu piotrkowskiego niższym ryzykiem. Odwrotnie było w przypadku chorób serca. Również zróżnicowanie pomiędzy powiatami występowało w przypadku zgonów z powodu wypadków komunikacyjnych, związanych z konsumpcją alkoholu oraz paleniem tytoniu.

Rzeczywisty współczynnik umieralności w powiecie piotrkowskim w latach 2012-2014

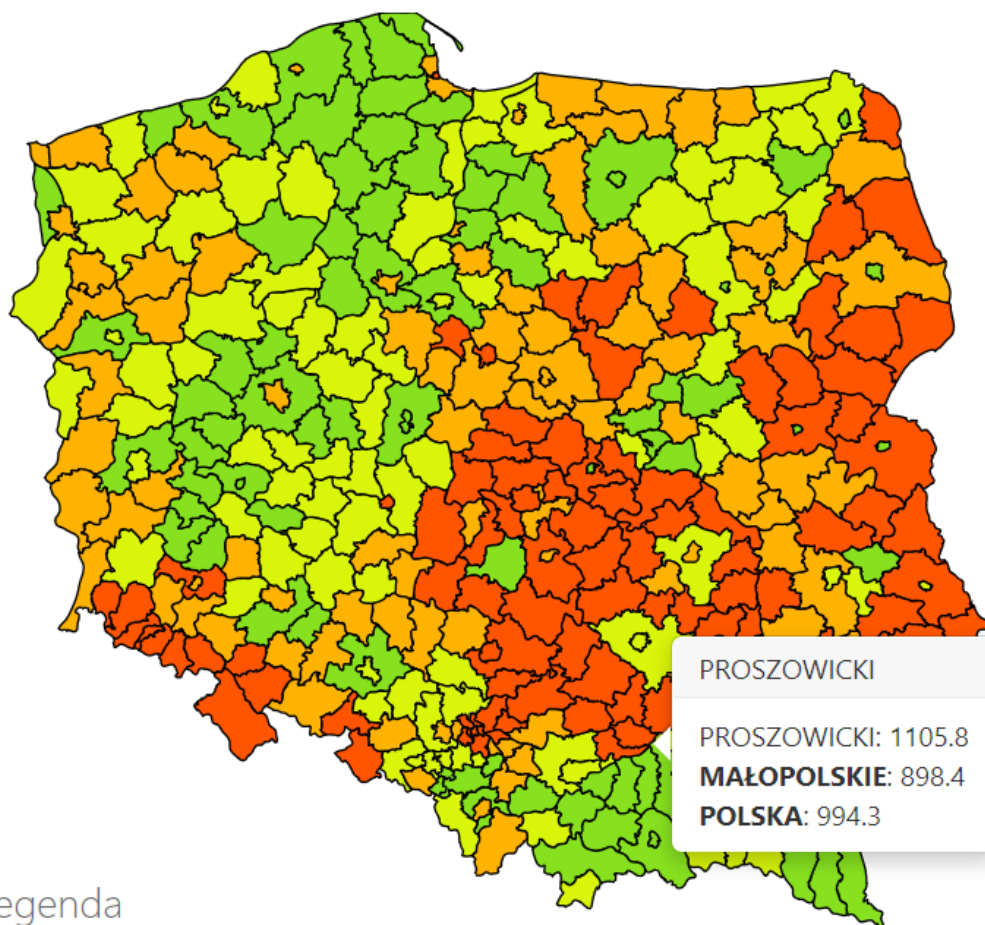


 Legenda

-  637.8 - 892.7
-  892.7 - 983.3
-  983.3 - 1097
-  1097 - 1574.8

Źródło: <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/>

Rzeczywisty współczynnik umieralności w powiecie proszowickim w latach 2012-2014



 Legenda

- 637.8 - 892.7
- 892.7 - 983.3
- 983.3 - 1097
- 1097 - 1574.8

Źródło: <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/>

Inne wybrane wskaźniki pochodzące z Atlasu Umieralności BAZY WIEDZY NIZP-PZH zawarte są w poniższej tabeli:

Kategoria	2012 - 2014			
	Polska	Powiat piotrkowski	Powiat proszowicki	
Standaryzowany wskaźnik umieralności - wszystkie przyczyny	Ogółem	1	1,154	1,045
	Kobiety	1	1,084	1,012
	Mężczyźni	1	1,219	1,075
Rzeczywisty współczynnik umieralności - wszystkie przyczyny	Ogółem	994,3	1163,7	1105,8
	Kobiety	920,9	1051,8	1002,4
	Mężczyźni	1072,4	1278,4	1212,3
Standaryzowany wskaźnik umieralności - nowotwory złośliwe	Ogółem	1	0,902	1,131
	Kobiety	1	0,887	1,073
	Mężczyźni	1	0,914	1,175
Rzeczywisty współczynnik umieralności - nowotwory złośliwe	Ogółem	246,2	220,1	287,6
	Kobiety	212,8	190,8	231,9
	Mężczyźni	281,9	250,1	345
Standaryzowany wskaźnik umieralności - choroby serca	Ogółem	1	1,077	0,714
	Kobiety	1	1,059	0,558
	Mężczyźni	1	1,096	0,865
Rzeczywisty współczynnik umieralności - choroby serca	Ogółem	270,2	297,7	208
	Kobiety	257	290,9	157,1
	Mężczyźni	284,3	304,7	260,3
Standaryzowany wskaźnik umieralności - wypadki komunikacyjne	Ogółem	1	1,991	0,932
	Kobiety	1	1,878	1,305
	Mężczyźni	1	2,024	0,827
Rzeczywisty współczynnik umieralności - wypadki komunikacyjne	Ogółem	10,4	20,8	9,9
	Kobiety	4,5	8,6	6
	Mężczyźni	16,7	33,2	13,9
Standaryzowany wskaźnik umieralności - przyczyny związane z konsumpcją alkoholu	Ogółem	1	1,293	0,774
	Kobiety	1	0,859	0,135
	Mężczyźni	1	1,422	0,963
Rzeczywisty współczynnik umieralności - przyczyny związane z konsumpcją alkoholu	Ogółem	24,5	31	19
	Kobiety	11,4	9,4	1,5
	Mężczyźni	38,5	53,1	37
Standaryzowany wskaźnik umieralności - przyczyny związane z paleniem tytoniu	Ogółem	1	0,861	1,38
	Kobiety	1	0,632	1,106
	Mężczyźni	1	0,955	1,487
Rzeczywisty współczynnik umieralności - przyczyny związane z paleniem tytoniu	Ogółem	92,2	78,3	132,1
	Kobiety	52,3	33,1	58,3
	Mężczyźni	134,7	124,7	207,9

Źródła:

- Dane Głównego Urzędu Statystycznego
- <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/atlas>

5.2 Wybrane wyniki badania pilotażowego

Wprowadzenie

Ocena potrzeb zdrowotnych mieszkańców jest złożonym procesem, który ma na celu dostarczenie informacji przydatnych do opracowania planu różnorodnych działań, mających na celu poprawę sytuacji zdrowotnej w rejonie i likwidację nierówności w zdrowiu.

Raporty z badań przeprowadzonych w innych krajach mają formę dokumentów, w których zebrano dane o potrzebach zdrowotnych badanych populacji w oparciu o najbardziej aktualne dane publikowane oraz wyniki badań pierwotnych, czy to w postaci badań ankietowych przeprowadzonych wśród mieszkańców czy wywiadów ze świadczeniodawcami usług zdrowotnych w rejonie. W raportach zawarte są informacje o realizatorach badań potrzeb zdrowotnych oraz o metodach zebrania danych. Raporty zawierają w początkowych rozdziałach charakterystykę demograficzną i społeczno-ekonomiczną badanego rejonu. Wyniki w nich przedstawione mają pozwolić na zidentyfikowanie obszarów, w których potrzebne są działania interwencyjne. Zazwyczaj problemów zdrowotnych jest wiele, ale w oparciu o przedstawione dane można ustalić te, które są w danym czasie priorytetowe. Niektóre raporty zawierają porównanie lokalnych problemów zdrowotnych czy dostępu do opieki zdrowotnej z sytuacją na poziomie kraju. Wynikające z badania nierówności w dostępie do opieki i badań profilaktycznych są istotną wskazówką dla realizatorów, jakie działania są potrzebne, aby uzyskać poprawę stanu zdrowia i równość w zdrowiu badanej populacji.

W poniższym raporcie przedstawiono wyniki analizy potrzeb zdrowotnych ludności zamieszkałej w dwóch wybranych powiatach o niższej od przeciętnej dla Polski długości trwania życia - proszowickim i piotrkowskim. Zgromadzenie informacji o potrzebach zdrowotnych społeczności jest podstawową częścią procesu oceny potrzeb zdrowotnych społeczności. W ramach tej oceny przeprowadzono badanie ankietowe wśród mieszkańców. Ankieta była przeprowadzona przez przeszkolonych ankierów. Przeprowadzenie badania ankietowego pozwoliło na uzyskanie danych niedostępnych w rutynowo zbieranych bazach danych czy rejestrach. Na przykład są to dane o stylu życia mieszkańców czy też subiektywne opinie mieszkańców na temat obserwowanych problemów i potrzeb zdrowotnych w miejscu ich zamieszkania. Uzyskane wyniki pozwalają na uogólnienie informacji na populację wszystkich mieszkańców badanych powiatów.

W wynikach obecnego raportu przedstawione zostały dane charakteryzujące badane populacje pod względem demograficznym, społeczno-ekonomicznym (m.in. wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, dochód). Następnie zamieszczono informacje o stanie zdrowia mieszkańców i chorobowości, zwłaszcza pod kątem rozpowszechnienia chorób przewlekłych. Dla osób które wskazały, że chorują na daną chorobę przewlekłą, np. cukrzycę, były dodatkowe pytania o sposób leczenia, skuteczność leczenia i problemy związane z tą chorobą. Pytano, czy dana choroba przewlekła lub niepełnosprawność zaburza uczestnictwo w zwyczajnych aktywnościach życiowych. W badaniu ankietowym, poprzez odpowiednie pytania oceniono funkcjonowanie fizyczne mieszkańców, problemy związane ze zdrowiem psychicznym, występowanie wypadków, zdrowie jamy ustnej, problemy ze wzrokiem i słuchem. Ocenie zostały poddane problemy i potrzeby z zakresu stylu życia, w tym oceniono: palenie papierosów (ilość, palenie bierne, próby rzucania i korzystanie z fachowej pomocy medycznej w rzucaniu palenia), alkohol (częstość picia, przyczyny), masę ciała i ewentualne próby odchudzania, dietę (np. częstość spożycia różnych produktów, stosowanie diet), aktywność fizyczną (jaką uprawia a jaką chciałby uprawiać i przeszkody w tym zakresie).

Zebrano informacje o korzystaniu z opieki medycznej (pogotowie, lekarz rodzinny, gabinety prywatne, specjaliści) oraz o opinii i ocenę mieszkańców o jakości i dostępności aktualnych usług zdrowotnych. Przedstawiono również dane o uczestniczeniu w badaniach profilaktycznych, szczepieniach oraz problemach zdrowotnych obserwowanych przez samych mieszkańców w społeczności lokalnej. W osobnym module ankiety oceniono środowiskowe potrzeby zdrowotne oraz specyficzne potrzeby osób starszych.

Charakterystyka demograficzna

Podstawowym czynnikiem warunkującym zdrowie społeczeństwa jest wiek. Wraz ze wzrostem długości życia oraz spadkiem urodzeń społeczeństwo polskie starzeje się. Ten proces będzie narastał, a ponieważ wraz z wiekiem zwiększa się narażenie na wystąpienie chorób przewlekłych (czas oddziaływania czynników szkodliwych jest większy, zwiększa się narażenia na mutacje przy podziale komórek i w związku z tym następuje wzrost ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe), należy oczekiwać wzrostu potrzeb zdrowotnych. W perspektywie kilkudziesięciu lat wydaje się niemożliwe zaspokojenie potrzeb zdrowotnych bez znaczącego rozwoju medycyny oraz skuteczności działań promocji i prewencji zdrowotnych w każdym wieku. Już teraz określa się sposoby prewencji zdrowia nie tylko dla osób młodych i w średnim wieku, gdzie kształtuje się styl życia i odpowiedzialność za własne zdrowie, ale i dla osób w wieku powyżej 65 r. ż., czego przykładem jest realizowany pod kierunkiem prof. Stanisławy Golinowskiej z Instytutu Zdrowia Publicznego w Krakowie międzynarodowy program Pro-Health 65+²⁰.

W badanych powiatach respondenci stanowili najwyższy odsetek uczestników w grupie wieku 20-30 i 30-40 lat (18-23% wszystkich badanych). Osoby w wieku 60-70 stanowiły w powiecie piotrkowskim 15,5% a w powiecie proszowickim 17,5% badanych. Osoby powyżej 70 roku życia to około 13-14% wszystkich uczestniczących.

²⁰ PRO HEALTH 65+ Health Promotion and Prevention of Risk – Action for Seniors, <http://www.pro-health65plus.eu/>

Rozkład według wieku i płci osób uczestniczących w badaniu

Grupa wiekowa		PIOTRKOWSKI			PROSZOWICKI		
		Płeć respondent a		Ogółem	Płeć respondent a		Ogółem
		Mężczyzna	Kobieta		Mężczyzna	Kobieta	
20-30	Liczebność	106	93	199	42	41	83
	%	21,2%	17,1%	19,1%	16,7%	16,0%	16,3%
30-40	Liczebność	94	113	207	58	47	105
	%	18,8%	20,8%	19,8%	23,0%	18,4%	20,7%
40-50	Liczebność	80	94	174	39	46	85
	%	16,0%	17,3%	16,7%	15,5%	18,0%	16,7%
50-60	Liczebność	89	82	171	38	44	82
	%	17,8%	15,1%	16,4%	15,1%	17,2%	16,1%
60-70	Liczebność	72	90	162	47	42	89
	%	14,4%	16,6%	15,5%	18,7%	16,4%	17,5%
70-80	Liczebność	47	44	91	17	25	42
	%	9,4%	8,1%	8,7%	6,7%	9,8%	8,3%
80-84	Liczebność	8	19	27	10	7	17
	%	1,6%	3,5%	2,6%	4,0%	2,7%	3,3%
>85	Liczebność	4	8	12	1	4	5
	%	0,8%	1,5%	1,2%	0,4%	1,6%	1,0%
Ogółem	Liczebność	500	543	1043	252	256	508
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Innym ważnym czynnikiem warunkującym zdrowie jest mieszkanie z żoną/mężem (partnerem/partnerką) oceniane zwykle poprzez pytania dotyczące stanu cywilnego. Ma ono dwa wymiary: mężczyźni żyjący w związku charakteryzują się dłuższym czasem życia, a po drugie: osoby w starszym wieku mieszkające samotnie są bardziej narażone na brak pomocy w życiu codziennym oraz w przypadku nagłych problemów zdrowotnych. W badaniu pilotażowym na pytanie o stan cywilny 66,4% respondentów z powiatu piotrkowskiego odpowiedziało, że są mężatkami/zonaci lub osobami w związku nieformalnym, 17,8% to panny i kawalerowie, 12,1% to wdowy i wdowcy, a 3,7% respondentów jest rozwiedzionych/w separacji. W powiecie proszowickim 66,1%

respondentów to mężatki/zonaci lub osoby w związku nieformalnym, 19,8% to panny/kawalerowie, 11,5% to wdowy i wdowcy, natomiast 2,6% to rozwodnicy lub osoby w separacji.

Stan cywilny respondentów według powiatów

			Panna, kawaler	Mężatka, żonaty (lub w związku nieformal- nym)	Wdowa, wdowiec	Rozwiedzio- ny(a), separacja	Odmowa odpowiedz i	Ogółem
Powiat	PIOTRK OWSKI	Liczeb- ność	141	527	96	29	1	794
		%	17,8%	66,4%	12,1%	3,7%	0,1%	100,0%
	PROSZO WICKI	Liczeb- ność	150	501	87	20	0	758
		%	19,8%	66,1%	11,5%	2,6%	0,0%	100,0%
Ogółem		Liczeb- ność	291	1028	183	49	1	1552
		%	18,8%	66,2%	11,8%	3,2%	0,1%	100,0%

Istotnym elementem związanym ze zdrowiem człowieka jest jego wykształcenie. Wydaje się, że to nie wykształcenie jest determinantem zdrowia (choć zaobserwowano, iż osoby z lepszym wykształceniem bardziej troszczą się o zdrowie: dbają o dietę, rzadziej palą papierosy, uczestniczą częściej w badaniach profilaktycznych), ale że wykształcenie jest raczej wskaźnikiem zdrowia. Można się spodziewać, że w miejscowościach gdzie wykształcenie jest wyższe stan zdrowia będzie lepszy, niż w miejscowościach o przeważającym ogólnie niższym poziomie wykształcenia. Ponadto, z wymienionych wyżej powodów programy zdrowotne powinny być nieco inaczej formowane dla regionów o zróżnicowanym poziomie wykształcenia w celu zapewnienia skutecznego odbioru i uczestnictwa. W powiecie piotrkowskim 49,2% respondentów ma ukończone wykształcenie podstawowe, gimnazjalne lub zasadnicze zawodowe, 32,7% to osoby z ukończonym liceum/technikum lub szkołą policealną, 14% posiada wykształcenie magisterskie, 2,9% licencjackie, a 1,1% niepełne zawodowe lub brak. Natomiast w powiecie proszowickim 53,1% respondentów to osoby z wykształceniem podstawowym, gimnazjalnym lub zasadniczym zawodowym, 31,4% osób ukończyło liceum/technikum lub szkołę policealną, 9,8% ma wykształcenie magisterskie, 4,4% licencjackie, a 1,3% nie ma wykształcenia lub posiada niepełne podstawowe.

Wykształcenie respondentów według powiatów

			Brak wykształcenia/ niepełne podstawowe	Podstawowe	Zasadnicze zawodowe po szkole podstawowej	Gimnazjum	Zasadnicze zawodowe po gimnazjum	Liceum/ technikum	Policealne	Liceum	Magisterskie	Ogółem
Powiat	PIOTRKOWSKI	Liczebność	9	170	198	5	18	243	17	23	111	794
		%	1,1%	21,4%	24,9%	0,6%	2,3%	30,6%	2,1%	2,9%	14,0%	100,0%
Powiat	PROSZOWICKI	Liczebność	10	135	227	5	36	217	21	33	74	758
		%	1,3%	17,8%	29,9%	0,7%	4,7%	28,6%	2,8%	4,4%	9,8%	100,0%
Ogółem		Liczebność	19	305	425	10	54	460	38	56	185	1552
		%	1,2%	19,7%	27,4%	0,6%	3,5%	29,6%	2,4%	3,6%	11,9%	100,0%

Sytuacja ekonomiczna jest kluczowa jeśli chodzi o możliwości troski o zdrowie, a co więcej badania wskazują, że również być może warunkuje zdrowie: osoby o lepszej sytuacji ekonomicznej są zdrowsze niż te w gorszej. Podobnie jak w przypadku poziomu edukacji programy zdrowotne powinny być dostosowane do sytuacji ekonomicznej odbiorców. Z doświadczeń międzynarodowych wynika, że osoby które są dobrze sytuowane łatwiej korzystają z programów zdrowotnych, mają lepszy dostęp do opieki zdrowotnej, chętniej przeznaczają środki finansowe na właściwą dietę, rekreacyjną aktywność fizyczną, rzadziej palą papierosy. W powiecie piotrkowskim przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym dla 40,5% respondentów wynosi od 1001 – 2000 zł, dla 38% od 501 – 1000 zł, natomiast dla 7,3% poniżej 500zł. W powiecie proszowickim 36% respondentów osiąga dochód od 501 – 1000 zł, 32,4% od 1001 – 2000 zł, a 8,7% poniżej 500 zł.

Dochód respondentów według powiatów

Jaki jest przeciętny miesięczny dochód netto („na rękę”, po odliczeniu wszystkich podatków) przypadający na jedną osobę w Pana(i) gospodarstwie domowym?												
			Poniżej 500 zł	501-1000 zł	1001-1500 zł	1501-2000 zł	2001-2500 zł	2501-3000 zł	Powyżej 3000 zł	Trudno powiedzieć	Odmowa odpowiedzi	Ogółem
Powiat	PIOTRKOWSKI	Liczebność	58	302	230	91	30	16	13	32	22	794
		%	7,3%	38,0%	29,0%	11,5%	3,8%	2,0%	1,6%	4,0%	2,8%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczebność	66	273	171	74	30	7	23	91	23	758
		%	8,7%	36,0%	22,6%	9,8%	4,0%	0,9%	3,0%	12,0%	3,0%	100,0%
Ogółem		Liczebność	124	575	401	165	60	23	36	123	45	1552
		%	8,0%	37,0%	25,8%	10,6%	3,9%	1,5%	2,3%	7,9%	2,9%	100,0%

Stan ekonomiczny jest uwarunkowany głównie regularną pracą zawodową i zadawanie pytań dotyczących zatrudnienia jest konieczne z punktu widzenia oceny potrzeb zdrowotnych. W powiecie piotrkowskim 5,3% respondentów to osoby prowadzące gospodarstwo domowe (zajmujące się domem, rodziną), 4,4% to osoby bezrobotne, 4% to osoby trwale niezdolne do pracy, a 3,5% to osoby nieaktywne zawodowo z innych powodów. W powiecie proszowickim 7,7% to osoby trwale niezdolne do pracy, 5% to osoby nieaktywne zawodowo z innych powodów, 3,6% to osoby bezrobotne, a 2,4% to osoby prowadzące gospodarstwo domowe (zajmujące się domem, rodziną).

Status zatrudnienia respondentów według powiatów

Czy Pan(i) uważa się głównie za:											
Powiat			osobę pracującą (także pomagającą w rodzinnej działalności na własny rachunek lub będącą na praktykach lub płatnym st...)	osobę pracującą (także pomagającą w rodzinnej działalności na własny rachunek lub będącą na praktykach lub płatnym st...)	osobę bezrobotną	ucznia, studenta (także osobę dokształcającą się lub na bezpłatnym stażu)	osobę na emeryturze (także na wcześniejszej emeryturze lub osobę, która zakończyła działalność spодarczą)	osobę trwale niezdolną do pracy	osobę prowadzącą gospodarstwo domowe (zajmującą się domem, rodziną)	osobę nieaktywną zawodowo z innych powodów	Ogółem
Powiat	PIOTRKO WSKI	Liczebność	380	41	35	17	219	32	42	28	794
		%	47,9%	5,2%	4,4%	2,1%	27,6%	4,0%	5,3%	3,5%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczebność	384	21	27	19	193	58	18	38	758
		%	50,7%	2,8%	3,6%	2,5%	25,5%	7,7%	2,4%	5,0%	100,0%
Ogółem		Liczebność	764	62	62	36	412	90	60	66	1552
		%	49,2%	4,0%	4,0%	2,3%	26,5%	5,8%	3,9%	4,3%	100,0%

Samocena stanu zdrowia

Podstawowym elementem badania zdrowia populacji jest samocena stanu zdrowia. Jest to zwykle pytanie z 5 punktową skalą odpowiedzi, gdzie badany ocenia swój stan zdrowia jako bardzo dobry, dobry, przeciętny, zły i bardzo zły. Samocena zdrowia jest niezwykle wartościowym elementem, ponieważ na poziomie populacji koreluje ze współczynnikiem umieralności ogólnej. W Polsce jego użyteczność jest nieco ograniczona przez czynnik kulturowy (dość niechętnie przyznajemy się do sukcesów, w tym do bardzo dobrego stanu zdrowia), ale może być pierwszym wskaźnikiem problemów zdrowotnych. W badaniu pilotażowym 42,4% respondentów z powiatu piotrkowskiego ocenia swoje zdrowie jako dobre, 27,8% jako ani dobre ani złe, 15% jako bardzo dobre, 11,8% jako złe, a 2,8% jako bardzo złe. Natomiast w powiecie proszowickim 40,4% respondentów ocenia swoje zdrowie jako dobre, 27,3% jako ani dobre ani złe, 17,2% jako bardzo dobre, 13,2% jako złe, a 1,8% jako bardzo złe.

Samocena stanu zdrowia respondentów według powiatów

Jak ocenia Pan(i) stan swojego zdrowia? Czy można powiedzieć, że Pana(i) zdrowie jest:									
			bardzo dobre	dobre	ani dobre ani złe	złe	bardzo złe	trudno powiedzieć	Ogółem
Powiat	PIOTRKOWSKI	Liczba	119	337	221	94	22	1	794
		%	15,0%	42,4%	27,8%	11,8%	2,8%	0,1%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczba	130	306	207	100	14	1	758
		%	17,2%	40,4%	27,3%	13,2%	1,8%	0,1%	100,0%
Ogółem		Liczba	249	643	428	194	36	2	1552
		%	16,0%	41,4%	27,6%	12,5%	2,3%	0,1%	100,0%

Choroby przewlekłe

W Polsce, jak we wszystkich krajach rozwiniętych głównym problemem zdrowotnym są choroby przewlekłe. Wiązą się one z potrzebami zdrowotnymi w zakresie leczenia, rehabilitacji, ale również rozwojem i pogłębianiem się stanu chorobowego lub zapobieganiem powikłaniom. W długofalowej strategii mogą być wyzwaniem dla tworzonych programów profilaktycznych, które mają zmniejszyć zapadalność na choroby przewlekłe. W badaniu pilotażowym na pytanie o długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane, że będą trwały) przez 6 miesięcy lub dłużej, 55,2% respondentów z powiatu piotrkowskiego odpowiedziało, że ich nie ma, a 44,7%, że ma. Natomiast w powiecie proszowickim przecząco odpowiedziało 50,7% osób, a twierdząco 49,3% osób.

Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych u respondentów według powiatów

Czy ma Pan(i) jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane, że będą trwały) przez 6 miesięcy lub dłużej?						
			Tak	Nie	Odmowa odpowiedzi	Ogółem
Powiat	PIOTRKOWSKI	Liczebność	355	438	1	794
		%	44,7%	55,2%	0,1%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczebność	374	384	0	758
		%	49,3%	50,7%	0,0%	100,0%
Ogółem		Liczebność	729	822	1	1552
		%	47,0%	53,0%	0,1%	100,0%

Choroby przewlekłe wiążą się z ograniczeniami w wykonywaniu codziennych czynności, co w połączeniu z zaawansowanym wiekiem, faktem mieszkania samotnie, oddaleniem od jednostek opieki zdrowotnej, brakiem opieki w domu może skutkować poważnymi konsekwencjami. Na pytanie czy z powodu problemów zdrowotnych miał Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej, 65,5% respondentów z powiatu piotrkowskiego odpowiedziało, że nie miało żadnych ograniczeń, 22,7% miało ograniczoną zdolność, ale niezbyt poważnie, natomiast 11,8% miało poważnie ograniczoną zdolność. W powiecie proszowickim 60,3%

osób nie miało żadnych ograniczeń, 23,5% miało ograniczoną zdolność, ale niezbyt poważnie, a 16,2% miało poważnie ograniczoną zdolność.

Ograniczenie wykonywania codziennych czynności związane ze stanem zdrowia respondentów według powiatów

Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan(i) ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?						
			Tak, poważnie ograniczoną	Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie	Nie, nie miałem(am) żadnych ograniczeń	Ogółem
Powiat	PIOTRKOWSKI	Liczebność	94	180	520	794
		%	11,8%	22,7%	65,5%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczebność	123	178	457	758
		%	16,2%	23,5%	60,3%	100,0%
Ogółem		Liczebność	217	358	977	1552
		%	14,0%	23,1%	63,0%	100,0%

W badaniu potrzeb zdrowotnych należy uwzględnić pytania o konkretne jednostki chorobowe, jeżeli jest rozważane stworzenie programu zdrowotnego w tym zakresie. Jednymi z najczęściej występujących stanów chorobowych są nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia oraz cukrzyca. Wszystkie te choroby przewlekłe prócz znaczącej chorobowości charakteryzują się koniecznością stosowania właściwego leczenia, prowadzenia odpowiedniego stylu życia oraz kontroli parametrów choroby. Dają też możliwość znacznego ograniczenia wystąpienia powikłań jeżeli wspomniane elementy będą przestrzegane. W ocenie potrzeb zdrowotnych zatem będzie ważne określenie rozpowszechnienia choroby (te dane mogą pochodzić z badania ankietowego, ale również z danych z podstawowej opieki zdrowotnej) i stosowania się do zaleceń. Z powodu niskiej wykrywalności (np. brak zgłaszania się do badań profilaktycznych lub ich nie wykonywanie przez jednostki opieki zdrowotnej w wymaganym zakresie) niestety wysoka jest częstość niezdiagnozowanych chorób (potrzeby niezaspokojone). Ponieważ istnieją szacunki o poziomie braku wykrywalności, można odnieść wyniki badania ankietowego do tych wartości. W przypadku gdy istnieje możliwość interwencji w tym zakresie, należy często podczas badania potrzeb zdrowotnych ocenić bezpośrednio ich częstość

występowania nadciśnienia lub cukrzycy bezpośrednio przez badania ciśnienia krwi lub poziomu cukru we krwi. Wyniki te w porównaniu z wynikami badania ankietowego i świadomości rozpoznania pozwolą ocenić częstość nieuświadomionych potrzeb zdrowotnych w tym zakresie.

W badaniu pilotażowym na pytanie czy jeżeli lekarz stwierdził u Pana(i) nadciśnienie tętnicze, czy w okresie ostatnich 14 dni stosował/a Pan/i systematyczne leczenie zalecone przez lekarza, respondenci z powiatu piotrkowskiego odpowiadali: 92,3% tak, ściśle według zaleceń, 4,1% nie stosowałem/am leczenia, gdyż nie było zalecone, 2,4% tak, częściowo (niezbyt systematycznie), a 1,2% nie, nie stosowałem/am się do zaleceń. W powiecie proszowickim udzielono odpowiedzi: 88,9% tak, ściśle według zaleceń, 5,8% tak, częściowo (niezbyt systematycznie), 2,9% nie stosowałem/am leczenia, gdyż nie było zalecone, natomiast 2,4% nie, nie stosowałem/am się do zaleceń.

Stosowanie zalecanego leczenia w przypadku występowania nadciśnienia według powiatów

Jeżeli lekarz stwierdził u Pana(i) nadciśnienie tętnicze, czy w okresie 14 ostatnich dni stosował(a) Pan(i) systematycznie leczenie zalecone przez lekarza?							
			Tak, ściśle według zaleceń	Tak, częściowo (niezbyt systematycznie)	Nie, nie stosowałem/am się do zaleceń	Nie stosowałem/am leczenia, gdyż nie było zalecone	Ogółem
Powiat	PIOTR KOWSKI	Liczebność	156	4	2	7	169
		%	92,3%	2,4%	1,2%	4,1%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczebność	184	12	5	6	207
		%	88,9%	5,8%	2,4%	2,9%	100,0%
Ogółem		Liczebność	340	16	7	13	376
		%	90,4%	4,3%	1,9%	3,5%	100,0%

Na pytanie, czy w przypadku gdy lekarz stwierdził u Pana(i) hipercholesterolemię, w okresie ostatnich 14 dni stosował/a Pan/i systematycznie leczenie zalecone przez lekarza, respondenci z powiatu piotrkowskiego udzielili odpowiedzi: 86,4% tak, ściśle według zaleceń, 10,2% tak, częściowo (niezbyt systematycznie), 1,7% nie, nie stosowałem/am się do zaleceń i 1,7% nie stosowałem/am leczenia, gdyż nie było zalecone. Respondenci z powiatu proszowickiego odpowiadali: 75,7% tak, ściśle według zaleceń, 13,6% tak,

częściowo (niezbyt systematycznie), 5,8% nie, nie stosowałem/am się do zaleceń, a 4,9% nie stosowałem/am leczenia, gdyż nie było zalecone.

Stosowanie zalecanego leczenia w przypadku występowania hipercholesterolemii według powiatów

Jeżeli lekarz stwierdził u Pana(i) hipercholesterolemię (wysoki poziom cholesterolu), czy w okresie ostatnich 14 dni stosował(a) Pan(i) systematycznie leczenie zalecone przez lekarza?							
			Tak, ściśle według zaleceń	Tak, częściowo (niezbyt systematycznie)	Nie, nie stosowałem/am się do zaleceń	Nie stosowałem/am leczenia, gdyż nie było zalecone	Ogółem
Powiat	PIOTRKOWSKI	Liczebność	51	6	1	1	59
		%	86,4%	10,2%	1,7%	1,7%	100,0%
Powiat	PROSZOWICKI	Liczebność	78	14	6	5	103
		%	75,7%	13,6%	5,8%	4,9%	100,0%

Na pytanie czy jeżeli lekarz stwierdził u Pana(i) cukrzycę, jakie leczenie Pan/i stosował/a zalecone przez lekarza, respondenci z powiatu piotrkowskiego odpowiedzieli: 59% dietę i tabletki, 19,7% dietę i insulinę, 19,7% dietę, tabletki i insulinę, a 1,6% tylko dietę. Natomiast 79,6% respondentów z powiatu proszowickiego stosowało dietę i tabletki, 7,4% dietę i insulinę, 7,4% dietę, tabletki i insulinę, 1,9% tylko dietę, a 1,9% nie stosowało leczenia, gdyż nie było zalecone.

Stosowanie leczenia w przypadku występowania cukrzycy według powiatów

Jeżeli lekarz stwierdził u Pana(i) cukrzycę, jakie leczenie zalecone przez lekarza Pan(i) stosował(a)?									
			Tylko dietę	Dietę i insulinę	Dietę i tabletki	Dietę, tabletki i insulinę	Nie stosowałem się do zaleceń	Nie stosowałem leczenia, gdyż nie było zalecone	Ogółem
Powiat	PIOTR KOWSKI	Liczebność	1	12	36	12	0	0	61
		%	1,6%	19,7%	59,0%	19,7%	0,0%	0,0%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczebność	1	4	43	4	1	1	54
		%	1,9%	7,4%	79,6%	7,4%	1,9%	1,9%	100,0%
Ogółem		Liczebność	2	16	79	16	1	1	115
		%	1,7%	13,9%	68,7%	13,9%	0,9%	0,9%	100,0%

Zdrowie jamy ustnej

Niezwykle ważnym elementem badania stanu zdrowia jest zdrowie jamy ustnej. W starzejących się społeczeństwach stanowi to istotny problem zdrowotny, na który zwracają uwagę osoby badane. Okazuje się bowiem, że opieka zdrowotna jest bardziej przystosowana do świadczenia wyspospecjalistycznych usług zdrowotnych, gdy tymczasem osoby w podeszłym wieku na co dzień spotykają się z problemami związanymi z przeżuwaniami pokarmów i w skrajnych przypadkach niedostatecznym dostarczaniem potrzebnych substancji odżywczych lub też problemami z aktywnościami dnia codziennego lub w życiu społecznym.

W badaniu pilotażowym 48,1% respondentów z powiatu piotrkowskiego ocenia stan zdrowia swojego uzębienia (dotyczy to jamy ustnej, zębów naturalnych oraz sztucznych i/lub protez) jako bardzo dobry lub dobry, 29,8% jako przeciętny, 16,4% jako zły, a 4,5% jako bardzo zły. Natomiast 54,6% respondentów z powiatu proszowickiego ocenia stan zdrowia swojego uzębienia jako bardzo dobry lub dobry, 27% jako przeciętny, 12,3% jako zły, a 5,5% jako bardzo zły.

Ocena stanu zdrowia uzębienia według powiatów

Jak mógłby(aby) Pan(i) określić stan zdrowia swojego uzębienia (dotyczy np. jamy ustnej, zębów naturalnych oraz sztucznych i/lub protez)										
			bardzo dobry	dobry	przeciętny	zły	bardzo zły	nie wiem	odmowa odpowiedzi	Ogółem
Powiat	PIOTR KOWSKI	Liczebność	123	259	237	130	36	3	6	794
		%	15,5%	32,6%	29,8%	16,4%	4,5%	0,4%	0,8%	100,0%
Powiat	PROSZOWICKI	Liczebność	123	291	205	93	42	3	1	758
		%	16,2%	38,4%	27,0%	12,3%	5,5%	0,4%	0,1%	100,0%
Ogółem	Liczebność		246	550	442	223	78	6	7	1552
	%		15,9%	35,4%	28,5%	14,4%	5,0%	0,4%	0,5%	100,0%

56,8% respondentów z powiatu piotrkowskiego określa stan swojego uzębienia jako tylko zęby naturalne, 26,2% zarówno zęby naturalne, jak i sztuczne, 13,5% deklaruje brak zębów naturalnych, tylko zęby sztuczne (proteza), a 2,8% brak zębów zarówno naturalnych, jak i sztucznych. Z kolei 56,7% respondentów z powiatu proszowickiego ocenia stan swojego

uzębienia jako tylko zęby naturalne, 27,2% zarówno zęby naturalne, jak i sztuczne, 13,9% deklaruje brak zębów naturalnych, tylko zęby sztuczne (proteza), a 2,2% brak zębów zarówno naturalnych, jak i sztucznych.

Stan uzębienia respondentów według powiatów

Pana(i) stan uzębienia można określić jako:									
			Tylko zęby naturalne	Zarówno zęby naturalne, jak i sztuczne	Brak zębów naturalnych, tylko zęby sztuczne	Brak zębów zarówno naturalnych jak i sztucznych	Trudno powiedzieć	Odmowa odpowiedzi	Ogółem
Powiat	PIOTRKOWSKI	Liczba	451	208	107	22	1	5	794
		%	56,8%	26,2%	13,5%	2,8%	0,1%	0,6%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczba	430	206	105	17	0	0	758
		%	56,7%	27,2%	13,9%	2,2%	0,0%	0,0%	100,0%
Ogółem		Liczba	881	414	212	39	1	5	1552
		%	56,8%	26,7%	13,7%	2,5%	0,1%	0,3%	100,0%

Palenie

Jednym z najsilniej działających na zdrowie czynników szkodliwych jest palenie papierosów. Ich niekorzystny wpływ jest związany zarówno z obecnością nikotyny jak i licznych czynników karcinogennych, czego skutkiem jest zwiększanie rozwoju miażdżycy i zatem zapadalności na zawał serca i udar mózgu, jak również licznych chorób nowotworowych, przede wszystkim płuca, oskrzeli, tchawicy i krtani. Rozpowszechnienie palenia papierosów zmniejsza się od 20 lat, ale jest ciągle na wysokim poziomie u mężczyzn, a u kobiet obserwuje się wzrost palenia, na szczęście o mniejszej intensywności (mniejsza liczba papierosów dziennie). Potrzeba interwencji w tym zakresie istnieje zawsze, ale również bardzo trudno określić i przeprowadzić skuteczny program w tym zakresie.

Na pytanie czy obecnie pali Pan/i papierosy, 58,2% respondentów z powiatu piotrkowskiego odpowiedziało, że nigdy nie palili, 19% paliło w przeszłości, ale przestało, 18,3% pali regularnie, średnio więcej niż jeden papieros dziennie, a 4,5% pali okazjonalnie, mniej niż jeden papieros dziennie. Z kolei 58,6% respondentów z powiatu proszowickiego

nigdy nie paliło, 19,8% pali regularnie, średnio więcej niż jeden papieros dziennie, 19,4% paliło w przeszłości, ale przestało, a 2,2% pali okazjonalnie, mniej niż jeden papieros dziennie.

Status palenia respondentów według powiatów

Czy obecnie pali Pan(i) papierosy?							
			Tak, regularnie, średnio więcej niż jeden papieros dziennie	Tak, okazjonalnie, mniej niż jeden papieros dziennie	Nie, paliłem(am) w przeszłości, ale przestałem(am)	Nie, nigdy nie paliłem(a m)	Ogółem
Powiat	PIOTR KOWSKI	Liczebność	145	36	151	462	794
		%	18,3%	4,5%	19,0%	58,2%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczebność	150	17	147	444	758
		%	19,8%	2,2%	19,4%	58,6%	100,0%
Ogółem		Liczebność	295	53	298	906	1552
		%	19,0%	3,4%	19,2%	58,4%	100,0%

Bardzo ważne jest, by osoby które chcą rzucić palenie miały ułatwione postępowanie w tym zakresie: program zdrowotny dotyczący zaprzestania palenia powinien być prowadzony na terenie powiatu i łatwo dostępny. O trudności z nim związane należy bezwzględnie zapytać. Na pytanie czy poszukiwał/a Pan/i profesjonalnej pomocy w rzucaniu palenia (pomocy lekarza, psychoterapeuty, uczestnictwa w programach rzucania palenia, np. w Programie Leczenia Zespołu Uzależnienia od Tytoniu), 94,9% respondentów z powiatu piotrkowskiego odpowiedziało przecząco, a 5,1% twierdząco. Natomiast z powiatu proszowickiego przecząco odpowiedziało 93,3% respondentów, a twierdząco 6,7%.

Poszukiwanie pomocy w rzucaniu palenia według powiatów

Czy poszukiwał(a) Pan(i) profesjonalnej pomocy w rzucaniu palenia (pomocy lekarza, psychoterapeuty, uczestnictwa w programach rzucania palenia, np. w Programie leczenia Zespołu Uzależnienia od Tytoniu)?					
			Tak	Nie	Ogółem
Powiat	PIOTRKO WSKI	Liczebność	17	315	332
		%	5,1%	94,9%	100,0%
	PROSZOWI CKI	Liczebność	21	293	314
		%	6,7%	93,3%	100,0%
Ogółem		Liczebność	38	608	646
		%	5,9%	94,1%	100,0%

Na pytanie: jeśli tak, to czy taką pomoc Pan/i otrzymał/a, 76,5% respondentów z powiatu piotrkowskiego udzieliło odpowiedzi 'tak' (powiat proszowicki: 76,2%), a 23,5% odpowiedzi 'nie' (powiat proszowicki: 23,8%).

Uzyskanie pomocy w rzucaniu palenia według powiatów

Czy taką pomoc Pan(i) otrzymał(a)?					
			Tak	Nie	Ogółem
Powiat	PIOTRKOWSKI	Liczebność	13	4	17
		%	76,5%	23,5%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczebność	16	5	21
		%	76,2%	23,8%	100,0%
Ogółem		Liczebność	29	9	38
		%	76,3%	23,7%	100,0%

Bardzo pomocne jest określenie chęci rzucenia palenia. Może to wskazywać na wolę współpracy w programach, które są organizowane przez władze lokalne. 55,8% respondentów z powiatu piotrkowskiego deklaruje, że chciałoby przestać palić (powiat proszowicki: 60,5%), a 24,9% że nie chciałoby (powiat proszowicki: 15%).

Deklarowana chęć zaprzestania palenia według powiatów

Czy chciał(a)by Pan(i) przestać palić?						
			Tak	Nie	Nie jestem zdecydowany(a)	Ogółem
Powiat	PIOTRKOWSKI	Liczebność	101	45	35	181
		%	55,8%	24,9%	19,3%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczebność	101	25	41	167
		%	60,5%	15,0%	24,6%	100,0%
Ogółem		Liczebność	202	70	76	348
		%	58,0%	20,1%	21,8%	100,0%

Palenie bierne, prócz palenia czynnego stanowi znaczny problem w obu badanych powiatach. Wyniki badania pokazują, że 76,8% respondentów z powiatu piotrkowskiego w przeciętnym tygodniu nie przebywa w pomieszczeniu, w którym inne osoby palą papierosy natomiast pozostałe osoby spotykają się z różnego stopnia nasileniem tego problemu. 3,1% w zadymionym pomieszczeniu przebywa tygodniowo 1 godzinę, 3,1% 2 godziny, 1,8% 10 godzin, 1,5% 4 godziny, 1,3% 3 godziny, 0,9% 5 godzin, 0,8% 6 godzin, 0,8% 20 godzin, 0,8% 30 godzin, 0,6% 14 godzin, 0,5% 8 godzin, 0,5% 15 godzin, 0,5% 21 godzin, 0,5% 25 godzin, 0,3% 7 godzin, 0,3% 12 godzin, 0,3% 24 godziny, 0,3% 35 godzin, 0,1% 16 godzin, 0,1% 18 godzin, 0,1% 28 godzin, 0,1% 50 godzin, 0,1% 60 godzin, 0,1% 70 godzin, a 0,1% 84 godziny. Bardzo podobne wyniki dotyczą powiatu proszowickiego i w przeciętnym tygodniu w pomieszczeniu, w którym inne osoby palą papierosy 4,7% mieszkańców przebywa 1 godzinę, 3,4% 2 godziny, 2,4% 5 godzin, 2,2% 10 godzin, 2,1% 4 godziny, 1,5% 3 godziny, 0,7% 7 godzin, 0,7% 12 godzin, 0,7% 15 godzin, 0,7% 40 godzin, 0,5% 6 godzin, 0,5% 8 godzin, 0,4% 20 godzin, 0,4% 35 godzin, 0,3% 50 godzin, 0,1% 14 godzin, 0,1% 16 godzin, 0,1% 18 godzin, 0,1% 24 godziny, 0,1% 25 godzin, 0,1% 28 godzin, 0,1% 30 godzin, 0,1% 32 godziny, 0,1% 42 godziny, 0,1% 48 godzin, 0,1% 65 godzin, 0,1% 70 godzin, 0,1% 72 godziny, 0,1% 80 godzin, 0,1% 84 godziny, a 0,1% 100 godzin. Ponieważ pytanie jest przeprowadzane metodą ankietową nie można mieć pewności co do dokładności wyników, natomiast bezsporny jest fakt istnienia problemu i braku świadomości części mieszkańców.

Problemy w otoczeniu

Innym rodzajem pytań, które nie odnoszą się bezpośrednio do sytuacji zdrowotnej osoby badanej są pytania o problemy zdrowotne lub związane pośrednio ze stanem zdrowia w społeczności lokalnej. Nie mają one bezpośredniej możliwości określenia ich rozpowszechnienia ale pokazują odbiór społeczny oraz określają możliwość akceptacji programów zdrowotnych, które zostaną zaproponowane przez władze lokalne. W przypadku problemów, które są zgłaszane, zrozumienie i aktywne uczestnictwo w tych interwencjach będą większe.

Według respondentów z powiatu piotrkowskiego największe problemy zdrowotne w ich społeczności lokalnej – stopień 5 w skali od 0 do 5 (0 = nie ma problemu, 5 = problem bardzo duży) to: nadużywanie alkoholu (27,2% odpowiedzi), choroby kręgosłupa i stawów (23,6%), bardzo rozpowszechnione palenie papierosów (12,7%), choroby nowotworowe (12,1%), choroby serca (11%), cukrzyca (8%), astma/choroby dróg oddechowych (2,5%), znaczna otyłość (1,6%), choroby psychiczne (0,6%), znaczna niepełnosprawność (0,3%), choroby przenoszone drogą płciową (0,2%) i cięża nieletnich (0,2%).

Istotnymi problemami zdrowotnymi (stopień 4) są: choroby serca (20,5% odpowiedzi), bardzo rozpowszechnione palenie papierosów (19,3%), choroby kręgosłupa i stawów (16,1%), cukrzyca (14%), choroby nowotworowe (10%), nadużywanie alkoholu (9,6%), znaczna otyłość (5,3%), astma/choroby dróg oddechowych (2,2%), nadużywanie narkotyków (1,3%), urazy (w tym przemoc i wypadki) (0,6%), choroby psychiczne (0,5%), znaczna niepełnosprawność (0,3%) oraz inne (0,3%).

Średniej wagi problemami zdrowotnymi (stopień 3) jest: cukrzyca (20,1% odpowiedzi), choroby kręgosłupa i stawów (19,4%), choroby serca (16,7%), choroby nowotworowe (10,9%), nadużywanie alkoholu (8,8%), bardzo rozpowszechnione palenie papierosów (8,3%), znaczna otyłość (7%), choroby nowotworowe (3,8%), choroby psychiczne (1,9%), znaczna niepełnosprawność (1,1%), urazy (w tym przemoc i wypadki) (0,9%), nadużywanie narkotyków (0,4%), cięża nieletnich (0,4%), choroby przenoszone drogą płciową (0,2%), inne (0,2%).

Mniej znaczące problemy zdrowotne (stopień 2) to: choroby kręgosłupa i stawów (16,4% odpowiedzi), choroby serca (15,9%), cukrzyca (14,6%), znaczna otyłość (12%), choroby nowotworowe (11,7%), bardzo rozpowszechnione palenie papierosów (8,4%), nadużywanie

alkoholu (8,1%), astma/choroby dróg oddechowych (6%), choroby psychiczne (2,9%), znaczna niepełnosprawność (2,1%), urazy (w tym przemoc i wypadki) (0,8%), cięża nieletnich (0,5%), nadużywanie narkotyków (0,3%) i choroby przenoszone drogą płciową (0,3%).

Mało istotne problemy zdrowotne (stopień 1) to: znaczna otyłość (15,4% odpowiedzi), choroby kręgosłupa i stawów (14,5%), choroby nowotworowe (12,8%), cukrzyca (11,1%), nadużywanie alkoholu (10,7%), choroby serca (9,4%), bardzo rozpowszechnione palenie papierosów (8,1%), astma/choroby dróg oddechowych (5,1%), choroby psychiczne (4,3%), znaczna niepełnosprawność (2,6%), nadużywanie narkotyków (1,7%), urazy (w tym przemoc i wypadki) (1,7%), cięża nieletnich (1,7%), choroby przenoszone drogą płciową (0,4%) oraz inne (0,4%).

Respondenci z powiatu proszowickiego uważają, że największymi problemami zdrowotnymi w ich społeczności lokalnej (stopień 5) są: choroby kręgosłupa i stawów (28,1% odpowiedzi), nadużywanie alkoholu (19,8%), bardzo rozpowszechnione palenie papierosów (15,2%), choroby nowotworowe (13,1%), choroby serca (10,4%), cukrzyca (5,4%), astma/choroby dróg oddechowych (3,8%), znaczna otyłość (2,5%), nadużywanie narkotyków (0,4%), cięża nieletnich (0,4%), inne (0,4%), choroby psychiczne (0,2%) oraz urazy (w tym przemoc i wypadki) (0,2%).

Istotnymi problemami zdrowotnymi (stopień 4) są: choroby kręgosłupa i stawów (19% odpowiedzi), bardzo rozpowszechnione palenie papierosów (18,8%), choroby serca (18,5%), nadużywanie alkoholu (10,4%), cukrzyca (10,4%), choroby nowotworowe (7,9%), astma/choroby dróg oddechowych (5,4%), znaczna otyłość (5,2%), choroby psychiczne (1,7%), nadużywanie narkotyków (1,5%), znaczna niepełnosprawność (0,6%), urazy (w tym przemoc i wypadki) (0,4%) i inne (0,2%).

Średniej wagi problemy zdrowotne (stopień 3) to: choroby serca (16,8% odpowiedzi), choroby kręgosłupa i stawów (14,6%), cukrzyca (14,1%), bardzo rozpowszechnione palenie papierosów (11,6%), choroby nowotworowe (10,3%), znaczna otyłość (9,5%), nadużywanie alkoholu (8,1%), astma/choroby dróg oddechowych (6,2%), nadużywanie narkotyków (2,7%), urazy (w tym przemoc i wypadki) (2,7%), choroby psychiczne (2,2%) oraz znaczna niepełnosprawność (1,4%).

Mniej znaczącymi problemami zdrowotnymi (stopień 2) są: choroby kręgosłupa i stawów (19% odpowiedzi), znaczna otyłość (16,7%), cukrzyca (13,7%), choroby serca (12,9%), bardzo rozpowszechnione palenie papierosów (9,5%), nadużywanie alkoholu (7,6%),

choroby nowotworowe (7,2%), astma/choroby dróg oddechowych (4,9%), choroby psychiczne (3%), urazy (w tym przemoc i wypadki) (1,9%), znaczna niepełnosprawność (1,9%), a także nadużywanie narkotyków (1,5%).

Mało istotne problemy zdrowotne (stopień 1) to: znaczna otyłość (17,7% odpowiedzi), bardzo rozpowszechnione palenie papierosów (15,9%), choroby kręgosłupa i stawów (13,4%), cukrzyca (9,8%), nadużywanie alkoholu (7,3%), choroby nowotworowe (7,3%), choroby serca (7,3%), urazy (w tym przemoc i wypadki) (6,7%), znaczna niepełnosprawność (3,7%), nadużywanie narkotyków (3%), ciążę nieletnich (3%), choroby psychiczne (2,4%), astma/choroby dróg oddechowych (1,8%) oraz inne (0,6%).

Przed chwilą wybrał(a) Pan(i) określone problemy zdrowotne występujące w Pana(i) społeczności lokalnej. Teraz proszę uszeregować te problemy w kolejności od największych do najmniejszych - Odpowiedź I

			Nadużywanie alkoholu	Bardzo rozpowszechnione palenie papierosów	Astma choroby dróg oddechowych	Choroby nowotworowe	Cukrzyca	Nadużywanie narkotyków	Choroby serca	Choroby psychiczne	Znaczna otyłość	Urazy (w tym przemoc i wypadki)	Choroby przenoszone drogą płciową	Ciąże nieletnich	Znaczna niepełnosprawność	Choroby kręgosłupa i stawów	Inne:	Ogółem
Powiat	PIOTRKOWSKI	Liczba	171	80	16	76	50	0	69	4	10	0	1	1	2	148	0	628
		%	27,2%	12,7%	2,5%	12,1%	8,0%	0,0%	11,0%	0,6%	1,6%	0,0%	0,2%	0,2%	0,3%	23,6%	0,0%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczba	95	73	18	63	26	2	50	1	12	1	0	2	0	135	2	480
		%	19,8%	15,2%	3,8%	13,1%	5,4%	0,4%	10,4%	0,2%	2,5%	0,2%	0,0%	0,4%	0,0%	28,1%	0,4%	100,0%
Ogółem		Liczba	266	153	34	139	76	2	119	5	22	1	1	3	2	283	2	1108
		%	24,0%	13,8%	3,1%	12,5%	6,9%	0,2%	10,7%	0,5%	2,0%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	25,5%	0,2%	100,0%

Według respondentów z powiatu piotrkowskiego największe problemy socjalne w ich społeczności lokalnej – stopień 5 w skali od 0 do 5 (0 = nie ma problemu, 5 = problem bardzo duży) to: uzależnienia (27,7% odpowiedzi), niedogodny transport (komunikacja) (18,9%), bezrobocie (15%), niski poziom wykształcenia (9,4%), rozbite rodziny (7,9%), brak opieki dla seniorów ze strony systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (6,7%), dostępność opieki dla dzieci (żłobki, przedszkola) (4,1%), ubóstwo (2,6%), przemoc domowa/wykorzystywanie i znęcanie się (fizyczne, psychiczne, finansowe) nad dziećmi, kobietami, osobami starszymi (2,1%), zaniedbywanie osób starszych przez rodziny, sąsiadów (1,9%), zdrowie psychiczne (1,3%), przestępstwa/przemoc (bezpieczeństwo okolicy) (0,9%), samobójstwa (0,9%), bezdomność (0,4%) oraz trudności językowe i kulturowe (0,2%).

Istotnymi problemami socjalnymi (stopień 4) są: uzależnienia (18,2% odpowiedzi), bezrobocie (14,6%), niedogodny transport (komunikacja) (13,5%), niski poziom wykształcenia (10,1%), dostępność opieki dla dzieci (żłobki, przedszkola) (9,4%), brak opieki dla seniorów ze strony systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (9%), rozbite rodziny (7,1%), zaniedbywanie osób starszych przez rodziny, sąsiadów (4,1%), zdrowie psychiczne (3,9%), trudności językowe i kulturowe (2,8%), przemoc domowa/wykorzystywanie i znęcanie się (fizyczne, psychiczne, finansowe) nad dziećmi, kobietami, osobami starszymi (2,1%), ubóstwo (2,1%), przestępstwa/przemoc (bezpieczeństwo okolicy) (1,9%), samobójstwa (0,6%) i bezdomność (0,4%).

Średniej wagi problemy socjalne (stopień 3) to: bezrobocie (14,1% odpowiedzi), rozbite rodziny (13,4%), uzależnienia (12,8%), dostępność opieki dla dzieci (żłobki, przedszkola) (11,6%), brak opieki dla seniorów ze strony systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (10,9%), niski poziom wykształcenia (9,4%), niedogodny transport (komunikacja) (8,4%), ubóstwo (3,8%), zaniedbywanie osób starszych przez rodziny, sąsiadów (3,4%), przemoc domowa/wykorzystywanie i znęcanie się (fizyczne, psychiczne, finansowe) nad dziećmi, kobietami, osobami starszymi (3,1%), zdrowie psychiczne (3,1%), trudności językowe i kulturowe (2,5%), przestępstwa/przemoc (bezpieczeństwo okolicy) (1,6%), bezdomność (0,9%) oraz samobójstwa (0,9%).

Mniej znaczące problemy socjalne (stopień 2) to: niski poziom wykształcenia (11,6% odpowiedzi), uzależnienia (11%), dostępność opieki dla dzieci (żłobki, przedszkola) (10,4%), rozbite rodziny (8,7%), brak opieki dla seniorów ze strony systemu opieki zdrowotnej

i pomocy społecznej (8,7%), bezrobocie (8,7%), zaniedbywanie osób starszych przez rodziny, sąsiadów (8,1%), niedogodny transport (komunikacja) (7,5%), ubóstwo (6,9%), zdrowie psychiczne (6,4%), przemoc domowa/wykorzystywanie i znęcanie się (fizyczne, psychiczne, finansowe) nad dziećmi, kobietami, osobami starszymi (5,8%), bezdomność (2,3%), trudności językowe i kulturowe (2,3%), przestępstwa/przemoc (bezpieczeństwo okolicy) (1,2%) oraz samobójstwa (0,6%).

Mało istotnymi problemami socjalnymi (stopień 1) są: niski poziom wykształcenia (14,3% odpowiedzi), rozbite rodziny (12,1%), brak opieki dla seniorów ze strony systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (9,9%), dostępność opieki dla dzieci (żłobki, przedszkola) (9,9%), trudności językowe i kulturowe (7,7%), przemoc domowa/wykorzystywanie i znęcanie się (fizyczne, psychiczne, finansowe) nad dziećmi, kobietami, osobami starszymi (5,8%), bezdomność (2,3%), trudności językowe i kulturowe (6,6%), bezrobocie (6,6%), uzależnienia (6,6%), zdrowie psychiczne (5,5%), zaniedbywanie osób starszych przez rodziny, sąsiadów (5,5%), przestępstwa/przemoc (bezpieczeństwo okolicy) (4,4%), niedogodny transport (komunikacja) (4,4%), bezdomność (3,3%), ubóstwo (2,2%) i samobójstwa (1,1%).

Respondenci z powiatu proszowickiego uważają, że największymi problemami socjalnymi w ich społeczności lokalnej (stopień 5) są: uzależnienia (19,3% odpowiedzi), bezrobocie (17%), rozbite rodziny (11,4%), brak opieki dla seniorów ze strony systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (9,8%), niski poziom wykształcenia (7,8%), niedogodny transport (komunikacja) (7,8%), dostępność opieki dla dzieci (żłobki, przedszkola) (5,9%), zaniedbywanie osób starszych przez rodziny, sąsiadów (5,2%), ubóstwo (3,9%), przemoc domowa/wykorzystywanie i znęcanie się (fizyczne, psychiczne, finansowe) nad dziećmi, kobietami, osobami starszymi (2,9%), trudności językowe i kulturowe (2,9%), bezdomność (2%), zdrowie psychiczne (2%), przestępstwa/przemoc (bezpieczeństwo okolicy) (1,6%) oraz samobójstwa (0,3%).

Istotne problemy socjale (stopień 4) to: bezrobocie (18% odpowiedzi), uzależnienia (11,4%), niedogodny transport (komunikacja) (9,5%), niski poziom wykształcenia (8,5%), %, brak opieki dla seniorów ze strony systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (8,5%), trudności językowe i kulturowe (8,5%), rozbite rodziny (7,8%), dostępność opieki dla dzieci (żłobki, przedszkola) (6,5%), ubóstwo (5,6%), zaniedbywanie osób starszych przez rodziny, sąsiadów (5,6%), przemoc domowa/wykorzystywanie i znęcanie się (fizyczne, psychiczne,

finansowe) nad dziećmi, kobietami, osobami starszymi (4,6%), zdrowie psychiczne (2,6%), przestępstwa/przemoc (bezpieczeństwo okolicy) (1,3%), samobójstwa (1,3%), a także bezdomność (0,3%).

Średniej wagi problemami socjalnymi (stopień 3) jest: niski poziom wykształcenia (14,4% odpowiedzi), brak opieki dla seniorów ze strony systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (11,7%), bezrobocie (9%), dostępność opieki dla dzieci (żłobki, przedszkola) (8,6%), trudności językowe i kulturowe (8,1%), niedogodny transport (komunikacja) (8,1%), uzależnienia (7,7%), ubóstwo (7,2%), rozbite rodziny (6,8%), zaniedbywanie osób starszych przez rodziny, sąsiadów (5,9%), przemoc domowa/wykorzystywanie i znęcanie się (fizyczne, psychiczne, finansowe) nad dziećmi, kobietami, osobami starszymi (4,1%), bezdomność (3,6%), przestępstwa/przemoc (bezpieczeństwo okolicy) (1,8%), samobójstwa (1,8%) oraz zdrowie psychiczne (1,4%).

Mniej znaczące problemy socjalne (stopień 2) to: bezrobocie (12,5% odpowiedzi), uzależnienia (11,8%), zaniedbywanie osób starszych przez rodziny, sąsiadów (9,9%), brak opieki dla seniorów ze strony systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (9,2%), ubóstwo (9,2%), niski poziom wykształcenia (8,6%), trudności językowe i kulturowe (8,6%), rozbite rodziny (7,2%), niedogodny transport (komunikacja) (6,6%), dostępność opieki dla dzieci (żłobki, przedszkola) (6,6%), zdrowie psychiczne (3,9%), bezdomność (2,6%), przestępstwa/przemoc (bezpieczeństwo okolicy) (2%), przemoc domowa/wykorzystywanie i znęcanie się (fizyczne, psychiczne, finansowe) nad dziećmi, kobietami, osobami starszymi (0,7%) i samobójstwa (0,7%).

Mało istotne problemy socjalne (stopień 1) to: niski poziom wykształcenia (11,2% odpowiedzi), zaniedbywanie osób starszych przez rodziny, sąsiadów (11,2%), dostępność opieki dla dzieci (żłobki, przedszkola) (10,1%), trudności językowe i kulturowe (9%), uzależnienia (9%), bezrobocie (7,9%), przestępstwa/przemoc (bezpieczeństwo okolicy) (5,6%), bezdomność (5,6%), zdrowie psychiczne (5,6%), rozbite rodziny (4,5%), niedogodny transport (komunikacja) (4,5%), brak opieki dla seniorów ze strony systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (3,4%), samobójstwa (2,2%) oraz przemoc domowa/wykorzystywanie i znęcanie się (fizyczne, psychiczne, finansowe) nad dziećmi, kobietami, osobami starszymi (1,1%).

Masa ciała i problem otyłości

Występowanie otyłości w Polsce zwiększyło się w minionych latach i obecnie co 4-ty Polak jest otyły. Otyłość jest czynnikiem ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych, w tym cukrzycy, chorób układu krążenia, niektórych nowotworów (np. rak piersi, prostaty, jelita grubego) oraz może prowadzić do pojawienia się problemów psychospołecznych.

Występowaniu otyłości sprzyja siedzący tryb życia i nadmierne spożycie kalorii w diecie.

W badaniu ankietowym mieszkańcy obu powiatów zostali zapytani o aktualny wzrost i masę ciała, co pozwoliło na obliczenie dla każdego uczestnika wskaźnika masy ciała (BMI). Średnia wartość BMI [kg/m^2] w badanej grupie wynosi 32 co wskazuje na otyłość. Mediana wynosi 26 co oznacza, że połowa badanych mieszkańców ma wartości BMI wskazujące na nadwagę lub otyłość.

Nadmierną masę ciała można obniżyć, co przekłada się na lepszy stan zdrowia. Obniżenie i utrzymanie prawidłowej masy ciała jest procesem trudnym, czasochłonnym, wymagającym wiedzy, wysiłku i wsparcia innych osób.

Znaczna część mieszkańców obu powiatów (około 37%) chciałaby schudnąć, jednocześnie tylko 11% poszukiwało profesjonalnej pomocy w obniżeniu masy ciała. Następnie na pytanie "czy taką pomoc Pan(i) otrzymał(a)?" wykazano, że w powiecie piotrkowskim jest znacznie gorsza dostępność, bo aż 25% poszukujących pomocy w odchudzaniu nie otrzymało jej; w powiecie proszowickim odsetek ten był niższy i wynosił 7%.

Deklarowana chęć podjęcia działań związanych z masą ciała według powiatów

Jakie działania dotyczące masy ciała chciał(a)by Pan(i) podjąć?								
			Chcę schudnąć	Chcę przytyć	Chcę pozostać w tej samej masie ciała	Chciał(a)bym schudnąć utyć, ale nie próbuję zrobić niczego z moją wagą	Trudno powiedzieć	Ogółem
Powiat	PIOTRKO WSKI	Liczebność	288	52	404	49	1	794
		%	36,3%	6,5%	50,9%	6,2%	0,1%	100,0%
	PROSZO WICKI	Liczebność	281	27	388	60	2	758
		%	37,1%	3,6%	51,2%	7,9%	0,3%	100,0%
Ogółem		Liczebność	569	79	792	109	3	1552
		%	36,7%	5,1%	51,0%	7,0%	0,2%	100,0%

Ocena zachowań żywieniowych mieszkańców i potrzebie edukacji w tym zakresie

Dieta jest jednym z podstawowych czynników wpływających na stan zdrowia człowieka. Nieprawidłowa dieta zwiększa ryzyko występowania wielu chorób, w tym chorób układu krążenia czy niektórych nowotworów, cukrzycy, otyłości, osteoporozy, alergii. Jednocześnie dieta jest czynnikiem modyfikowalnym i w badaniach naukowych wykazano, że poprawa żywienia i jakości zdrowotnej żywności przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia ludności. Na stan zdrowia szczególnie wyraźnie korzystnie wpływa codzienne spożycie warzyw i owoców, które dostarczają m.in. błonnik oraz duże ilości witamin i składników o działaniu antyoksydacyjnym.

Warzywa

Ogólne zalecenia prozdrowotne wskazują na potrzebę spożycia kilku porcji warzyw w ciągu dnia (2-3 porcje). W przeprowadzonym badaniu wykazano brak zalecanego spożycia warzyw u ponad 60% badanych (nie jada, lub tylko 1 porcję dziennie), gorsza sytuacja była w powiecie proszowickim. Właściwe spożycie warzyw (2-3 porcje lub więcej) odnotowano u 44% mieszkańców powiatu piotrkowskiego i tylko u 30% mieszkańców powiatu proszowickiego. Jednocześnie w ogóle nie spożywa warzyw aż 18,5% mieszkańców powiatu proszowickiego, i 9% powiatu piotrkowskiego.

Liczba porcji warzyw zjadanych codziennie przez respondentów według powiatów

Ile porcji warzyw zjada Pan(i) w ciągu przeciętnego dnia? Proszę nie liczyć ziemniaków. Jedna porcja WARZYW w przybliżeniu jest równa jednej garści lub 3 łyżkom warzyw lub sałatki z warzyw.									
			1 porcję	2-3 porcje	4 lub więcej	Nie jadam codziennie warzyw	Trudno powiedzieć	Odmowa odpowiedzi	Ogółem
Powiat	PIOTRKOWSKI	Liczba	366	297	52	73	5	1	794
		Procent	46,1%	37,4%	6,5%	9,2%	0,6%	0,1%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczba	388	208	19	140	3	0	758
		Procent	51,2%	27,4%	2,5%	18,5%	0,4%	0,0%	100,0%
Ogółem		Liczba	754	505	71	213	8	1	1552
		Procent	48,6%	32,5%	4,6%	13,7%	0,5%	0,1%	100,0%

Owoce

Kolejną źródłem niezwykle cennych składników odżywczych są owoce. Zgodnie z zaleceniami należy je spożywać w ilości co najmniej 2 porcji dziennie, najlepiej w postaci świeżej, na surowo. W badaniu wykazano, że ogółem tylko co drugi mieszkaniec spożywa zalecane ilości owoców, przy czym sytuacja ta dotyczy 41% mieszkańców w powiecie proszowickim i 60% w powiecie piotrkowskim. Gorsza sytuacja w zakresie tego czynnika była w powiecie proszowickim, gdzie w ogóle nie spożywa owoców w ciągu dnia aż 19% mieszkańców, a w powiecie piotrkowskim dotyczy to 7% mieszkańców.

Liczba porcji owoców zjadanych codziennie przez respondentów według powiatów

			1 porcję	2 porcje	3 lub więcej	Nie jadam codziennie owoców	Trudno powiedzieć	Odmowa odpowiedzi	Ogółem
Powiat	PIOTR KOWSKI	Liczba	256	328	148	57	4	1	794
		%	32,2%	41,3%	18,6%	7,2%	0,5%	0,1%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczba	301	203	107	145	2	0	758
		%	39,7%	26,8%	14,1%	19,1%	0,3%	0,0%	100,0%
Ogółem		Liczba	557	531	255	202	6	1	1552
		%	35,9%	34,2%	16,4%	13,0%	0,4%	0,1%	100,0%

Ryby

Podobnie zaleca się spożywanie dwa razy w tygodniu tłustych ryb morskich, gdyż są one cennym źródłem niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych. Kwasy te mają korzystny wpływ na gospodarkę lipidową w organizmie, wykazują działanie przeciwzapalne, hipotensyjne i zmniejszające krzepliwość krwi.

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że zalecane spożycie co najmniej 2 porcji na tydzień było zaledwie u ok. 14% badanych. Gorsza sytuacja była w powiecie piotrkowskim, gdzie rzadziej niż raz w tygodniu lub wcale nie spożywa ryb morskich aż 43%

mieszkańców, natomiast w powiecie proszowickim było to 26% mieszkańców. 40% badanych nie spożywa ryb morskich nawet co najmniej 1/tydzień.

Częstość spożycia ryb morskich według powiatów

Jak często w przeciętnym tygodniu zjada Pan(i) ryby morskie (np. śledź, tuńczyk, makreła, łosoś, sardynki)?											
			Codzie- nnie	3-6 razy w tygo- dniu	2 razy w tygo- dniu	1 raz tygo- dniu	Rzadziej niż raz w tygo- dniu	Nie jadam ryb mor- skich	Trudno powie- dzieć	Odmowa odpowie- dzi	Ogółem
Powiat	PIOTRKO WSKI	Liczeb- ność	1	10	93	339	295	44	11	1	794
		%	0,1%	1,3%	11,7%	42,7%	37,2%	5,5%	1,4%	0,1%	100,0%
	PROSZO WICKI	Liczeb- ność	2	19	89	375	220	53	0	0	758
		%	0,3%	2,5%	11,7%	49,5%	29,0%	7,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Ogółem		Liczeb- ność	3	29	182	714	515	97	11	1	1552
		%	0,2%	1,9%	11,7%	46,0%	33,2%	6,3%	0,7%	0,1%	100,0%

Słodkie napoje

Słodkie napoje gazowane czy niegazowane są ukrytym źródłem cukru i kalorii, co sprzyja m.in. otyłości i nie powinny być w ogóle spożywane. W przeprowadzonym badaniu wykazano, że codziennie po takie napoje sięga 9,1% mieszkańców powiatu proszowickiego i 7,3% powiatu piotrkowskiego. Wysokie spożycie, tj. kilka razy w tygodniu (≥ 2 razy/tydz.) wykazano u co 4-tego badanego (24,6%); przy czym gorsza sytuacja w proszowickim (30% vs 19,3%). Nie pije słodkich napojów nieco więcej, bo 49,2% mieszkańców powiatu piotrkowskiego, niż proszowickiego (44,3%).

Częstość spożywania słodkich napojów według powiatów

Jak często w przeciętnym tygodniu pije Pan(i) słodkie napoje niegazowane lub gazowane (typu cola)?										
			Codzie- nnie	3-6 razy w tygo- dniu	2 razy w tygo- dniu	1 raz tygo- dniu	Rzadziej niż raz w tygodniu	Nie piję takich napojów	Trudno powie- dzieć	Ogółem
Powiat	PIOTRKO WSKI	Liczeb- ność	58	42	53	80	168	391	2	794
		%	7,3%	5,3%	6,7%	10,1%	21,2%	49,2%	0,3%	100,0%
	PROSZO WICKI	Liczeb- ność	69	74	85	57	136	336	1	758
		%	9,1%	9,8%	11,2%	7,5%	17,9%	44,3%	0,1%	100,0%

Ogółem	Liczebność	127	116	138	137	304	727	3	1552
	%	8,2%	7,5%	8,9%	8,8%	19,6%	46,8%	0,2%	100,0%

Słodycze

Słodycze podobnie jak słodzone napoje, są źródłem kalorii, cukru a ponadto niekorzystnych tłuszczów cukierniczych. W badaniu ankietowym wykazano, że codziennie słodycze spożywa 16,7% osób, nieco więcej w powiecie proszowickim (19,3% vs 14,2%). Gorsza sytuacja w zakresie tego czynnika dietetycznego była w powiecie proszowickim, gdzie kilka razy w tygodniu (2 razy lub więcej) słodycze spożywa 59%, natomiast w powiecie piotrkowskim 49,3% badanych. Niskie spożycie słodyczy, tj. rzadziej niż raz w tygodniu deklarowało 22% mieszkańców powiatu piotrkowskiego i 14,6% powiatu proszowickiego.

Częstość spożywania słodyczy według powiatów

Jak często w przeciętnym tygodniu zjada Pan(i) słodycze (np. cukierki, czekoladę, batony typu Mars, Snickers, ciastka, wafelki, itp.)?											
			Codzie- nnie	3-6 razy w tygo- dniu	2 razy w tygo- dniu	1 raz w tygo- dniu	Rzadziej niż raz w tygo- dniu	Nie jadam słody- czy	Trudno powie- dzieć	Odmowa odpowie- dzi	Ogółem
Powiat	PIOTR- KOWSKI	Liczebność	113	110	168	137	175	83	7	1	794
		%	14,2%	13,9%	21,2%	17,3%	22,0%	10,5%	0,9%	0,1%	100,0%
	PROS- ZOWICKI	Liczebność	146	145	155	133	111	67	1	0	758
		%	19,3%	19,1%	20,4%	17,5%	14,6%	8,8%	0,1%	0,0%	100,0%
Ogółem		Liczebność	259	255	323	270	286	150	8	1	1552
		%	16,7%	16,4%	20,8%	17,4%	18,4%	9,7%	0,5%	0,1%	100,0%

Tłuszcz widoczny

Produkty pochodzenia zwierzęcego są bogatym źródłem tłuszczów nasyconych, które, ogólnie ujmując, nie są korzystne i powinny być zastąpione tłuszczami pochodzenia roślinnego. Tłuszcz widoczny na wędlinach, mięsie (np. skóra na mięsie) jest bogaty w tłuszcz i mając na uwadze profilaktykę chorób powstających na tle miażdżycy, powinno się go raczej unikać. W badaniu wykazano, że 40,3% badanych nie usuwa widocznego tłuszczu

z mięsa, przy czym więcej w powiecie piotrkowskim. Częste usuwanie widocznego tłuszczu z mięsa deklarowało tylko 31% badanych w powiecie piotrkowskim i nieco więcej, bo 45,8% w powiecie proszowickim.

Deklarowana częstość usuwania widocznego tłuszczu z wyrobów mięsnych według powiatów

Czy usuwa Pan(i) tłuszcz widoczny z mięsa, wędlin i skórę z drobiu?							
			Tak, często	Tak, czasami	Nie	Odmowa odpowiedzi	Ogółem
Powiat	PIOTRKOWSKI	Liczebność	248	188	358	0	794
		%	31,2%	23,7%	45,1%	0,0%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczebność	347	140	268	3	758
		%	45,8%	18,5%	35,4%	0,4%	100,0%
Ogółem		Liczebność	595	328	626	3	1552
		%	38,3%	21,1%	40,3%	0,2%	100,0%

Stosowanie diet

Stosowanie specjalnych diet zazwyczaj wynika z powodu choroby czy problemów zdrowotnych, np. cukrzyca, alergia. Niekiedy jest spowodowane niewłaściwymi modami żywieniowymi.

W badaniu ankietowym wykazano, że 90% badanych nie stosuje żadnej diety, wyniki były zbliżone w obu powiatach. Dietę odchudzającą stosuje 1,9% osób w powiecie piotrkowskim oraz 1,3% osób w powiecie proszowickim. Dietę wegetariańską stosowali tylko mieszkańcy w powiecie piotrkowskim ale był to niewielki odsetek (0,8%). Dietę cukrzycową stosuje 5,7% mieszkańców powiatu piotrkowskiego i 5% proszowickiego. Dietę niskotłuszczową lub niskocholesterolową stosuje 3,4% mieszkańców powiatu piotrkowskiego i 2,9% mieszkańców powiatu proszowickiego.

Trzeba zauważyć, że stosowanie diet nie jest częste, co przy wysokim rozpowszechnieniu otyłości, dyslipidemii czy cukrzycy w populacji jest problemem i wskazuje na brak wiedzy o potrzebie postępowania niefarmakologicznego, w tym dietetycznego w tych chorobach.

Stosowanie diety przez respondentów według powiatów

Czy stosuje Pan(i) specjalną dietę?									
			Nie	Tak, odchudzającą	Tak, wegetariańską	Tak, cukrzycową	Tak, niskotłuszczową lub niskocholesterolową	Inną	Ogółem
Powiat	PIOTRKO WSKI	Liczebność	692	15	6	45	27	9	794
		%	87,2%	1,9%	0,8%	5,7%	3,4%	1,1%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczebność	676	10	0	38	22	12	758
		%	89,2%	1,3%	0,0%	5,0%	2,9%	1,6%	100,0%
Ogółem		Liczebność	1368	25	6	83	49	21	1552
		%	88,1%	1,6%	0,4%	5,3%	3,2%	1,4%	100,0%

Stosowanie wiedzy żywieniowej

Posiadanie wiedzy o właściwych zaleceniach żywieniowych jest podstawowym warunkiem stosowania na co dzień zdrowego odżywiania się. W badaniu ankietowym zapytano, 'czy stosuje Pan(i) uzyskaną wiedzę na ten temat zdrowego odżywiania w życiu codziennym?' i wykazano, że tylko 41,6% mieszkańców powiatu piotrkowskiego i 33,8% mieszkańców powiatu proszowickiego stosuje często tą wiedzę.

Stosowanie posiadanej wiedzy żywieniowej przez rew w życiu codziennym według powiatów

Czy stosuje Pan(i) uzyskaną wiedzę na ten temat zdrowego odżywiania w życiu codziennym?							
			Tak, często	Tak, rzadko	Raczej nie	Odmowa odpowiedzi	Ogółem
Powiat	PIOTRKO WSKI	Liczebność	170	177	62	0	409
		%	41,6%	43,3%	15,2%	0,0%	100,0%
	PROSZOWICKI	Liczebność	131	187	69	1	388
		%	33,8%	48,2%	17,8%	0,3%	100,0%
Ogółem		Liczebność	301	364	131	1	797
		%	37,8%	45,7%	16,4%	0,1%	100,0%

Wskaźniki środowiskowe

Szeroka definicja potrzeb zdrowotnych wychodzi poza granice modeli bazujących jedynie na dostarczaniu usług zdrowotnych i implikuje dostrzeżenie wielu innych uwarunkowań zdrowia, w tym tych o charakterze środowiskowym.

Zastosowany w relacjonowanym projekcie kwestionariusz zawierał też sekcję służącą badaniu „środowiskowych potrzeb zdrowotnych” czy też, jak czasem się je określa „potrzeb zdrowia środowiskowego”. Wyniki pomiaru tego rodzaju potrzeb mogą zostać wykorzystane nie tylko w planowaniu usług zdrowotnych, ale także w planowaniu działań prewencyjnych.

Ponieważ ludzie w krajach rozwiniętych najwięcej czasu spędzają we własnych domach lub mieszkaniach, gdzie mogą być narażeni na szereg zagrożeń dla zdrowia, stąd największą liczbę pytań w tej sekcji poświęcono warunkom zamieszkania.

Respondenci byli proszeni nie tylko o podanie informacji mających na celu obiektywne ustalenie warunków ich zamieszkania, ale też poproszono ich o subiektywną ocenę tego, czy mają w zamieszkiwanym przez siebie domu lub mieszkaniu wystarczająco dużo przestrzeni do życia (wykonywania codziennych czynności, odpoczynku itp.). Jak widać w tabeli poniżej zdecydowana większość (78,3%) wszystkich respondentów objętych badaniem w obu powiatach oceniła swoją sytuację jako dobrą. Ponad 10% objętych badaniem (powiat piotrkowski 11,6%, proszowicki 12,3%) uznało nawet, że posiada nadmiar przestrzeni życiowej, a ich mieszkanie mogłoby być mniejsze. Sytuacja mieszkaniowa wygląda na nieco lepszą w powiecie proszowickim, gdzie większa niż w piotrkowskim, liczba respondentów oceniła swoją sytuację mieszkaniową jako dobrą (79,4%) lub nadzwyczaj dobrą (12,3%), a równocześnie mniejsza uznała ją za niezadawalającą (7,8%), stwierdzając że w swoim mieszkaniu lub domu ma niewiele przestrzeni do życia (6,5%) lub nie ma jej wcale (1,3%). W przypadku obu powiatów sytuację należy więc uznać pod tym względem za korzystną, a ryzyko wystąpienia wymienianych w literaturze naukowej negatywnych skutków zagęszczenia, takich jak np. choroby pasożytnicze i zakaźne czy też nadciśnienie (u mężczyzn) jako nieznaczne.

O wiele gorzej w świetle przeprowadzonych badań kształtuje się sytuacja dzieci, które zamieszkiwały nieco więcej niż 2/5 (40,4%) gospodarstw domowych objętych badaniem.

Czy w zamieszkiwanym przez respondenta/tkę domu/mieszkanu jest wystarczająco dużo przestrzeni do życia (wykonywania codziennych czynności, odpoczynku itp.)?

			Nie potrafię ocenić	Brak przestrzeni	Niewiele przestrzeni	Wystarczająco dużo	Nadmiar	Ogółem
Powiat	piotrkowski	Liczebność	4	7	78	613	92	794
		%	0,5%	0,9%	9,8%	77,2%	11,6%	100,0%
	proszowicki	Liczebność	4	10	49	602	93	758
		%	0,5%	1,3%	6,5%	79,4%	12,3%	100,0%
Ogółem		Liczebność	8	17	127	1215	185	1552
		%	0,5%	1,1%	8,2%	78,3%	11,9%	100,0%

Czy dzieci zamieszkujące z respondentem/tką mają swój własny pokój?

			Tak	Nie	Odmowa odpowiedzi	Nie dotyczy (brak dzieci)	Ogółem
Powiat	piotrkowski	Liczebność	226	92	1	475	794
		%	28,5%	11,6%	0,1%	59,8%	100,0%
	proszowicki	Liczebność	223	86	1	448	758
		%	29,4%	11,3%	0,1%	59,1%	100,0%
Ogółem		Liczebność	449	178	2	923	1552
		%	28,9%	11,5%	0,1%	59,5%	100,0%

Po przeliczeniu danych zawartych w tabeli, można stwierdzić, że zarówno w przypadku powiatu piotrkowskiego, jak i proszowickiego prawie 1/3 dzieci (odpowiednio 28,9% i 27,8%) nie ma własnego pokoju. Tymczasem wyniki badań naukowych wskazują na negatywny wpływ jakie ma duże zagęszczenie mieszkań na zdrowie ich najmłodszych użytkowników. Stwierdzono, że brak wystarczającej przestrzeni do życia, w przypadku dzieci może skutkować zwiększonym ryzykiem urazów, większym narażeniem na czynniki zakaźne, pogorszeniem funkcjonowania układu oddechowego. Można uznać, że brak własnego pokoju, jest sytuacją ujemnie wpływającą na zasoby zdrowotne dziecka,

zmniejszając szansę utrzymania odpowiedniej kondycji zarówno fizycznej jak i psychicznej. Szczególnie może to wpłynąć negatywnie na funkcjonowanie umysłowe dzieci w wieku szkolnym i przekładać się na problemy w nauce, co staje się istotnym źródłem stresu, który może wpłynąć na pogorszenie jakości życia oraz stanu ich zdrowia.

Wielkość zagęszczenia czy też wielkość powierzchni mieszkalnej będącej do dyspozycji jednostek nie są jedynymi wskaźnikami środowiskowymi, które mogą mieć zastosowanie w prognozowaniu rozpowszechnienia skutków zdrowotnych. Równie ważne (o ile nie ważniejsze) jest rozpoznanie sytuacji pod względem źródeł konkretnych zagrożeń środowiskowych.

Jednym z najpoważniejszych źródeł emisji substancji chemicznych mających naukowo udowodniony, negatywny wpływ na zdrowie są wyroby tytoniowe.

Czy któraś z osób zamieszkujących z respondentem/tką pali papierosy w domu/ mieszkaniu?

			Tak	Nie	Odmowa odpowiedzi	Ogółem
Powiat	piotrkowski	Liczebność	173	620	1	794
		%	21,8%	78,1%	0,1%	100,0%
	proszowicki	Liczebność	189	568	1	758
		%	24,9%	74,9%	0,1%	100,0%
Ogółem		Liczebność	362	1188	2	1552
		%	23,3%	76,5%	0,1%	100,0%

W kolejnej tabeli przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy któraś z osób zamieszkujących w Pana(i) mieszkaniu/domu pali w nim papierosy?” Prawie jedna czwarta wszystkich osób objętych badaniem (23,3%) odpowiedziała pozytywnie na to pytanie. W większości przypadków (64,1%) była to jedna osoba, prawie w 1/4 (24,6%) dwie osoby, w 8,8% trzy, a w nielicznych przypadkach więcej (nawet do 7).

Sytuacja była nieco lepsza w powiecie piotrkowskim, gdzie 78,1% respondentów stwierdziło, że w ich domu/ mieszkaniu nie ma osób palących. W powiecie proszowickim takich odpowiedzi uzyskano nieco mniej (74,9%). Tym niemniej, biorąc pod uwagę dowody naukowe świadczące o tym, że bierne palenie w domu oraz miejscu pracy jest przyczynowo powiązane z ryzykiem raka płuc zarówno u mężczyzn, jak i kobiet, sytuację stwierdzoną

w obu powiatach należy uznać za niepokojącą i wymagającą implementacji np. programów edukacyjnych, których celem byłby wzrost kompetencji osób niepalących w zakresie negocjowania z domownikami przestrzeni wolnej od dymu tytoniowego. Można też analizować zebrane dane sprawdzając w ilu gospodarstwach domowych biernymi palaczami są dzieci, co może skutkować zwiększoną zapadalnością na choroby układu oddechowego, w tym, jak sugeruje coraz więcej danych także i na raka płuc w dorosłości.

Innym źródłem wielu substancji chemicznych groźnych dla zdrowia (w tym tlenku węgla) są takie urządzenia grzewcze jak: piece, kominki, przepływowe piecyki gazowe. Pod względem ilości mieszkań, w których znajdują się wymienione urządzenia lub inne mogące stanowić źródło emisji tlenku węgla, sytuację w obu powiatach należy uznać za niekorzystną. Obecność tego typu instalacji w swoich domach potwierdziła około połowa mieszkańców.

Większość ogółu respondentów (65,7%) stwierdziła także, iż do ogrzewania ich mieszkania czy domu zawsze stosuje się paliwa stałe. Jak wiadomo, stosowanie technologii grzewczej tego typu wpływa niekorzystnie nie tylko na jakość powietrza w mieszkaniach czy domach, ale także na stan powietrza na zewnątrz pomieszczeń.

Gorsza pod tym względem wydaje się być sytuacja w powiecie proszowickim, gdzie aż 84,2% mieszkańców objętych badaniem odpowiedziało, że do ogrzewania ich mieszkań/domów zawsze wykorzystuje się paliwa stałe. W powiecie piotrkowskim takiej odpowiedzi udzieliło 48,0% respondentów.

Tego typu dane mogą zostać wykorzystane do diagnozy jakości powietrza (szczególnie w sezonie grzewczym) w sytuacji gdy na danym obszarze nie prowadzi się systematycznych pomiarów koncentracji zanieczyszczeń. Oczywiście zła jakość powietrza atmosferycznego dla systemu ochrony zdrowia oznacza konieczność planowania usług zdrowotnych powiązanych głównie z rozpowszechnieniem chorób układu oddechowego oraz schorzeń układu krążenia zarówno w krótkiej, jak i dłuższej perspektywie czasowej.

Czy do ogrzewania mieszkaniu/domu respondenta/cki stosuje się paliwa stałe (węgiel kamienny, węgiel brunatny, drewno)?

			Nigdy	Bardzo rzadko (kilka razy w roku)	Rzadko (kilka razy w miesiącu)	Często (2-3 razy w tygodniu)	Bardzo często tj. 4-6 dni w tygodniu	Zawsze	Nie wiem lub nie potrafię ocenić	Ogółem
Powiat	piotrkowski	Liczebność	53	70	12	131	141	381	6	794
		%	6,7%	8,8%	1,5%	16,5%	17,8%	48,0%	0,8%	100,0%
	proszowicki	Liczebność	78	5	8	12	13	638	4	758
		%	10,3%	0,7%	1,1%	1,6%	1,7%	84,2%	0,5%	100,0%
Ogółem		Liczebność	131	75	20	143	154	1019	10	1552
		%	8,4%	4,8%	1,3%	9,2%	9,9%	65,7%	0,6%	100,0%

Dane takie bez wątplenia wskazują też na potrzebę wdrożenia działań zapobiegawczych polegających na zastępowaniu tradycyjnych technologii grzewczych technologiami bardziej przyjaznymi środowisku i zmniejszającymi ryzyko występowania chorób wynikających z narażenia na groźne dla zdrowia substancje zanieczyszczające powietrze.

Warto w tym miejscu nadmienić, że ostatnio przeprowadzone badania wykazały, że jakość powietrza w Proszowicach jest szczególnie zła, a powiat proszowicki jest w czołówce województwa małopolskiego pod względem zachorowalności na nowotwory płuc.

W świetle powyższego interesujące jest to, że prawie połowa respondentów zamieszkujących powiat proszowicki (49,1%) oceniła, że jakość powietrza w ich miejscowości jest bardzo dobra (suma ocen od 8-10 na 10-cio stopniowej skali, gdzie ocena „0” oznacza „powietrze całkowicie zanieczyszczone a „10” „powietrze całkowicie czyste). W przypadku respondentów z powiatu proszowickiego oceny od 8 do 10 wystawiło 69,4% mieszkańców.

Zadano także respondentom pytanie o to, czy w pobliżu ich miejsca zamieszkania (w odległości mniejszej niż 1 km) znajdują się jakieś instalacje lub obiekty mogące być źródłem emisji zanieczyszczeń powietrza. Obecność tego typu źródeł potwierdził w obu powiatach prawie taki sam procent badanych (powiat piotrkowski 13,4%, proszowicki:

13,6%). Interesująca byłaby dalsza analiza tych danych z uwzględnieniem statusu społeczno-ekonomicznego (SES) respondentów. Gdyby się okazało, że osoby mieszkające nieopodal źródeł emisji zanieczyszczeń mają niższy SES, oznaczałoby to że mamy do czynienia ze zjawiskiem niesprawiedliwości środowiskowej, które może pogłębiać istniejące nierówności w zdrowiu.

Czy hałas słyszalny w domu zakłóca respondentce/towi funkcjonowanie na co dzień (w tym sen i odpoczynek)

			hałas w ogóle nie zakłóca mojego funkcjonowania na co dzień	hałas w sposób nieznaczny zakłóca moje funkcjonowanie na co dzień	hałas zakłóca moje funkcjonowanie (w tym sen i odpoczynek) na co dzień	hałas znacząco zakłóca moje funkcjonowanie na co dzień	hałas w tak dużym stopniu zakłóca moje funkcjonowanie że jest że jest jednym z największych problemów z którymi zmagam się na co dzień	nie wiem lub nie potrafię ocenić	ogółem
Powiat	piotrkowski	Liczebność	37	34	14	9	6	2	102
		%	36,3%	33,3%	13,7%	8,8%	5,9%	2,0%	100,0%
	proszowicki	Liczebność	30	82	22	15	10	2	161
		%	18,6%	50,9%	13,7%	9,3%	6,2%	1,2%	100,0%
Ogółem		Liczebność	67	116	36	24	16	4	263
		%	25,5%	44,1%	13,7%	9,1%	6,1%	1,5%	100,0%

Innym środowiskowym zagrożeniem zdrowia, o które pytano był hałas. Okazało się, że w tym zakresie sytuacja jest dosyć korzystna, zdecydowana większość ogółu (82,9%) uznała, że nie jest narażona na ten czynnik w swoim domu/mieszkanu.

Spśród tych, którzy byli narażeni na hałas w mieszkaniu nieco ponad dwie trzecie respondentów (powiat piotrkowski: 66,9%, proszowicki 69,5%) uznało, że nie przeszkadza on im wcale w codziennym funkcjonowaniu lub przeszkadza w nieznacznym stopniu.

Także i w tym przypadku należałoby przeprowadzić dalsze analizy uwzględniając SES respondentów.

Duże różnice pomiędzy powiatami objętymi badaniem stwierdzono w zakresie podłączenia domu do kanalizacji zbiorczej. W powiecie proszowickim istnienie takiego podłączenia potwierdziło 44,1% respondentów, natomiast w powiecie piotrkowskim jedynie 29,7%. W tym drugim przypadku do kanalizacji zbiorczej nie było podłączonych aż 70,0% domów zamieszkiwanych przez osoby objęte badaniem.

Jest to o tyle niepokojące, że ludzkie oraz zwierzęce odchody są źródłem wielu patogenów, a za obciążenie powodowanymi przez nie chorobami odpowiada ich odprowadzanie i unieszkodliwianie niespełniające standardów sanitarnych. Stąd kwestie bezpiecznego odprowadzania ścieków bytowych z gospodarstw domowych stawia się na równi z dostępem do wody pitnej odpowiedniej jakości.

Zakłada się, że im większy jest procent populacji mającej dostęp do odpowiednich sposobów usuwania ścieków bytowych (a za takie należy uznać podłączenie do kanalizacji zbiorczej) tym mniejsze jest ryzyko dla zdrowia wynikające z narażenia na czynniki zakaźne.

W przypadku braku podłączenia do sieci kanalizacyjnej częstym problemem w naszym kraju staje się nielegalny zrzut ścieków bytowych które szczególnie wtedy, gdy zanieczyszczą wody podziemne lub powierzchniowe mogą stać się poważnym zagrożeniem dla zdrowia.

Należy się więc spodziewać, że im większy procent domostw korzysta z innych form odprowadzania ścieków bytowych tym większe jest ryzyko wystąpienia epidemii chorób wodopochodnych i konieczność zabezpieczenia usług zdrowotnych w tym zakresie.

Jak wskazują dotychczasowe doświadczenia, problem nielegalnego zrzutu ścieków bytowych był często w naszym kraju ściśle związany z kwestiami ekonomicznymi. W jednym ze swoich raportów NIK stwierdził iż „stosunkowo wysoki koszt wywozu nieczystości ze zbiorników bezodpływowych zwiększa ryzyko nielegalnego usuwania ścieków, zarówno przez właścicieli nieruchomości, jak i przez przedsiębiorców”. Stąd też warto by było przeanalizować także te dane z uwzględnieniem SES respondentów.

Czy w Pana(i) domu/mieszkanii jest bezpośrednio podłączenie do kanalizacji zbiorczej?

			Tak	Nie	Trudno powiedzieć	Ogółem
Powiat	piotrkowski	Liczebność	236	556	2	794
		%	29,7%	70,0%	0,3%	100,0%
	proszowicki	Liczebność	334	422	2	758
		%	44,1%	55,7%	0,3%	100,0%
Ogółem		Liczebność	570	978	4	1552
		%	36,7%	63,0%	0,3%	100,0%

W kwestionariuszu poproszono także respondentów o ocenę dostępu do terenów zielonych, w obrębie których mogliby się oni relaksować (np. spacerować, podejmować aktywności rekreacyjno-sportowe, itp.). Innymi słowy tereny zielone zostały wybrane jako przykład środowiska wspierającego zasoby zdrowotne jednostek, które z nich korzystają. Należy uznać, że pod tym względem sytuacja w obu powiatach jest bardzo korzystna, albowiem aż 71,8% respondentów z powiatu piotrkowskiego oraz 66,2% z powiatu proszowickiego wybrało ocenę 10, która na 10-cio stopniowej skali oznaczała „mam bardzo dobry dostęp do terenów zielonych”. Jeśli porównać oba powiaty, to należy stwierdzić że sytuacja w piotrkowskim jest lepsza, jako że tylko 0,8% respondentów tam zamieszkujących wybrało którąś z najniższych ocen (tj. 1-4), w porównaniu do respondentów z powiatu proszowickiego wśród których oceny te wybrało w sumie 6,4% badanych osób.

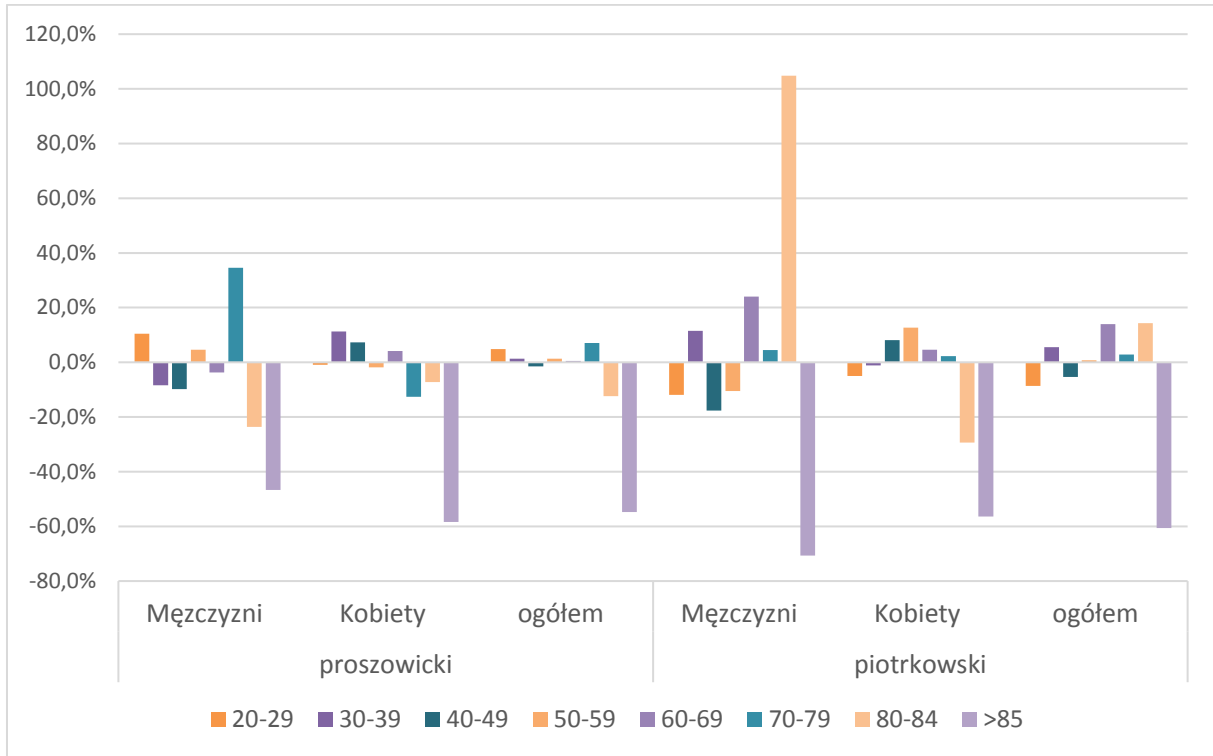
Reprezentatywność badania pilotażowego

Niezwykle istotnym elementem jest reprezentatywność badania ankietowego potrzeb zdrowotnych. Osoby uczestniczące w badaniu, wyrażające zgodę na odpowiedzenie na pytania wybrane poprzez losową próbę powinny być osobami, które reprezentują całą populację. Dotyczy to zarówno tych, którzy są pacjentami często odwiedzającymi szpital lub przychodnię, jak również tych, którzy z powodu wieku, dobrego zdrowia czy braku troski o zdrowie z usług zdrowotnych nie korzystają. Możemy to zapewnić poprzez wysokie uczestnictwo w badaniu, tzn. odpowiednią kampanię informacyjną, ogłoszenia w lokalnej prasie, wypowiedzi starosty, burmistrzów, wójtów, radnych. W sposób szczególny należy wziąć pod uwagę konieczność uczestniczenia w badaniu osób z grup wrażliwych, tzw. o niższym statusie ekonomicznym, biorących mniejszy udział w życiu społecznym, itp., ponieważ dotychczasowa wiedza wskazuje, że trudniej do tej grupy docierają programy zdrowotne a osoby z tej grupy mogą mieć większe potrzeby zdrowotne niż przeciętny mieszkaniec.

Ocena reprezentatywności badania jest trudna i wymaga często szczegółowych analiz i dyskusji w zespole ds. potrzeb zdrowotnych, choć można określić podstawowe charakterystyki w populacji i porównać je z osobami uczestniczącymi w badaniu. Zwykle analizy dotyczą wieku i płci.

W badanych powiatach widać, że różnice pomiędzy strukturą wiekową badanych a faktyczną mieszkańców wynosi przeciętnie ok od -10% do +10% dla młodszych grup wiekowych, chociaż w jednym i drugim powiecie widać większe różnice u mężczyzn niż u kobiet. Większym problemem są większe różnice wśród osób starszych (zwłaszcza >85 r.ż.), choć w tym przypadku można to tłumaczyć niską wielkością próby. Ta analiza zwraca uwagę na możliwe zaniżenie potrzeb zdrowotnych osób w wieku 80+, i jeżeli celem planowanych działań jest ta grupa wiekowa należy tę grupę poddać profilowanym dla niej badaniom z uwzględnieniem trudności dotarcia.

Procentowa różnica pomiędzy strukturą wiekową uczestników w badaniu a rzeczywistą strukturą wiekową mieszkańców wg płci i ogółem



Podsumowanie badania pilotażowego

Wyniki przeprowadzonego badania pilotażowego pozwoliły wskazać szereg problemów zdrowotnych oraz problemów mających wpływ na zdrowie, występujących na terenie powiatów piotrkowskiego i proszowickiego.

- a. Prawie połowa respondentów w obydwu powiatach zgłosiła występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, przy czym jakiegokolwiek ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu wynikające z tych problemów stwierdzono u około 35-40% osób nimi dotkniętych. W przypadku chorób przewlekłych oraz wynikającej z nich niepełnosprawności i ograniczeń funkcjonowania ważna jest z jednej strony świadomość postępowania leczniczego w danej chorobie, a z drugiej – podejmowanie działań związanych z rehabilitacją. Działania rehabilitacyjne mogą być prowadzone w lokalnych populacjach jako różnego rodzaju zajęcia wspomagające sprawność ruchową, których efektem będzie uzyskanie zdolności do samodzielnego funkcjonowania.
- b. Podobne wyniki w obydwu powiatach otrzymano także w zakresie problemów związanych ze zdrowiem a uznawanych za największe problemy zdrowotne w społeczności lokalnej. Wskazano m.in. choroby kręgosłupa i stawów, choroby nowotworowe oraz choroby serca oraz elementy stylu życia przyczyniające się do rozwoju chorób przewlekłych, np. bardzo rozpowszechnione palenie papierosów oraz nadużywanie alkoholu. Obserwowane zwiększenie liczby chorych przewlekle jest wynikiem starzenia się populacji, ale także braku działań z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia. Choroby te wymagają skutecznego leczenia, które jest efektem nie tylko dostępności do opieki zdrowotnej lecz także świadomości zdrowotnej oraz aktywnych działań każdego chorego. Prowadzone w tym zakresie programy z zakresu zdrowia publicznego nie wpłyną w krótkim czasie na obniżenie chorobowości, mogą natomiast zmodyfikować dostęp terytorialny, komunikacyjny lub wiedzę mieszkańców. Pozwoli to w dłuższym okresie czasu ograniczyć zachorowalność, a w krótszej perspektywie ograniczyć konsekwencje i powikłania chorób przewlekłych. Wyniki badania związane z elementami stylu życia należy porównać z aktywnościami podejmowanymi na poziomie lokalnym i ocenić ich skuteczność. Niewątpliwie należy też dokonać szczegółowych analiz

- dotychczasowych programów, zidentyfikować ich mocne oraz słabe punkty oraz podjąć działania w oparciu o wyciągnięte wnioski.
- c. Największe problemy socjalne stwierdzone przez respondentów w powiecie piotrkowskim to uzależnienia, niedogodny transport (komunikacja) oraz bezrobocie, zaś w powiecie proszowickim: uzależnienia, bezrobocie i rozbite rodziny. W odniesieniu do problemów związanych z transportem, działania interwencyjne mogą dotyczyć zmian infrastrukturalnych i organizacyjnych w komunikacji lokalnej. Bezrobocie, brak stabilności w miejscu pracy są czynnikami o dowiedzionym naukowo niekorzystnym oddziaływaniu na zdrowie. Zatem rozwój gospodarczy powiatu jest jednym z kluczowych elementów poprawy stanu zdrowia, tym bardziej znaczący iż wskazywany bezpośrednio przez mieszkańców. Niestety często znacząca interwencja w tym zakresie przekracza możliwości władz lokalnych.
- d. Rozpowszechnienie nadmiernej masy ciała jest bardzo częste, podobnie jak występowanie niewłaściwych zachowań żywieniowych. Istnieje potrzeba lepszej edukacji mieszkańców wskazującej na fakt, że bezpieczne dla zdrowia i skuteczne zmniejszanie masy ciała powinno odbywać się przy pomocy specjalisty, np. dietetyka. Wymaga to zapewnienia lepszego dostępu do profesjonalnej pomocy np. poradni dietetycznej w obu powiatach.
- e. Istnieje potrzeba edukacji w zakresie profilaktycznych zaleceń żywieniowych, takich jak codzienne spożywanie kilku porcji warzyw i owoców, szczególnie w powiecie proszowickim, gdyż 60-70% mieszkańców powiatu proszowickiego nie spożywa ich zalecanej ilości. Spożycie tłustych ryb morskich w zalecanych ilościach było bardzo małe w obydwu powiatach, odnotowano szczególną potrzebę edukacji zdrowotnej w tym zakresie i poprawę dostępności do tego produktu w powiecie piotrkowskim. Odnotowano wysokie spożycie niekorzystnych produktów typu słodczyce i słodzone napoje – jest ono większym problemem w powiecie proszowickim.
- f. Tylko co trzeci mieszkaniec powiatu proszowickiego stosuje często w praktyce wiedzę o zdrowym odżywianiu się, co zostało potwierdzone w analizie wcześniejszych pytań dotyczących poszczególnych zachowań żywieniowych, które ogólnie były gorsze w tym powiecie.

- g. W przypadku wskaźników środowiskowych stwierdzono, że około 1/3 dzieci w obydwu powiatach nie miało własnego pokoju, co może niekorzystnie wpływać np. na możliwość kształcenia się dzieci. Jedna czwarta respondentów była narażona na dym tytoniowy w miejscu zamieszkania. Około połowa respondentów była w miejscu zamieszkania narażona na urządzenia grzewcze, mogące być źródłem szkodliwych substancji chemicznych, w tym tlenku węgla. Aż 70% respondentów w powiecie piotrkowskim odpowiedziało, że w ich domu/mieszkanu nie ma bezpośredniego podłączenia do kanalizacji zbiorczej, w powiecie proszowickim było to nieco ponad 50%. W przypadku narażenia na dym tytoniowy skuteczne mogą być interwencje edukacyjne dotyczące szkodliwości biernego palenia. Jeśli chodzi zaś o instalacje grzewcze i kanalizacyjne, to należy podjąć działania infrastrukturalne (rozbudowa sieci kanalizacyjnej) lub innego typu działania systemowe (wymiana pieców na piece nowej generacji).

W przedstawionej analizie wskazano tylko na kilka problemów zdrowotnych. Analiza powinna obejmować wszystkie elementy poddane ocenie w kontekście występujących wskaźników zdrowotnych, prowadzonych działań oraz opinii ekspertów – a więc danych pochodzących z wszystkich możliwych do uzyskania źródeł. Szczegółowe tabele powinny być przedstawione także w grupach wieku, płci, miejsca zamieszkania, częstości korzystania z opieki zdrowotnej itp., by jak najbardziej precyzyjnie określić populację, w której obserwowane potrzeby zdrowotne występują z największą intensywnością.

Ponadto, każdy ze zidentyfikowanych problemów zdrowotnych musi zostać poddany szczegółowym analizom pod kątem określenia przyczyny jego występowania. Do tego celu należy również użyć wyników z badania ankietowego, zestawień z danymi otrzymanymi z innych źródeł (przychodni, pomocy społecznej) lub wreszcie podczas dyskusji z ekspertami. Przykładowo, występowanie uzależnień może wskazać, że jest to skutek wysokiego bezrobocia, a częste występowanie rozbitych rodzin może z kolei wynikać z wysokiego odsetka osób uzależnionych w lokalnej społeczności. Decyzja o rozpoczęciu programu interwencyjnego oraz sposobie jego prowadzenia powinna uwzględniać wnioski z tej dyskusji.

Analizy możliwych interwencji powinny brać pod uwagę również wykonalność danej interwencji oraz jej efektywność przy określonych zasobach finansowych oraz w określonym czasie. Niezwykle ważnym elementem jest akceptacja społeczności dla

podejmowanych działań i chęci uczestnictwa. Niektóre opisane tutaj problemy mogą być zbyt duże na możliwości ich rozwiązania na poziomie lokalnym, dlatego też należy podejmować działania, które są realistyczne i które mają szansę osiągnąć oczekiwany cel. Osiągnięcie w pierwszych latach zakładanych niewielkich celów zdrowotnych będzie miała znacznie więcej rezultatów: pozwoli na zbudowanie zespołu, rozwinięcie ekspertyzy, pozyskiwanie wieloletnich danych, planowanie funduszy, itp. Planowana kolejna interwencja zdrowotna będzie być może miała już cele ambitniejsze i może być też bardziej efektywna. Proces inicjowania oraz prowadzenia programu zdrowotnego jest z tej perspektywy równie ważny jak jego cele. Stąd niezbędne są dyskusje w gronie zespołu ds. oceny potrzeb zdrowotnych wsparte ekspertami w dziedzinie, których rezultaty umożliwią określenie działań interwencyjnych tak, aby były one nakierowane na właściwą przyczynę problemu, a nie na tylko jego widoczne konsekwencje.

6. Podstawowe informacje o źródłach danych zdrowotnych w Polsce

Agnieszka Doryńska, Krzysztof Gajda, Tomasz Knapik, Topór-Mądry R

Dane zbierane w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej

Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 roku o statystyce publicznej określa zasady i tworzy podstawy prowadzenia badań statystycznych w Polsce. Określa również sposób ich organizowania oraz tryb, w jakim powinny być prowadzone. Podstawowym dokumentem, w którym zawarte są informacje na temat prowadzonych badań jest program badań statystycznych statystyki publicznej, który jest ustalany przez Radę Ministrów w drodze rozporządzenia mającego formę wykazu przedstawiającego zakres badań statystycznych ustalonych na nadchodzący rok. Badania te przeprowadzane są przez Główny Urząd Statystyczny (GUS), dzięki czemu możliwe jest podejmowanie przez władze decyzji związanych z prowadzeniem polityki społecznej, gospodarczej czy dokonywanie zmian w ustawodawstwie. Badania mogą obejmować swoim zakresem wszystkie dziedziny życia społecznego i gospodarczego, prowadzone są przez GUS wspólnie z innymi centralnymi organami administracji państwowej czy instytucjami rządowymi i samorządowymi. Dane mogą być pozyskiwane ze wszystkich dostępnych źródeł, między innymi ze sprawozdań GUS, sprawozdań innych resortów, administracyjnych systemów informacyjnych, ekspertyz i opracowań. Formularze sprawozdawcze, kwestionariusze lub ankiety statystyczne to powszechne formy w jakich przekazywane są dane statystyczne. Wyniki badań prowadzonych w zakresie programu badań statystycznych statystyki publicznej są podawane do wiadomości publicznej w wydawnictwach GUS, wydawnictwach poszczególnych urzędów statystycznych, Monitorze Polskim oraz poprzez środki masowego przekazu. Badania te są finansowane z budżetu państwa, w wyjątkowych sytuacjach z innych środków.

Program Badań Statystycznych Statystyki Publicznej ma znaczenie w ocenie nierówności społecznych i nierówności w zdrowiu. Tematyka badań prowadzonych w tym zakresie jest zawarta w opisanych poniżej blokach tematycznych.

Rodzina

Badania prowadzone w tym zakresie dotyczą charakterystyki rodzin w Polsce oraz warunków ich życia (oceniane są m.in. liczba i struktura rodzin według ich wielkości, miejsca zamieszkania, cech demograficzno-społecznych i ekonomicznych, warunków mieszkaniowych), świadczeń na rzecz rodziny (badana jest m.in. struktura wydatków na świadczenia rodzinne oraz pokrewne, liczba rodzin i beneficjentów pobierających takie świadczenia), wspierania rodziny oraz systemu pieczy zastępczej (ocenia się m.in. liczbę rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka oraz dzieci korzystających z takich systemów wsparcia, a także wydatków z tym związanych). Zbierane są informacje dotyczące żłobków i klubów dziecięcych (liczby miejsc oraz liczby dzieci w nich przebywających, liczby personelu) czy świadczeń wychowawczych (badana jest m.in. struktura wydatków na świadczenia wychowawcze, liczba rodzin i innych beneficjentów pobierających te świadczenia).

Ludność, procesy demograficzne

Gromadzone są informacje dotyczące urodzeń żywych oraz martwych, które miały miejsce na terenie Polski (wraz z danymi o noworodku i jego rodzicach, w przypadkach zgonów o przyczynach), o dzietności kobiet, współczynnikach płodności i zastępowalności pokoleń. Badaniu podlegają także procesy związane z migracją. Zbierane są informacje o umieralności i trwaniu życia. Określana jest także charakterystyka społeczno-demograficzna i ekonomiczna ludności i gospodarstw domowych oraz prognozy demograficzne (dotyczące liczby i struktury ludności oraz gospodarstw domowych). Badana jest aktywność ekonomiczna ludności (analizowane są dane dotyczące osób aktywnych i biernych zawodowo) oraz charakterystyka osób zatrudnionych w gospodarce narodowej.

Rynek pracy, wynagrodzenia, koszty pracy i świadczenia społeczne

Gromadzone są dane o liczbie i charakterystyce osób bezrobotnych oraz poszukujących pracy (m.in. według cech demograficzno-społecznych i miejsca zamieszkania), określone są zmiany w liczbie osób pracujących i wolnych miejsc pracy, jak również warunki pracy (zbierane są informacje m.in. o liczbie pracowników zatrudnionych w warunkach szkodliwych). Badana jest charakterystyka wypadków przy pracy (analiza cech pracownika oraz miejsca zatrudnienia i jego warunków), czasu pracy zatrudnionych osób, struktura wynagrodzeń w gospodarce narodowej oraz świadczeń z ubezpieczeń

społecznych i innych świadczeń.

Rodzina, warunki bytu ludności, pomoc społeczna

Badaniu podlegają budżety gospodarstw domowych, ocenia się obecność grup zagrożonych ubóstwem, poziom dochodów i wydatków, wyposażenie gospodarstw domowych. Oceniane są zmiany ogólnej sytuacji gospodarczej kraju i zmiany sytuacji finansowej gospodarstw domowych. Zbierane są informacje dotyczące korzystania z pomocy społecznej, kwot na te cele przeznaczanych, informacje m.in. o liczbie domów pomocy społecznej, zakładów poprawczych, schronisk dla nieletnich. W zakresie oceny warunków życia ludności prowadzonej w ramach badania EU-SILC określana jest charakterystyka gospodarstw domowych oraz ich mieszkańców. Gromadzone są informacje o beneficjentach środowiskowej pomocy społecznej, o zasięgu ubóstwa i występowaniu różnych form wykluczenia społecznego.

Zdrowie i ochrona zdrowia

Określane jest występowanie niezaspokojonych potrzeb w zakresie badań lekarskich i leczenia (wraz z przyczynami), obciążenie finansowe związane z opieką medyczną członków gospodarstwa domowego oraz zakupem leków. Oceniany jest ogólny stan zdrowia oraz występowanie ograniczeń aktywności z powodu problemów zdrowotnych, liczba wizyt u lekarzy. Badaniu podlegają zachorowalność na wybrane choroby, liczba osób hospitalizowanych oraz przyczyny hospitalizacji, niepełnosprawność biologiczna, wybrane elementy stylu życia, a także częstość wykonywania badań profilaktycznych i przesiewowych.

Dane o chorobowości i zapadalności

Dane przesyłane do NFZ (dane przekazywane przez świadczeniodawców)

Dane te są generowane przez systemy informatyczne świadczeniodawców i są przekazywane automatycznie i cyklicznie. Za ich przekazywanie odpowiadają podmioty lecznicze w Polsce, które mają kontrakt z NFZ, tj. szpitale, poradnie opieki ambulatoryjnej i podstawowej opieki zdrowotnej, praktyki pielęgniarek i położnych, inne podmioty mające kontrakt z NFZ (np. gabinety stomatologiczne). Dane są gromadzone w systemach informatycznych świadczeniodawców, jedyną dopuszczalną formą to postać elektroniczna (sprawozdania). Dane są wysyłane raz w miesiącu.

Rejestr chorób nowotworowych – Krajowy Rejestr Nowotworów

Krajowy Rejestr Nowotworów nie posiada ustawowej podstawy prawnej. Jest jednym z rejestrów medycznych, ale ma unikalną metodologię zbierania danych. Nowotwory to choroby przewlekłe, pacjenci podczas lat choroby wielokrotnie pojawiają się w ośrodkach leczących. Uzupełnienie informacji w istniejącym w bazie rekordzie wymaga identyfikacji pacjenta, by nie tworzyć kolejnych „nowych” zachorowań. Projekt „Krajowy Rejestr Nowotworów” powstał jako odpowiedź na wprowadzenie w życie Ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. nr 113 z 2011 r. poz. 657). Spełniając założenia ustawy realizacja projektu doprowadziła do przekształcenia systemu rejestracji nowotworów z systemu rozproszonego w scentralizowany. Każda placówka opieki zdrowotnej, która zdiagnozuje podejrzenie nowotworu lub go potwierdzi, ma obowiązek zgłosić go do rejestru regionalnego. Rejestry nowotworów śledzą zgłaszalność przypadków z poszczególnych placówek. Krajowy Rejestr Nowotworów jest ośrodkiem koordynującym pracę rejestrów. Najważniejszym jego zadaniem jest nadzór nad wspólnym standardem i metodologią rejestracji we wszystkich ośrodkach. Dane gromadzone są w oparciu o Kartę Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego (symbol MZ/N-1a). Krajowy Rejestr Nowotworów udostępnia raporty roczne „Nowotwory złośliwe w Polsce”, w których znajdują się dane o zachorowaniach w podziale regionalnym, na płeć, na wiek. Krajowy Rejestr Nowotworów udostępnia także dane na temat nowotworów w formie bazy online dostępnej pod adresem: <http://onkologia.org.pl/k/baza-on-line/>.

Rejestr zachorowań na gruźlicę

Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę prowadzony jest przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. Placówka medyczna wysyła specjalny formularz z danymi o przypadku gruźlicy do Wojewódzkiej Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy lub do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Z Wojewódzkiej Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy lub z Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej za pośrednictwem Wojewódzkich Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych formularze (ZLK-2) trafiają do Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc raz na kwartał. Od kilkadziesiąt lat istnieje w Polsce system rejestracji zachorowań na gruźlicę i jego analiza na poszczególnych poziomach (rejon /powiat, region województwo i kraj). Krajowy Rejestr Zachorowań na Gruźlicę publikuje dane na temat gruźlicy w podziale na wiek oraz regiony kraju.

Rejestr zachorowań na AIDS

Metodologia zbierania informacji na temat nowo wykrywanych zakażeń HIV i zachorowań na AIDS polega na rutynowym i biernym nadzorze epidemiologicznym. Przypadki HIV/AIDS rozpoznane przez lekarza oraz zakażenia HIV rozpoznane w laboratorium wykonującym testy potwierdzenia są zgłaszane do inspekcji sanitarnej (z reguły na poziom WSSE). W WSSE prowadzony jest rejestr, który umożliwia wykluczenie powtórnych zgłoszeń tej samej osoby. Następnie informacja (w formie papierowej – formularz ZLK-4) przesyłana jest do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH, gdzie prowadzony jest centralny rejestr, i gdzie prowadzona jest także procedura wykluczenia powtórnych zgłoszeń na podstawie identyfikatora obejmującego inicjały, datę urodzenia i płeć. Ze względu na ochronę pacjentów ustawodawstwo dopuszcza możliwość zgłoszeń anonimowych, bez identyfikatora. Informacje o zakażeniach HIV i zachorowaniach na AIDS w Polsce dostarczane są przez PZH w postaci miesięcznych zestawień w podziale na województwa. Informacja rozszerzona jest także o statystyki dotyczące zgonów wśród chorych na AIDS oraz podział zarejestrowanych zakażeń ze względu na wiek, płeć badanych oraz grupę ryzyka, do której mogą należeć (w tym stosowanie narkotyków w iniekcjach). Ponadto NIZP-PZH, na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, realizuje badania przekrojowe przy użyciu testów biologicznych oraz kwestionariusza, mającego na celu między innymi analizę podejmowanych zachowań ryzykownych i określenie ich wpływu na szerzenie się infekcji.

Rejestr chorób zawodowych

Podejrzanie choroby zawodowej zgłasza pracodawca właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu (wojewódzkiemu, granicznemu, wojskowemu). Państwowy Inspektor Sanitarny, Główny Inspektor Sanitarny albo Główny Inspektor Sanitarny Wojska Polskiego przysyła informację o stwierdzeniu choroby zawodowej do Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi, w którym funkcjonuje Centralny Rejestr Chorób Zawodowych. Do obowiązków pracodawcy należy także przesłanie zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej, niezwłocznie po zakończeniu postępowania mającego na celu ustalenie uszczerbku na zdrowiu lub niezdolności do pracy w związku ze stwierdzoną chorobą zawodową pracownika lub byłego pracownika. Dokumentem źródłowym jest Karta stwierdzenia choroby zawodowej, w której zawarte są m.in. dane dotyczące rozpoznanej choroby, stażu pracy, czynników narażenia, płci i wieku osoby, u której stwierdzono chorobę zawodową, zawodu. Publikowane zestawienia zbiorcze

umieszczane na stronie Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych dostępne są w podziale na województwa oraz ogółem dla całego kraju. Dodatkowo corocznie wydawane jest opracowanie „Choroby zawodowe w Polsce” zawierające aktualne dane o zapadalności z uwzględnieniem jednostek chorobowych, wieku i płci, czynników przyczynowych, długości trwania narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku pracy, rodzaju działalności i zawodów oraz podziału administracyjnego kraju.

Rejestr ostrych zespołów wieńcowych

Ogólnopolski Rejestr Ostrego Zespołu Wieńcowego PL-ACS działa w ramach Śląskiego Centrum Chorób Serca (ŚCCS) w Zabrze. Jednostki, które przystąpiły do PL-ACS przekazują dane w formie elektronicznej poprzez stronę internetową <https://rejestrozv.sccs.pl> w oparciu o formularz. Lekarze wypełniają ankietę dla wszystkich chorych z ostrym zespołem wieńcowym przebywających na danym oddziale. Ankieta powinna być dołączana do historii choroby chorego przyjmowanego z powodu ostrego zespołu wieńcowego oraz dostępna na poszczególnych oddziałach w przypadku rozpoznania OZW podczas hospitalizacji. Wypełnione przez lekarzyankiety wprowadzane są w poszczególnych szpitalach do programu komputerowego celem przesłania danych w formie elektronicznej do Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Oddziały NFZ przesyłają dane do Śląskiego Centrum Chorób Serca, gdzie dane te są konsolidowane, archiwizowane oraz na bieżąco analizowane. Nie rzadziej niż kwartalnie nadesłane dane są w pełni analizowane, zgodnie z założonymi celami Rejestru. Wyniki analiz są umieszczane wyłącznie na stronie internetowej: <http://www.rejestrozv.republika.pl/> (zakładka Wyniki Etap 2).

Zgłaszalność chorób zakaźnych

Zgłoszenia (formularz ZLK-1) podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, lekarz, felczer albo kierownik szpitala przesyła państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu lub państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. Przepisy prawne obligują również diagnostów laboratoryjnych lub inne osoby uprawnione do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej, w przypadku uzyskania dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego do zgłoszenia tego faktu państwowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla siedziby laboratorium, w którym wykonano badanie. Zebrane dane

publikowane są w formie raportów: „Meldunki epidemiologiczne” i zawierają: dane w podziale na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, region kraju.

Chorobowość szpitalna

Wszystkie szpitale, w tym samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej MSW, z wyjątkiem szpitali i oddziałów psychiatrycznych, stacji dializ, zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych, zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych, zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, hospicjów stacjonarnych, oddziałów medycyny paliatywnej, obowiązane są dla każdej leczonej osoby wypełniać formularz MZ/Szp-11 będący wypisową kartą statystyczną osoby hospitalizowanej. Pliki z danymi powinny zostać przekazane raz w miesiącu do Urzędu Wojewódzkiego. Do kodowania jednostek chorobowych stosuje się Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych - Rewizja 10 (ICD-10). Do kodowania procedur medycznych stosuje się Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych – ICD. Dane gromadzone przez GUS: jednostki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (Sprawozdanie ZD-3), jednostki ratownictwa medycznego i pomocy doraźnej (Sprawozdanie ZD-4). Sprawozdawczością obejmuje się podstawową i specjalistyczną ambulatoryjną opiekę zdrowotną, zarówno w miastach, jak i na wsi. Dane na temat liczby porad gromadzone są z uwzględnieniem płci i wieku pacjentów. Badanie to obejmuje także liczbę świadczeń udzielonych ambulatoryjnie w izbie przyjęć oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym, a także działalność stacjonarną szpitalnego oddziału ratunkowego.

Zachorowania na choroby psychiczne

Dostępne informacje dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w instytucjach psychiatrycznych w Polsce oparte są na danych z raportów placówek lecznictwa i są publikowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. Podmioty lecznicze prowadzące leczenie lub rehabilitację osób uzależnionych są zobowiązane do gromadzenia i przekazywania Krajowemu Biuru informacji na temat osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych. Dostępne informacje epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych oparte na danych z zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce są corocznie publikowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie jako „Rocznik Statystyczny – Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej”. Dodatkowym źródłem

danych dotyczących częstości występowania zaburzeń psychicznych są wyniki Projektu EZOP, który był pierwszym w Polsce badaniem epidemiologicznym na ten temat, przeprowadzonym zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) we współpracy z Konsorcjum World Mental Health (WMH). Dane o zaburzeniach psychicznych posiada także ZUS (świadczenia przyznawane z powodu zaburzeń psychicznych). Dane dotyczące chorób psychicznych udostępniane przez GUS dostępne są w podziale na województwa oraz ogółem dla całego kraju.

Raporty Ministerstwa Zdrowia

Dane przekazywane są raz w roku do Ministerstwa Zdrowia za pośrednictwem CSIOZ przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej za pomocą szeregu formularzy wymienionych i scharakteryzowanych poniżej.

1. MZ-03

Sprawozdanie o finansach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Dane te są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa.

2. MZ-10

Sprawozdanie dotyczące liczby uprawnionych do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry. Dane są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa.

3. MZ-11

Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej: opieka profilaktyczna nad matką i dzieckiem; podstawowa opieka zdrowotna; stacje dializ działające w ramach przychodni specjalistycznej; działalność różnych form opieki poza szpitalnej (opieka psychiatryczna, oddziały dzienne ogólne); sprzęt medyczny; pracujący w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Dane są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa, są dane umożliwiające grupowanie na powiaty.

4. MZ-13

Roczne sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc - dział 1: zarejestrowani w poradni/gabiniecie specjalistycznym chorób płuc i gruźlicy. Dane są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa.

5. MZ-14

Roczne sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej: badania serologiczne i mikrobiologiczne, leczeni po raz pierwszy i pozostający pod obserwacją. Dane są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa.

6. MZ-15

Sprawozdanie z działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych (leczeni: zaburzenia psychiczne – bez uzależnień, zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu, leczeni w poradniach psychologicznych). Dane są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa, są dane umożliwiające grupowanie na powiaty.

7. MZ-19

Sprawozdanie z działalności zespołu leczenia środowiskowego (informacje ogólne o działalności, personel działalności podstawowej, działalność zespołu, leczeni, okres sprawowania opieki nad pacjentem w ciągu roku). Dane są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa.

8. MZ-29

Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego (charakterystyka zakładu, personel pracujący, łóżka specjalistyczne w szpitalu ogółem, oddział ratunkowy/izba przyjęć, sale operacyjne – działalność, stanowiska dializacyjne, wykonywanie dializy, działalność oddziałów, ruch chorych, zakłady i pracownie diagnostyczne, dodatkowe informacje o działalności oddziału ginekologiczno-położniczego). Dane są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa.

9. MZ-30

Sprawozdanie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej (dane ogólne, niektóre dane dotyczące bazy stacjonarnej, personel działalności podstawowej, działalność i zatrudnienie na oddziałach, zakłady i pracownie diagnostyczne). Dane są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa.

10. MZ-35

Sprawozdanie z działalności Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy (zatrudnienie w WOMP, lekarze, inni pracownicy, jednostki podstawowe służby medycyny pracy, działalność konsultacyjna, działalność odwoławcza, działalność kontrolna i szkoleniowa.

11. MZ-35A

Sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących (działalność orzecznicza; wstępne, okresowe i kontrolne badania lekarskie pracowników; umowy z pracodawcami na wykonywanie profilaktycznych badań lekarskich i sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami; wizytacje stanowisk pracy w zakładach objętych opieką profilaktyczną; liczba skierowań do jednostki orzeczniczej w związku z podejrzeniem choroby zawodowej; współpraca w realizacji

profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi). Dane są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa.

12. MZ-35B

Sprawozdanie z działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą realizującego świadczenia z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami (osoby realizujące zadania z zakresu medycyny pracy; umowy z pracodawcami na wykonywanie profilaktycznych badań lekarskich i sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami). Dane są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa.

13. MZ-42

Sprawozdanie z działalności regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Dane są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa.

14. MZ-88A

Sprawozdanie o zatrudnieniu wybranej kadry medycznej w administracji i szkołach wyższych. Dane są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa.

15. MZ-89

Sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą (lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym, położne ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym, farmaceuci, diagnosty laboratoryjni, inni specjaliści medyczni z wykształceniem wyższym). Dane są gromadzone dla Polski z podziałem na województwa.

Dane zbierane w szkołach

Dane te są gromadzone w placówkach oświatowych i przekazywane do płatnika w postaci elektronicznej. Za ich przekazanie odpowiedzialni są lekarz POZ, higienistka szkolna, pielęgniarka szkolna, szkoła, przedszkole. Dane są przechowywane w placówkach oświatowych oraz w POZ. Dokumentacja jest prowadzona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki profilaktycznej nad uczniami. Dla danych gromadzonych u lekarza POZ obowiązuje forma elektroniczna gromadzenia i przekazywania danych do NFZ, za pośrednictwem systemu informatycznego świadczeniodawcy raz w miesiącu. Dla szkół i przedszkoli obowiązuje forma papierowa raz w roku dla CSIOZ. Dane są dostępne tylko dla poziomu województw.

Dane medyczne przekazywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia do instytucji publicznych

Narodowy Fundusz Zdrowia przekazuje szereg danych do różnych instytucji. Szczegółowe informacje na ten temat zawiera poniższa tabela:

Podmiot – adresat danych	Rodzaj danych
Główny Urząd Statystyczny	Centralny Wykaz Świadczeniobiorców; dane jednostkowe dotyczące osób fizycznych w zakresie: nazwisko i imię, numer PESEL, data urodzenia, adres zamieszkania.
Wojewodowie i sejmiki wojewódzkie	Minimalny zakres zbiorczych informacji obejmuje dane dotyczące: <ol style="list-style-type: none"> 1) średniego czasu pobytu, 2) liczby wykonanych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych, 3) liczby hospitalizacji i osób hospitalizowanych, 4) głównych przyczyn udzielenia świadczeń, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych, 5) liczby świadczeń wyrażanych w kodach świadczeń oraz liczby osób, którym udzielono tych świadczeń (z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, rehabilitacji, leczenia stacjonarnego, stomatologii, stacjonarnej opieki długoterminowej), 6) liczby przyjęć i wypisów według trybu przyjęcia i wypisu (w szpitalach udzielających świadczeń na terenie województwa, w podziale na powiaty miejsca udzielania świadczenia), 7) liczby przewozów środkami transportu sanitarnego, 8) wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, 9) podstawowej opieki zdrowotnej dotyczące liczby: a) świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa według rodzajów (lekarze, pielęgniarki, położne, pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania) w podziale na powiaty i gminy miejsca udzielania świadczenia; b) osób objętych opieką; 10) programów zdrowotnych finansowanych przez Fundusz oraz realizowanych na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, w odniesieniu do liczby osób objętych każdym programem oraz liczby udzielonych im świadczeń, 11) list oczekujących przekazywanych przez poszczególnych świadczeniodawców, udzielających świadczeń na terenie województwa w zakresie liczby oczekujących i średniego rzeczywistego czasu oczekiwania.
Minister właściwy do spraw zdrowia	Listy oczekujących: a) imię i nazwisko świadczeniobiorcy, b) numer PESEL lub numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy, c) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania.
Organy egzekucyjne, np. Naczelnik urzędu skarbowego, Właściwy organ gminy o statusie miasta, ZUS, Dyrektor izby	<ol style="list-style-type: none"> 1) nazwisko i imię; 2) nazwisko rodowe; 3) data urodzenia; 4) płeć; 5) obywatelstwo; 6) numer PESEL; 7) seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość; 8) adres zamieszkania; 9) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania; 10) adres zameldowania; 11) adres do korespondencji i inne dane pozwalające na skontaktowanie się; 12) numer ubezpieczenia; 13) stopień pokrewieństwa z opłacającym

<p>celnej, kierownik powiatowej służby, inspekcji lub straży w odniesieniu do obowiązków wynikających z wydawanych w zakresie swojej właściwości decyzji i postanowień itd. - nieodpłatnie</p> <p>Komornik sądowy - odpłatnie</p>	<p>składkę; 14) stopień niepełnosprawności; 15) rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej niż wynikające z ustawy; 16) dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom; 17) przyczyn udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej; 18) nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji; 19) dane dotyczące lekarza, felczera, pielęgniarki lub położnej wystawiających receptę na refundowane leki lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo zaopatrzenie na wyroby medyczne; 20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza, felczera, pielęgniarkę lub położną; 21) dane dotyczące apteki realizującej receptę na refundowane leki i wyroby medyczne; 22) data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego; 22a) kod tytułu ubezpieczenia; 22b) data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego; 22c) data wypełnienia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego; 23) data wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego; 23a) data wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego; 24) okres, za który opłacono składkę na ubezpieczenie zdrowotne, oraz dane dotyczące opłaconych, nieopłaconych, nieopłaconych w terminie i należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz ze wskazaniem okresu, jakiego dotyczą; 25) dane o płatniku składki na ubezpieczenie zdrowotne; 26) typ dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej; 27) data zgonu; 28) dane dotyczące wypadków przy pracy i chorób zawodowych, będące w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych; 29) informacje, określające ustawodawstwo właściwe zgodnie z przepisami o koordynacji, będące w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego; 30) dane o przychodach z tytułów rodzących obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego; 31) okres uprawnień; 32) informacje, czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym; 33) kod przyczyny wyrejestrowania z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.</p>
<p>Wojewoda oraz marszałek województwa</p>	<p>Zbiornicze informacje o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom zamieszkującym na terenie województwa przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, niezbędne do realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).</p>
<p>Świadczeniobiorca – na żądanie</p>	<p>Informacje o: 1) posiadaniem w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie tego prawa, a w przypadku gdy prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, także o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz numerach NIP i REGON płatnika ubezpieczenia zdrowotnego – na podstawie informacji przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych; 2) udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie tych świadczeń.</p>

7. Wskaźniki środowiskowe w badaniu potrzeb zdrowotnych

Bartosz Balcerzak

Szeroka definicja potrzeb zdrowotnych wychodzi poza granice modeli bazujących jedynie na dostarczaniu usług zdrowotnych i implikuje dostrzeżenie wielu innych uwarunkowań zdrowia, w tym tych o charakterze środowiskowym.

W niniejszej propozycji uwzględniono więc i zastaw wskaźników, które mogłyby posłużyć badaniu „**środowiskowych potrzeb zdrowotnych**” czy też, jak czasem się je określa „**potrzeb zdrowia środowiskowego**”. Są to zasadniczo potrzeby odnoszące się do takiego kształtowania środowiska, aby nie stawało się ono źródłem zagrożeń dla zdrowia i życia ludzi.

Jako że szacowanie potrzeb zdrowotnych może dostarczać metod służących do badania nierówności w zdrowiu^{21,22}, a więc tworząc zestaw wskaźników dotyczących środowiska, brano pod uwagę także tę kwestię. Czyli zdefiniowano **równość** nie tylko **jako dostęp** do opieki zdrowotnej oraz leczenia, ale także **do środowiska o takiej jakości, która wspiera ludzkie zdrowie**.

Brak dostępu do środowiska o dobrej jakości jest powiązany ze zjawiskiem nazywanym **niesprawiedliwością środowiskową** (ang. *environmental injustice*). Zjawisko to odnosi się nie tylko do środowiskowych zagrożeń na jakie jest narażona dana grupa, takich jak np. bliskie sąsiedztwo: spalarni odpadów, zakładów przemysłowych, wysypisk śmieci, ale także polega na nieproporcjonalnym obciążeniu tymi zagrożeniami ludzi, którzy z jakiegoś powodu (np. pochodzenie etniczne, niski status społeczno-ekonomiczny) są upośledzeni społecznie²³.

Według Amerykańskiej Agencji Ochrony Środowiska (ang. United States Environmental Protection Agency – US EPA) o równości środowiskowej możemy mówić dopiero wtedy, gdy wszyscy ludzie (bez względu na rasę, kolor skóry, narodowość lub dochód) są

²¹ Womersley J, McCauley D. (1987) Tailoring health services to the needs of individual communities. *J Publ Health Med*; 41:190–195.

²² Majeed FA, Chaturvedi N, Reading R, Ben-Shlomo Y. (1994), Monitoring and promoting equity in primary and secondary care. *BMJ*; 308:1426–1429.

²³ Cox R.: *Environmental Communication and the Public Sphere*. Third Edition. The University of North Carolina at Chapel Hill, SAGE Publications, Inc., Los Angeles, California, 2013.

traktowani równo oraz jednakowo włączeni w przygotowywanie, wdrażanie oraz egzekwowanie przepisów prawa, regulacji oraz polityk, gwarantujących równą ochronę przed zagrożeniami środowiskowymi i zdrowotnymi. O równości mówi się także wtedy, gdy mają oni jednakowy dostęp do procesów decyzyjnych kształtujących zdrowe środowisko w miejscu życia, nauki i pracy²⁴.

Trzeba stwierdzić, że kwestia niesprawiedliwości środowiskowej nie jest w naszym kraju praktycznie badana i diagnozowana nawet w odniesieniu do mniejszości etnicznych, co zauważają autorzy nielicznych publikacji naukowych w których poruszono ten temat²⁵. Rolą niniejszej propozycji jest między innymi przyczynienie się do zmiany tej sytuacji.

Poszukując cech środowiska, o które należałoby pytać dokonując diagnozy potrzeb zdrowotnych, skorzystano z kilkudziesięcioletnich już doświadczeń w tworzeniu **syntetycznego systemu tzw. wskaźników zdrowia środowiskowego** (ang. *environmental health indicators* - EHIs). Pierwszy taki zestaw powstał na początku lat dziewięćdziesiątych XX w. z inicjatywy Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization - WHO)²⁶.

Przygotowując zestaw wskaźników zdrowia środowiskowego na potrzeby niniejszego projektu jako inspirację wykorzystano nie tylko propozycję WHO, ale także kilka innych, które znaleziono przeglądając literaturę przedmiotu. Jedną z tych propozycji był system wskaźników opracowany jako rezultat międzynarodowego projektu, Implementing Environment and Health Information System in Europe (ENHIS), którego zadaniem było wspieranie europejskiej polityki w zakresie zdrowia środowiskowego dzieci w ramach realizacji programu: Children's Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE)²⁷.

²⁴ US EPA, 2015, Environmental Justice, (<http://www3.epa.gov/environmentaljustice/>) [Dostęp: 14-11-2015, 14:56].

²⁵ Pietraszkiewicz, T., 2011, Zdrowie dzieci romskich – ważny problem medycyny środowiskowej, *Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine.*, 2011, Vol. 14/2, str. 7-10.

²⁶ Corvalán, C., Briggs, D. and Kjellström, T. 1996. Development of environmental health indicators. In: *Linkage methods for environment and health analysis. General guidelines.* (D. Briggs, C. Corvalán and M. Nurminen, eds.). Geneva: UNEP, USEPA and WHO, pp.19-53.

²⁷ Pond K, Kim R, Carroquino MJ, Pirard P, Gore F, Cucu A, et al. Workgroup report: developing environmental health indicators for European children: World Health Organization Working Group. *Environ Health Perspect* 2007;115:1376-82.

Wzięto także pod uwagę to, że środowiskowe wskaźniki potrzeb zdrowotnych powinny być głównie wykorzystane na potrzeby planowania przede wszystkim działań prewencyjnych w ochronie zdrowia (a nie jedynie dystrybucji usług medycznych).

W celu diagnozy potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym zaproponowano jedenaście wskaźników zdrowia środowiskowego, które mogą być także zastosowane w identyfikacji i mierzeniu nierówności w zdrowiu. Użycie każdego ze wskaźników zostało krótko uzasadnione i omówione w oparciu o zebraną literaturę naukową i dokumenty oraz raporty różnych instytucji, które zajmują się kwestiami zdrowia środowiskowego na różnych poziomach działania (regionalnym, krajowym oraz międzynarodowym).

Zaproponowano następujące wskaźniki:

Wskaźnik nr 1. Liczba metrów kwadratowych przypadających na osobę w mieszkaniu

Wskaźnik wiąże się z rozpowszechnieniem takich problemów zdrowotnych jak podwyższony poziom ciśnienia krwi²⁸, choroby zakaźne, pasożytnicze oraz układu oddechowego²⁹. Jest też równocześnie, jednym wskaźników zrównoważonego rozwoju³⁰.

Wyniki badań wskazują na szczególną wagę jaką ma stopień zagęszczenia mieszkań dla zdrowia dzieci. Duże zagęszczenie działa szczególnie niekorzystnie na ich zdrowie umysłowe³¹, ryzyko urazów³², ekspozycję na czynniki zakaźne oraz pogarszające funkcjonowanie układu oddechowego³³; może także być przyczyną problemów szkolnych³⁴. Wskaźnik ten może być także przydatny w badaniu nierówności w zdrowiu, w szczególności w stosunku do takich grup, jak: osoby o niskim SES, mniejszości etniczne

²⁸ Evans, G.C., Lepore, S.J., Shejwal, B.R., Palsane, M.N., 1998, Chronic residential crowding and children's well-being: an ecological perspective. *Child Development*, 69, 1514-1523.

²⁹ Bansal R K, Saxena D M. Overcrowding and health. *Indian J Med Sci* 2002; 56:177-9.

Źródło: <http://www.indianjmedsci.org/text.asp?2002/56/4/177/11970>

³⁰ United Nations (1996) Indicators of sustainable development. Framework and methodologies. New York: UNI

³¹ Gove WR, Hughes M, Galle OR. Overcrowding in the home: an empirical investigation of its possible pathological consequences. *Am Sociol Rev.* 1979;44 (1):59-80.

³² Delgado J, Ramirez-Cardich ME, Gilman RH, et al. Risk factors of burns in children: crowding, poverty, and poor maternal education. *Inj Prev.* 2002;8(1):38-41.

³³ Cardoso MR, de Goes Siqueira LF, Alves FM, D'Angelo LA. Crowding: risk factor or protective factor for lower respiratory disease in young children? *BMC Public Health.* 2004;4(19):1-8.

³⁴ Roy AL, Raver CC. Are all risks equal? Early experiences of poverty-related risk and children's functioning. *J Fam Psychol.* 2014;28(3):391-400.

czy też osoby niepełnosprawne. Dane potrzebne do obliczenia wskaźnika mogą być zbierane z istniejących źródeł lub metodą sondażową³⁵.

Można też badać subiektywny stopień zaspokojenia potrzeby w odniesieniu do powierzchni mieszkalnej przypadającej na daną osobę.

Wskaźnik nr 2. Procent populacji narażonej na dym tytoniowy w miejscu zamieszkania

Dym tytoniowy uważany jest za jedno z głównych zanieczyszczeń powietrza wewnątrz pomieszczeń w krajach rozwiniętych gospodarczo³⁶. Zjawisko biernego palenia (ang. passive smoking, involuntary smoking) związane jest z wdychaniem dymu, który np. jest wydmuchiwany przez osoby palące lub wydobywa się z papierosów palących się w popielnicze. Znaczna liczba osób doświadcza tego problemu we własnych domach³⁷.

Procent dzieci narażonych na bierne palenie w trzech grupach wiekowych: 0-4, 5-9, 10-14 lat jest jednym ze wskaźników zaproponowanych w ramach realizacji programu CEHAPE³⁸.

W badaniach sondażowych możliwe jest też pytanie o postrzegany poziom własnego narażenia na dym uwalniający się z produktów tytoniowych wypalanych przez innych (ang. environmental tobacco smoke – ETS) – w tym przypadku przez współmieszkańców. Proponowany wskaźnik może być także zastosowany do badania środowiskowych potrzeb zdrowotnych w zakresie ekspozycji na zanieczyszczenia powietrza wewnątrz pomieszczeń.

³⁵ Western Australian Department of Health, Public Health Division (2010) Environmental Health Needs of Aboriginal Communities in Western Australia: the 2008 survey and its findings. Perth. Źródło:

http://www.public.health.wa.gov.au/cproot/2971/2/70650_2008_EHNS_Report1_FINAL.pdf
[Dostęp: 15.10.2015].

³⁶ Yassi A, Kjellstrom, T., De Kok Th., Guidotti, T.L. (ed.), 2001, Basic Environmental Health, Oxford University Press.

³⁷ International Agency for Research on Cancer (2004). Second-hand tobacco smoke. IARC Monographs 100-E. Źródło: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100E/mono100E-7.pdf>
[Dostęp 02.12.2015].

³⁸ Pond K, Kim R, Carroquino MJ, Pirard P, Gore F, Cucu A, et al. Workgroup report: developing environmental health indicators for European children: World Health Organization Working Group. Environ Health Perspect 2007;115:1376-82.

Wskaźnik nr 3: Procent populacji zamieszkującej domy/mieszkania w których wykorzystuje się urządzenia grzewcze będące potencjalnymi źródłami emisji tlenku węgla do wnętrza pomieszczeń

Zatrucia tlenkiem węgla są uznawane za jeden z istotnych problemów zdrowia środowiskowego, związanych z jakością powietrza wewnątrz pomieszczeń.

Najgroźniejsze dla zdrowia koncentracje tlenku węgla występują najczęściej właśnie w pomieszczeniach zamkniętych, w wyniku niewłaściwej instalacji, użytkowania, konserwowania lub naprawy różnego rodzaju urządzeń grzewczych (np. pieców węglowych, piecyków gazowych, kominków) a także pogorszenia warunków ich wentylacji³⁹.

Zaproponowany wskaźnik jest również przydatny dla oceny występujących w społeczeństwie nierówności w zdrowiu, szczególnie w odniesieniu do osób o niskim SES.

Istotnym jest także to, że urządzenia stosowane do ogrzewania mieszkań, grzania wody lub gotowania mogą, w zależności od ich konstrukcji oraz rodzaju stosowanego paliwa, być źródłem także innych substancji chemicznych groźnych dla ludzkiego zdrowia, takich jak np.: tlenki azotu, dwutlenek siarki czy formaldehyd⁴⁰.

Wskaźnik nr 4: Procent populacji narażonej na radon w miejscu swojego zamieszkania

Radon jest radioaktywnym gazem szlachetnym, który powstaje w wyniku szeregu rozpadów prekursorów tego gazu znajdujących się praktycznie we wszystkich minerałach i glebach⁴¹. Radon został uznany za najważniejszą przyczynę zachorowań na raka płuc wśród osób, które nigdy nie paliły tytoniu oraz za współprzyczynę tej choroby u obecnych lub byłych palaczy⁴². Najważniejszym źródłem ekspozycji na ten gaz jest jego przenikanie

³⁹ U.S. Department of Health and Human Services (2012) Toxicological Profile for Carbon Monoxide, Public Health Service Agency for Toxic Substances and Disease Registry, (www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp201.pdf) [Dostęp: 28.11.2014].

⁴⁰ Siemiński, M. (2001) Środowiskowe zagrożenia zdrowia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

⁴¹ Siemiński, M. (2001) Środowiskowe zagrożenia zdrowia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

⁴² World Health Organization (2009) WHO Handbook on indoor radon. Public health perspectives, World Health Organization, Geneva, Switzerland. Źródło: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44149/1/9789241547673_eng.pdf [Dostęp: 09.12.2015].

do wnętrza budynków z podłoża, ale także istotna jest jego emisja z materiałów budowlanych czy też jego transfer z otoczenia budynku⁴³.

Narażenie na radon może posłużyć też do diagnozy nierówności w zdrowiu, szczególnie w odniesieniu do dzieci, w przypadku których istnieją uzasadnione podejrzenia, że ekspozycja na ten gaz wewnątrz pomieszczeń może powodować białaczkę⁴⁴.

Ze względu na swój charakter, narażenie na radon może być także miarą ekspozycji na promieniowanie jonizujące.

W związku z tym, że zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem informacje o narażeniu radiacyjnym są zbierane zasadniczo poza systemem ochrony zdrowia⁴⁵, konieczne byłoby wzmocnienie współpracy międzysektorowej w zakresie ich systematycznego pozyskiwania, analiz i interpretacji. Ze względu na charakter zagrożenia, które nie jest wykrywane ludzkimi zmysłami wskaźnik nie nadaje się do pomiaru potrzeb subiektywnych.

Wskaźnik nr 5: Odsetek mieszkańców narażonych na hałas w miejscu zamieszkania

W rankingu środowiskowych stresorów o największym wpływie na zdrowie publiczne, opracowanym w ramach realizacji projektu Environment Burden of Disease (EBoDE) hałas zajął drugie miejsce, zaraz za pyłem zawieszonym PM_{2,5}⁴⁶. Może on powodować zarówno skutki fizjologiczne jak i psychologiczne⁴⁷.

W określaniu potrzeb zdrowotnych z wykorzystaniem wskaźników zdrowia środowiskowego dotyczących hałasu można wykorzystać dane zbierane na różne sposoby.

⁴³ EEA&JRC (2013) Environment and human health. Joint EEA/JRC report, EEA Report, Nr 5/2013, Report EUR 25933 EN, Kopenhaga.

⁴⁴ Raaschou-Nielsen, O. Indoor radon and childhood leukaemia., Radiation Protection Dosimetry. 2008;132(2):175-81. doi: 10.1093/rpd/ncn288.

⁴⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie systemów wykrywania skażeń i powiadamiania o ich wystąpieniu oraz właściwości organów w tych sprawach. W: Dz.U. 2013 poz. 96 [on-line]. Internetowy System Aktów Prawnych isap.sejm.gov.pl [Dostęp 2015-12-09].

⁴⁶ Hanninen, O., Knol, A. and (Eds.), 2011, European Perspectives on Environmental Burden of Disease Estimates for Nine Stressors in Six European Countries, National Institute for Health and Welfare (THL), Helsinki, Finland. Health Promotion International, VI. 24, pp. 11-18.

⁴⁷ Yassi A. Kjellstrom, T., De Kok Th., Guidotti, T.L.. (ed.), 2001, Basic Environmental Health, Oxford University Press.

Jednym ze źródeł danych mogą być punkty i stanowiska, w których WIOŚ realizuje prowadzone pomiary monitoringowe⁴⁸.

Sposobem zbierania danych o negatywnym wpływie niepożądanych dźwięków na dobrostan i jakość życia mogą być też badania sondażowe, szczególnie w odniesieniu do takich skutków jak: zakłócenia snu czy ogólny niepokój wywołany hałasem środowiskowym.

Wskaźniki narażenia na hałas środowiskowy mogą być wykorzystane w badaniu nierówności w zdrowiu, szczególnie w odniesieniu do grup o niskim SES, mniejszości etnicznych a także dzieci. W tym ostatnim przypadku jest o tyle uzasadnione, iż wydaje się niemal pewne, że istnieje związek pomiędzy ekspozycją na hałas środowiskowy a upośledzeniem rozwoju poznawczego oraz ograniczeniem zdolności u dzieci⁴⁹.

Wskaźnik nr 6: Odsetek osób w populacji niemających stałego dostępu do odpowiedniej ilości pitnej wody w domu

Odsetek osób w populacji mających stały dostęp do odpowiedniej ilości pitnej wody w domu jest jednym z podstawowych wskaźników zdrowia środowiskowego proponowanych przez ekspertów WHO⁵⁰.

Polska, jest jednym tych z krajów Europy, które wyróżniają się stosunkowo małymi zasobami wód wynoszącymi ok. 1500 m³/rok/mieszkańca, co stanowi zaledwie ok. 36% średniej europejskiej. Stąd też istnieją w naszym kraju obszary, na których notuje się trudności w zaopatrzeniu w wodę⁵¹. Według GIOŚ podstawowym problemem w zakresie

⁴⁸ GIOŚ (2014) Stan środowiska w Polsce. Raport 2014. Biblioteka Monitoringu Środowiska, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Warszawa. Źródło: http://www.gios.gov.pl/images/dokumenty/pms/raporty/GIOS_raport_2014.pdf [Dostęp: 10-12-2015]

⁴⁹ WHO/JRC (2011) Burden of disease from environmental noise, Fritschi, L., Brown, A.L., Kim, R., Schwela, D., Kephelopoulos, S. (eds), World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Źródło: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf?ua=1 [Dostęp: 10-12-2015].

⁵⁰ WHO, 2002, Environmental health indicators for the WHO European Region: Update of methodology, EUR/02/5039762. Źródło: http://www.apug.de/archiv/pdf/who_indicators_2002.pdf [Dostęp: 12-12-2015].

⁵¹ GIOŚ (2014) Stan środowiska w Polsce. Raport 2014. Biblioteka Monitoringu Środowiska, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Warszawa. Źródło: http://www.gios.gov.pl/images/dokumenty/pms/raporty/GIOS_raport_2014.pdf [Dostęp: 10-12-2015].

zaopatrzenia w wodę ludności jest w dalszym ciągu mała dostępność wody wysokiej jakości⁵².

Zaproponowany wskaźnik może mieć szczególne znaczenie w określaniu potrzeb zdrowotnych w kontekście nierówności w zdrowiu. Można się spodziewać zarówno różnicy w dostępie do wody pomiędzy mieszkańcami miast i wsi, jak i większego rozpowszechnienia wynikających z niej negatywnych skutków zdrowotnych w tej drugiej grupie.

W przypadku omawianego wskaźnika, dane potrzebne do jego obliczenia są aktualnie zbierane w ramach systemu ochrony zdrowia przez Państwową Inspekcję Sanitarną, co może być ułatwieniem w ich pozyskiwaniu i wykorzystywaniu w diagnozie potrzeb zdrowotnych.

Można też rozważyć zastosowanie wskaźnika odnoszącego się do potrzeb subiektywnych. Należałoby wtedy na przykład badać odczuwaną satysfakcję zarówno z dostępu do wody pitnej jak i jej jakości.

Zaproponowany wskaźnik środowiskowy, chociażby w celu oceny jego zdolności predykcyjnej powinien zostać uzupełniony przez powiązane z nim wskaźniki zdrowotne, takie jak np.: epidemie chorób wodopochodnych (szczególnie wśród dzieci).

Wskaźnik nr 7. Procent populacji niekorzystającej z kanalizacji zbiorczej

Eksperti WHO uznali że jednym z podstawowych wskaźników zdrowia środowiskowego odzwierciedlających bazową sytuację sanitarną powinien być procent populacji mającej dostęp do „odpowiednich instalacji odprowadzających wydaliny”. Zakłada się, że im większy jest procent populacji mającej dostęp do odpowiednich sposobów usuwania ścieków bytowych, tym mniejsze jest ryzyko dla zdrowia wynikające z narażenia na czynniki zakaźne, aczkolwiek należy pamiętać, że dostępność nie zawsze przekłada się na właściwe użytkowanie instalacji oraz poprawę warunków sanitarno-higienicznych.

⁵² GIOŚ (2014) Stan środowiska w Polsce. Raport 2014. Biblioteka Monitoringu Środowiska, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Warszawa. Źródło: http://www.gios.gov.pl/images/dokumenty/pms/raporty/GIOS_raport_2014.pdf [Dostęp: 10-12-2015].

W niniejszej propozycji za całkowicie bezpieczne postanowiono uznać jedynie odprowadzanie ścieków do zbiorczej sieci kanalizacyjnej⁵³.

O wyborze metody odprowadzania ścieków bytowych decydują nie tylko początkowe koszty instalacji, ale też koszty dalszego jej utrzymania, konserwacji i korzystania z niej⁵⁴. Stąd wskaźnik dotyczący sposobu odprowadzania ścieków można uznać za odpowiedni także w ocenie nierówności w zakresie środowiskowych potrzeb zdrowotnych (konkretnie potrzeby sanitacji).

Obliczenie proponowanego wskaźnika wymaga pozyskania danych, które są zbierane poza systemem ochrony zdrowia w ramach rutynowych działalności lub w wyniku działań kontrolnych.

Na potrzeby ewaluacji warto byłoby analizować ten wskaźnik w zestawieniu z takimi danymi o skutkach zdrowotnych zbieranymi w obrębie sektora ochrony zdrowia jak: umieralność dzieci z powodu biegunek lub epidemie chorób wodopochodnych.

Wskaźnik 8 Proporcja gospodarstw domowych stosujących paliwa stałe (węgiel, drewno) jako główne źródło uzyskania energii służącej do ogrzewania lub gotowania

Indywidualne ogrzewanie domów i mieszkań węglem i drewnem prowadzi w okresie jesienno-zimowym, szczególnie na gęsto zabudowanych obszarach, do wzmożonej emisji benzo(a)pirenu oraz innych wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych⁵⁵.

Jednym ze wstępnych warunków ograniczenia zanieczyszczeń pochodzących z niskich źródeł jest przeprowadzenie ich inwentaryzacji.

Inwentaryzacja ta jest niezbędna, aby ocenić, które źródła są odpowiedzialne za przekroczenia stężeń dopuszczalnych i jakie są możliwości zmniejszenia emisji

⁵³ Małe wiejskie jednostki osadnicze, wyposażone w systemy zbiorowego zaopatrzenia w wodę, bez rozwiązania problemu odprowadzania oraz oczyszczania ścieków mogą stanowić zagrożenie dla czystości wód o charakterze lokalnym.

⁵⁴ WHO (1992) Our Planet, Our Health. Report of the WHO Commission on Health and Environment, Geneva.

⁵⁵ GIOŚ (2014) Stan środowiska w Polsce. Raport 2014. Biblioteka Monitoringu Środowiska, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Warszawa. Źródło: http://www.gios.gov.pl/images/dokumenty/pms/raporty/GIOS_raport_2014.pdf [Dostęp: 10-12-2015]

zanieczyszczeń⁵⁶. Informacje z niej pochodzące powinny zostać wykorzystane do diagnozy potrzeb zdrowia środowiskowego w odniesieniu do jakości powietrza zewnętrznego, przy czym zastosowanie proponowanego wskaźnika wymagałoby także przeprowadzenia inwentaryzacji na tych terenach, gdzie stężenia substancji podlegających ocenie nie przekraczają poziomów dopuszczalnych.

Chociaż, tego typu informacje zbiera się rzadko, jednak wydają się one i tak łatwiejsze do pozyskania na poziomie lokalnym niż np. dane dotyczące koncentracji poszczególnych substancji, które są pozyskiwane przez Inspekcję Ochrony Środowiska, głównie na poziomie wojewódzkim oraz krajowym z punktów sieci monitoringu środowiska, która nie pokrywa całości kraju.

Wskaźnik 9 Liczba pojazdów zarejestrowanych na danym terenie

Transport jest wymieniany razem z indywidualnym ogrzewaniem budynków jako główna przyczyna nadmiernej emisji zanieczyszczeń pyłowych (PM10 i PM2,5) w Polsce⁵⁷.

Narażenie na substancje drażniące zawarte w spalinach samochodowych może nie tylko powodować zaostrzenie POChP ale też przyczyniać się do nowych przypadków występowania astmy u dzieci⁵⁸, a także może skutkować zmniejszeniem wagi oraz wzrostu noworodków⁵⁹.

Napędzane paliwami płynnymi pojazdy drogowe mogą znacznie przyczyniać się do powstawania problemów zdrowotnych nie tylko w okresie zimowym, ale także w letnim kiedy to substancje zawarte w spalinach samochodowych stają się prekursorami groźnego dla zdrowia ozonu troposferycznego⁶⁰.

⁵⁶ Ministerstwo Środowiska (2003) Wskazówki dla wojewódzkich inwentaryzacji emisji na potrzeby ocen bieżących i programów ochrony powietrza. Źródło: https://www.mos.gov.pl/g2/big/2011_06/6933071871aec0a889f061ef419ae63e.pdf [Dostęp: 10.12.2015].

⁵⁷ GIOŚ (2014) Stan środowiska w Polsce. Raport 2014, Biblioteka Monitoringu Środowiska, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Warszawa.

⁵⁸ Gasana, J., Dillikar, D., Mendy, A., Forno, E., Ramos Vieira, E., 2012, Motor vehicle air pollution and asthma in children: A meta-analysis, *Environmental Research* (117), 36–45.

⁵⁹ Aguilera, I., Garcia-Esteban, R., Iniguez, C., Nieuwenhuijsen, M., Rodriguez, A., Paez, M., Ballester, F. and Sunyer, J., 2010, Prenatal exposure to traffic-related air pollution and ultrasound measures of fetal growth in the INMA Sabadell cohort, *Environmental Health Perspectives* (118/5), 705–711.

⁶⁰ EEA, 2013, Air quality in Europe – 2013 report, European Environment Agency, EA Report, Nr 9/2013, EEA, Copenhagen.

Jako wskaźnik rozważa się wykorzystanie danych o pojazdach zarejestrowanych na danym terenie, przy czym istotna jest nie tylko ich liczba, ale także i wiek.

Inną propozycją konstrukcji tego wskaźnika jest wykorzystanie danych dotyczących wielkości ruchu drogowego. Informacje tego typu są rutynowo zbierane przez Generalną Dyрекcję Dróg Krajowych i Autostrad (GDDKiA) w ramach Generalnych Pomiarów Ruchu. Można by było także w oparciu o nie oszacować procent populacji zamieszkującej sąsiedztwo dróg na których odbywa się szczególnie intensywny ruch.

Identyfikacja grup szczególnie narażonych byłaby niezwykle ważna w badaniu nierówności w zdrowiu, albowiem zwraca się uwagę na fakt, że zarówno ekspozycja jak i podatność na zagrożenie jakim jest zanieczyszczone powietrze rozkładają się w populacji nierówno, a problem szczególnie dotyczy dzieci, osób starszych i upośledzonych społecznie, którzy najczęściej doświadczają pogorszenia zdrowia z tego powodu⁶¹.

Wskaźnik nr 10: Odsetek osób oceniających negatywnie powietrze w miejscu swojego zamieszkania

Ten wskaźnik ma za zadanie uwzględnić subiektywną ocenę jakości powietrza przez osoby zamieszkujące dany teren.

Niektórzy autorzy twierdzą, że psychologiczne efekty wywołane zanieczyszczeniem powietrza mogą mieć dla ludzi większe znaczenie niż efekty biofizyczne⁶², a jeszcze inni uznają reakcję zaniepokojenia (ang. *annoyance*) złą jakością powietrza za dobry wskaźnik ekspozycji na jego zanieczyszczenie^{63, 64}.

Badania pokazują, że wielu ludzi ocenia jakość powietrza właściwie nieświadomie dzięki działaniu zmysłów⁶⁵. Najważniejszy jest w tym przypadku zmysł węchu. Ocenia się, że

⁶¹ EEA/JRC, 2013, Environment and human health. Joint EEA/JRC report, EEA Report, Nr 5/2013, Report EUR 25933 EN, Copenhagen.

⁶² Meertens R., Swaen G., Psychological factors in air pollution epidemiology, w: European Commission, Socioeconomic and cultural factors in air pollution epidemiology, European Communities, Helsinki, 1997; str. 105-112.

⁶³ Piro F.N., Madsen C., Naes O., Nafstad P., Claussen B., A comparison of self-reported air pollution problems and GIS-modelled levels of air pollution in people with and without chronic diseases., Environmental Health, 2008, 7, str.9.

⁶⁴ Jacquemin B., Sunyer J., Forsberg B., Götschi T., Bayer-Oglesby L., Ackermann-Liebrich U; de Marco R.;, Heinrich J., Jarvis D., Torén K., Künzli N., Annoyance due to air pollution in Europe. International Journal of Epidemiology, 2007, Vol. 36 , 4, str. 809-809.

⁶⁵ Bickerstaff K., Risk perception research: socio-cultural perspectives on the public experience of air pollution, Environment International, 2004, 30, str. 827-840.

skargi na nadmierną uciążliwość niepożądanych zapachów stanowią ponad 50% skarg na jakość powietrza w Polsce, a ich liczba stale rośnie⁶⁶.

O tym, że jakość powietrza jest istotną kwestią dla wielu ludzi mogą świadczyć chociażby wyniki badań nad świadomością ekologiczną Polaków, którzy to problem zanieczyszczeń powietrza umieścili na drugim miejscu (po odpadach) w rankingu największych problemów środowiska naturalnego w Polsce⁶⁷.

Wskaźnik 11. Odsetek mieszkańców, którzy deklarują swobodny dostęp do terenów zielonych

Ostatnio coraz częściej zauważa się jak duże korzyści zdrowotne przynosi oddziaływanie naturalnych ekosystemów oraz dostęp do zielonych przestrzeni^{68,69}.

Wykazano, iż dostęp do terenów zielonych wpływa m.in. korzystnie na długowieczność najstarszych mieszkańców miasta i zachęca ludzi do nawiązywania kontaktów społecznych, co jak stwierdzono dotyczy szczególnie osób o niskim dochodzie⁷⁰.

EEA zwraca też uwagę na fakt, że tereny zielone mogą poprawiać warunki środowiska lokalnego wpływając na wzrost bioróżnorodności i stanowiąc barierę zatrzymującą zanieczyszczenia powietrza, hałas, erozję gleb, powodzie itp. Drzewa i obszary leśne odgrywają także niepoślednią rolę w regulowaniu mikroklimatu poprzez dostarczanie cienia, izolacji termicznej, wilgotności oraz ochronę przed wiatrem. Wszystko to skutkuje zmniejszeniem środowiskowego obciążenia problemami zdrowotnymi⁷¹.

⁶⁶ Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie, Odory-ABC. Źródło: <http://www.odory.zut.edu.pl/odory-zut/szkola-olfaktometrii/odory-abc.html> [Dostęp: 08-11-2012].

⁶⁷ Kachaniak, D., Skrzyńska, J., Trzasańska, A., 2014, Badanie świadomości i zachowań ekologicznych mieszkańców Polski. Badanie trackingowe - pomiar: październik 2014, Raport TNS Polska dla Ministerstwa Środowiska.

⁶⁸ Stone, D., 2009, The natural environment and human health, w: Adshead, F., Griffiths, J., and Raul, M. (eds), The Public Health Practitioners Guide to Climate Change, Earthscan, London, the United Kingdom.

⁶⁹ Pretty, J.N., Barton, J., Colbeck, I., Hine, R., Mourato, S., MacKerron, G. and Woods, C., 2011, Health values from ecosystems. w: the UK National Ecosystem Assessment, Technical Report, UNEP-WCMC, Cambridge, the United Kingdom., za: EEA/JRC, 2013, Environment and human health. Joint EEA/JRC report, EEA Report, Nr 5/2013, Report EUR 25933 EN, Copenhagen.

⁷⁰ Takano, T., Nakamura, K. and Watanabe, M., 2002, Urban residential environments and senior citizens longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces, Journal of Epidemiology and Community Health (56/12), 913–918.

⁷¹ Freer-Smith, P.H., El-Khatib, A.A. and Taylor, G., 2004, Capture of Particulate Pollution by Trees: A Comparison of Species Typical of Semi-Arid Areas (Ficus Nitida and Eucalyptus

Wykazano, że tereny zielone biorą udział w ich redukowaniu nierówności.

Proponowanym wskaźnikiem jest odsetek mieszkańców, którzy deklarują swobodny dostęp do terenów zielonych. Może on zostać obliczony w oparciu o dane pozyskane z badań sondażowych.

Podsumowując zaprezentowaną wyżej listę wskaźników potrzeb zdrowia środowiskowego należy wspomnieć, że ich zastosowanie będzie wiązało się w praktyce z koniecznością wykorzystania danych, które zbierane są głównie przez instytucje działające poza sektorem ochrony zdrowia. Pozyskanie danych zbieranych przez instytucje spoza sektora ochrony zdrowia, z kolei wymaga **wzmocnienia współpracy międzysektorowej**, która jest uważana przez za podstawowy warunek skuteczności wielu przedsięwzięć podejmowanych w obszarze zdrowia środowiskowego⁷².

Globulus) with European and North American Species, Water, Air & Soil Pollution (155/1–4), 173–187.

⁷² Mac Arthur I., Bonnefoy X., 1999a, Przegląd działań praktycznych w latach dziewięćdziesiątych, Publikacje Regionalne ŚÓZ, Serie Europejskie, nr 76, w: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera, Służby zdrowia środowiskowego w Europie, Łódź.

8. Główne elementy oceny potrzeb zdrowotnych osób starszych

Katarzyna Szczerbińska

Powszechnie uważa się, że ocena jakości życia osób starszych powinna z zasady obejmować siedem następujących obszarów: samodzielność w zakresie czynności życia codziennego (ADL-activities of daily living), zdrowie somatyczne, zdrowie psychiczne, środowisko społeczne, sytuację materialną, warunki życia, poziom obciążeń osób sprawujących opiekę. Pierwsze trzy czynniki (samodzielność w zakresie czynności życia codziennego, zdrowie somatyczne i zdrowie psychiczne) wpływają bezpośrednio na fizyczne funkcjonowanie jednostki. Czynniki czwarty i piąty (środowisko społeczne i sytuacja materialna) decydują o pozycji człowieka starego w lokalnej społeczności i środowisku rodzinnym oraz o jego statusie ekonomicznym. Dwa ostatnie (warunki życia ludzi w wieku podeszłym i poziom obciążeń osób sprawujących nad nimi opiekę) decydują o utrzymaniu zdolności osób starszych do życia w środowisku rodzinnym i domowym. Wszystkie wymienione domeny funkcjonowania człowieka kształtują jakość jego życia i szeroko pojętego zdrowia.

W ramach ankiety przygotowano kilka pytań, które dotyczą jedynie wybranych zagadnień dotyczących wymienionych obszarów jakości życia osób starszych. Monitorowanie tych zagadnień na poziomie powiatu może przynieść korzyści w postaci informacji potrzebnych do planowania działań zapobiegawczych, promocji zdrowia oraz organizacji opieki nad osobami starszymi.

Przyjęta w tym opracowaniu ocena potrzeb zdrowotnych osób starszych zasadniczo skupia się na:

- ocenie wieku;
- samoocenie stanu zdrowia;
- określeniu liczby zażywanych leków;
- ocenie występowania niedożywienia;
- ocenie występowania urazów w wyniku upadków;
- ocenie korzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych;
- ocenie poziomu samodzielności w zakresie czynności wykonywanych w codziennym życiu;
- sprawności umysłowej w zakresie funkcji poznawczych;

- obecności zaburzeń nastroju;
- relacji społecznych, które mogą wpływać na ryzyko instytucjonalizacji.

1. Wiek badanego

Populacja osób starszych jest bardzo zróżnicowana. Na podstawie badań epidemiologicznych można przyjąć podział na trzy grupy wiekowe (pyt. 3): osoby w wieku 60-74 lat, zazwyczaj aktywne, będące we wczesnym okresie starości; osoby w wieku 75-84 lat we właściwym okresie starości (jest to okres progowy, gdy obserwujemy nasilone inwolucyjne zmiany w organizmie osób starszych); osoby w wieku 85 lat i starsze, które zazwyczaj tracą swoją samodzielność, wymagają znacznej pomocy fizycznej i organizacyjnej w codziennych czynnościach. Ryzyko niesamodzielności i konieczności uruchomienia pomocy tzn. działań opiekuńczych zdecydowanie rośnie w ostatniej grupie.

2. Samoocena stanu zdrowia

W kwestionariuszach często jest umieszczane pytanie o samoocenę swojego zdrowia (pyt 4). Okazało się, bowiem, że ma ono dużą wartość prognostyczną. Stwierdzono 2-3-krotnie większą umieralność osób, które oceniają swój stan zdrowia jako zły względem tych, które określają go jako nadzwyczaj dobry. Postrzegany przez badanego stan zdrowia, bardziej niż stwierdzenie występowania określonych objawów choroby, pozwala przewidzieć konieczność korzystania z opieki zdrowotnej.

3. Liczba zażywanych leków

Jednym z elementów oceny stanu zdrowia jest pytanie o liczbę rodzajów stosowanych leków (pyt. 13). Przyjmuje się, że osoby starsze najczęściej przyjmują 4-5 rodzajów leków (nie pytamy o liczbę tabletek, lecz liczbę różnych preparatów).

Wśród leków stosowanych przewlekle, szczególne miejsce zajmują leki nasenne, uspokajające, przeciwdepresyjne, przeciwpadaczkowe i przeciwurojeniowe. Ich zażywanie pośrednio może świadczyć o zaburzeniach zdrowia psychicznego (pyt. 14). Zdecydowano o zamieszczeniu takiego pytania, by nie pytać się wprost o chorobę psychiczną, która często jest skrywana.

4. Ocena zaburzeń odżywiania

Istotnym elementem oceny stanu zdrowia i związanych z tym potrzeb zdrowotnych osób starszych jest stan odżywiania. W przypadku osób powyżej 80 roku życia większego znaczenia nabiera niedożywienie, które rokowniczo jest podobnie groźne jak otyłość. Z tego względu ocena potrzeb zdrowotnych osób starszych zazwyczaj zawiera wskaźnik BMI (*Body Mass Index*) oraz pytania o ubytek masy ciała w określonym czasie (pyt 16). Wywiad pogłębiany jest o pytania o apetyt (pyt. 17), dobową podaż płynów (pyt 15), sposób przyjmowania posiłków (konieczność rozdrobienia, miksowania pokarmów lub zagęszczania płynów) (pyt.2). Zaburzenia odżywiania wynikają po części z fizjologii starzenia się przewodu pokarmowego z tendencją do zmniejszenia apetytu, pragnienia, a częściowo są skutkiem niedoświetła skutkującego trudnościami w przygotowaniu posiłków. Dlatego objawy niedożywienia mogą być sygnałem do uruchomienia wsparcia środowiskowego w postaci przyznania opiekunki lub dowożenia obiadów do osoby niesamodzielnej.

5. Wypadki i upadki

Upadki są główną przyczyną urazów u ludzi w wieku podeszłym i jedną z głównych przyczyn niesprawności tych osób. Urazy będące wynikiem upadków stanowią piątą co do częstości przyczynę zgonów osób po 65 roku życia i najczęstszą przyczynę zgonu z powodu urazów w tej grupie wiekowej. W środowisku domowym częściej upadają osoby z zaburzeniami sprawności lub niedoświetła, co zwykle wiąże się ze złym stanem zdrowia. Upadki ludzi sprawnych, chociaż rzadsze, są jednak groźniejsze w skutkach, ponieważ częściej prowadzą do poważnych urazów. Sprawne osoby starsze spędzające czas wolny w sposób aktywny są bardziej narażone na upadki poza mieszkaniem w związku z pokonywaniem nierówności terenu, przeszkód architektonicznych i niedogodności transportu. Pytanie o występowanie upadków oraz urazów w wyniku upadków (pyt.1 w ankiecie), jak również pytanie o przyczyny upadków (tzw. środowiskowe czynniki ryzyka) pozwala ustalić skalę problemu i lokalne zagrożenia oraz planować działania zapobiegawcze.

6. Korzystanie ze sprzętu rehabilitacyjnego i zaopatrzenia ortopedycznego oraz materiałów medycznych

W ankiecie wymieniono listę form zaopatrzenia osób starszych.

7. Samodzielność w zakresie czynności życia codziennego (ADL- activities of daily living)

Samodzielność w zakresie czynności życia codziennego okazała się kluczowa dla utrzymania niezależności i zdolności do samodzielnego pozostawania osób starszych w środowisku domowym. Jej pomiar zwykle skupia się na ocenie samodzielności w czynnościach podstawowych (tj. mycie się, wstawanie z łóżka, chodzenie, spożywanie posiłków) i złożonych (tj. sprząatanie mieszkania, rozporządzanie pieniędzmi, telefonowanie, przygotowywanie posiłków). W Polsce system pomocy społecznej przyjął zmodyfikowaną skalę ADL do orzekania o niepełnosprawności uprawniającej do świadczeń pomocy społecznej. Z kolei NFZ przyjął Indeks Barthel do kwalifikowania pacjentów do opieki długoterminowej. Obecnie w szpitalach NFZ kontraktuje świadczenie kompleksowej oceny geriatrycznej przy użyciu skali VES (Vulnerable Elders Survey). Skala została zaadaptowana przez Zespół Ekspertów ds. Gerontologii przy Ministerstwie Zdrowia. Jest zalecana do stosowania przez świadczeniodawców w oparciu o wywiad bezpośredni lub przez telefon. W ankiecie zastosowano pytania z tej skali (pyt. 3,4,5) w celu oceny samodzielności osoby starszej i jej ryzyka instytucjonalizacji i zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze.

8. Ocena zaburzeń funkcji poznawczych

Zaburzenia funkcji poznawczych najczęściej są objawem rozwijającego się otępienia. Pojawienie się ich sygnalizuje konieczność uruchomienia systemu opieki nad osobą chorą oraz wsparcia dla jej rodziny. Wsparcie powinno obejmować: opiekę zdrowotną, pomoc społeczną (w formie świadczeń opiekuńczych), pomoc prawną (kwestia ograniczenia podejmowania decyzji), zapobieganie nadużyciom wobec osób chorych (zapobieganie wyłudzeniom itp.). Z tego względu w ankiecie zamieszczono wybrane pytania pochodzące z powszechnie stosowanych testów funkcji poznawczych. Ich celem jest ocena orientacji co do czasu i miejsca (pyt. 9), ocena zapamiętywania (pyt. 10) i przypomnienia sobie 3 słów (pyt. 12) (ta funkcja jest najczęściej upośledzona), ocena myślenia abstrakcyjnego poprzez testowanie liczenia (pyt. 11).

9. Ocena zaburzeń nastroju

Depresja jest chorobą psychiczną najczęściej spotykaną u osób starszych. Jej występowanie często powiązane jest z obecnością nowotworu, chorób układu krążenia, układu ruchu i układu nerwowego. Bywa też odpowiedzią na negatywne bilansowanie życia i niekorzystną zmianę sytuacji życiowej. Często skutkuje pogorszeniem stanu zdrowia i zwiększa zapotrzebowanie na różne formy opieki w ramach ochrony zdrowia. Z tego względu w badaniach potrzeb zdrowotnych zazwyczaj umieszcza się pytania o zaburzenia nastroju. Najbardziej rekomendowaną skalą do przesiewowego badania osób starszych, zwłaszcza w badaniach populacyjnych jest Geriatryczna Skala Oceny Depresji - GSOD (Geriatric Depression Scale autorstwa Yesavage). W ankiecie zaproponowano jej skróconą wersję składającą się z 4 pytań.

10. Ocena relacji społecznych

Ocena wpływu środowiska społecznego na funkcjonowanie osób starszych skupia się na określeniu:

- zakresu i stopnia zadowolenia z kontaktów z rodziną i znajomymi oraz
- zakresu w jakim rodzina lub znajomi udzielają pomocy i są gotowi jej udzielić w razie potrzeby.

Satysfakcjonujące relacje z rodziną i znajomymi są ważnym elementem jakości życia (pyt 19). Stwierdzono, że mogą one chronić przed pogorszeniem stanu zdrowia. Jednak równie ważna jest informacja o tym czy osoby starsze mogą liczyć na pomoc swoich bliskich lub przyjaciół w chorobie (pyt 20, 21). Brak wsparcia środowiska lub niewydolność opiekuńcza rodziny jest wskazaniem do uruchomienia systemu pomocy osobie starszej, samotnej i niesamodzielnej.

9. Dostępność świadczeń zdrowotnych w kontekście oceny potrzeb zdrowotnych

Stojgniew J. Sitko

Wstęp

Dostępność świadczeń zdrowotnych jest jednym z najważniejszych wskaźników charakteryzujących skuteczność systemu opieki zdrowotnej. WHO wskazuje⁷³, że niedobory w dostępie do świadczeń powodują istotne zagrożenie w zapewnieniu komfortu zdrowotnego dla populacji europejskiej i dlatego zalicza aktualnie tę kwestię do centralnych problemów do rozwiązania.

Niniejsze opracowanie podejmuje kwestię dostępności świadczeń zdrowotnych – rozpoczynając od przeglądu różnych jej określeń. Dalej, omówione są pokrótce różne aspekty analiz pojęcia dostępności, a następnie przykłady badań dostępności z różnych krajów europejskich i poza europejskich. Kolejna część poświęcona jest z kolei, przykładom analiz dostępności w odniesieniu do różnego rodzaju konkretnych świadczeń i różnych specyficznych grup populacji. Ostatnia część zawiera przegląd polskich badań w tym zakresie.

Określenie dostępności

Dostępność jest określana przez WHO⁷⁴ w trzech głównych obszarach, a mianowicie:

- Odpowiednich **krajowych systemów oferowania świadczeń**,
- **Polityki cenowej i refundacji** produktów medycznych, w tym leków,
- **Racjonalnego wyboru i stosowania produktów** medycznych.

⁷³ Między innymi: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/medicines/policy/access>

⁷⁴ *ibid.*

Cytowany przez OECD, Amerykański Chartbook on Access to Health Care⁷⁵ określa dostępność jako składającą się z czterech składników, a mianowicie:

- **Zabezpieczenia** w postaci ubezpieczenia lub innych mechanizmów umożliwiających (uprawniających) wejście danej osobie do systemu opieki zdrowotnej; osoby bez takiego zabezpieczenia mają mniejszą szansę otrzymania opieki, a zatem jest bardziej prawdopodobne, że będą miały gorszy status zdrowotny,
- **Usług zdrowotnych** - rozumianych jako zapewnienie zalecanej prewencji i badań przesiewowych osobom mającym standardowy poziom zabezpieczenia świadczeń,
- **Terminowości** czyli opieki oferowanej niezwłocznie wtedy, kiedy identyfikowana jest jej potrzeba,
- **Personelu** - odpowiednio wykwalifikowanego i kompetentnego, rozmieszczonego adekwatnie do potrzeb i zapewniającego dobrze skoordynowaną opiekę o wysokiej jakości.

Interesująca analiza dotycząca równości w dostępności i jej określania, jest prezentowana w opracowaniu European Observatory on Health Systems and Policies⁷⁶. Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu analiza ta wskazuje na dwa aspekty dostępności:

- **Podażowy** w poczet którego zaliczono: wielkość i dystrybucję zasobów ludzkich (opieki zdrowotnej) oraz majątek (infrastrukturę), kolejki do świadczeń, sposoby referowania pacjentów (między różnymi poziomami i organizacjami opieki), metody rezerwacji terminów, sposób traktowania pacjentów w systemie - ciągłość opieki oraz jakość opieki.
- **Popytowy** w ramach którego wskazano: czynniki socjo-demograficzne, poprzednie doświadczenia z opieką zdrowotną, postrzegana jakość opieki, postrzegane bariery, orientację i umiejętność poruszania się w systemie, przekonania i oczekiwania dotyczące zdrowia i choroby, wielkość przychodów (zdolność płacenia), zakres i

⁷⁵ National Healthcare Quality and Disparities Report (2016), Agency for Healthcare Research and Quality, 16-0015-5-EF. Źródło:

<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/nhqrdp/chartbooks/access/qdr2015-chartbook-access.pdf>

⁷⁶ Hernandez-Quevedo C., Masseria C. (2009), Measuring equity of access to health care w: Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects, Health Economics, Policy and Management - European Observatory on Health System and Policies, Part II, s. 187-221. Źródło:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/135971/E94877_Part_II.pdf?ua=1

zróżnicowanie świadczeń pokrywanych przez ubezpieczenie oraz poziom wykształcenia.

Dostępność może być traktowana w sensie⁷⁷: **politycznym** – jako sposób definiowania uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych czyli: obywatelskie prawo, uprawnienie wynikające z umowy ubezpieczeniowej czy zróżnicowane uprawnienie uzależnione od (głównie – materialnej) sytuacji korzystającego, oraz bardziej szczegółowo w sensie **technicznym** – jako:

- Osiągalność – *relacja między wielkością i strukturą zasobów służących zaspakajaniu potrzeb zdrowotnych, a wielkością i strukturą tych potrzeb w danej populacji*. Ten aspekt dostępności w praktyce opisuje się często liczbą personelu (np. lekarzy, pielęgniarek, ratowników) i jednostek infrastruktury (np. łóżek szpitalnych, urządzeń diagnostycznych, ambulansów) przypadającą na obsługiwaną liczbę ludności.
- Dostępność przestrzenna (geograficzna) – *relacja między terytorialną dystrybucją zasobów, a rozmieszczeniem ludności jaka korzysta z tych zasobów*. Jedną z podstawowych miar jest tu odległość między miejscem znajdowania się danej osoby, a lokalizacją danego rodzaju zasobu, gdzie potrzebne świadczenie zdrowotne może być zrealizowane⁷⁸.
- Dostępność organizacyjna – *stopień dopasowania funkcjonalnych warunków uzyskania świadczeń do praktycznych możliwości korzystania z nich przez pacjentów*. Warunki te to przede wszystkim: czas pracy organizacji/pracowników opieki zdrowotnej, zasady rejestracji i umawiania wizyt, możliwości kontaktu „zdalnego” telefonicznego czy przez Internet, możliwość uzyskania nie-umówionego świadczenia. Te warunki muszą być analizowane w korelacji z sytuacją w jakiej

⁷⁷ Włodarczyk C.W., (1996), Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, UWM Vesalius Kraków, s.300-303.

⁷⁸ Na podstawie danych tych obu „rozmieszczeń” – ludności i zasobów – można wykonywać mapy dostępności przestrzennej i np. identyfikować obszary gdzie jest ona niższa / niewystarczająca, co powinno stanowić wskazanie do ulepszenia tej dostępności. Obecnie takie mapy można wykonywać (i aktualizować) precyzyjnie i stosunkowo łatwo - dysponując cyfrowymi danymi dotyczącymi rozmieszczenia ludności (plus: ukształtowania terenu, sieci komunikacyjnej itp.) oraz – coraz częściej – także cyfrowymi danymi rozmieszczenia zasobów opieki zdrowotnej.

znajdują się osoby korzystające: godziny ich pracy, ich inne pilne obowiązki, dostęp do Internetu, do informacji, funkcjonowanie sieci transportowej itp.

- Dostępność kosztowa - analizowana z perspektywy systemowej: czyli regulowania uprawnień do świadczeń - przyznawanych przez państwo czy możliwych do zapewnienia sobie na zasadzie prywatnej (lub ich kombinacji) oraz z perspektywy indywidualnej – jako możliwości poniesienia opłaty za świadczenie, ale także kosztu w kategoriach czasu, utraconych zarobków, opłat nieformalnych itd.
- Akceptowalność – *relacja między oczekiwaniami pacjenta w dziedzinie świadczeń zdrowotnych a stopniem ich spełnienia w sytuacjach kontaktu z organizacjami opieki zdrowotnej*. Zwykle ten aspekt dostępności jest silnie skorelowany z poziomem zadowolenia pacjentów i mierzony w kategoriach jakości opieki.

Obszerny raport przygotowany w 2016 roku na zlecenie Unii Europejskiej w sprawie dostępności opieki zdrowotnej⁷⁹ wskazuje na trzy poziomy tego zagadnienia: indywidualny czyli poszczególnych osób czy ich grup, dostawcy opieki zdrowotnej oraz poziom systemowy. Problemy występujące na każdym z nich wpływają na wynik opieki zdrowotnej. W raporcie tym, jako podstawowe czynniki oddziałujące na dostępność zidentyfikowano w zakresie:

- Osiągalności (*affordability*) – co uwzględnia: zasoby **finansowe przeznaczane** na zabezpieczanie potrzeb zdrowotnych, (potencjalnie) **zapewniona** dla każdej osoby opieka zdrowotna oraz odpowiednia, **adekwatna do potrzeb i efektywna-kosztowo** opieka.
- Równości w dostępie i korzystaniu (*user experience*) – oznaczającej, że **każdy może korzystać** z usług zdrowotnych jeśli tego potrzebuje oraz te usługi są dla każdego **możliwe do sfinansowania**.
- Dostępność organizacyjna i przestrzenna (*affordability*) – czyli **dobrze wyposażone jednostki** opieki zdrowotnej o łatwym dostępie, **personel** o odpowiednich kwalifikacjach i umiejętnościach we właściwych lokalizacjach, dobre jakościowe **leki** i (potrzebne) **materiały medyczne** dostępne za przystępne ceny.

⁷⁹ Access to health services in the European Union, 2016, s.12 i dalsze. Źródło: http://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf

Raport ten na podstawie analizy danych zebranych z krajów UE wskazuje na znaczne nierówności w dostępności do opieki zdrowotnej.

Jedną z kolejnych możliwości, jest zastosowanie dwu perspektyw: **pacjenta** oraz **systemowej**. Perspektywa pacjenta, najbardziej bliska potocznemu rozumieniu pojęcia dostępności, to ta, która uwzględnia trudności / możliwości z jakimi pacjent (i jego bliscy) mają do czynienia w sytuacji kiedy potrzebuje on profesjonalnej pomocy w swoich problemach zdrowotnych. Perspektywa systemowa, z kolei to ta, która tworzy podwaliny pod to czego doświadcza pacjent i jego bliscy.

Często w opracowaniach dotyczących dostępności uwydatniany jest odrębnie aspekt równości (*equity*). Pokazują to niektóre z cytowanych i omawianych poniżej przykładów.

Przegląd analiz dotyczących zagadnienia dostępności

Można wskazać szereg wartościowych źródeł informacji o dostępności, jej różnych aspektach, sposobach mierzenia i analizowania, w tym m.in.:

Aday L.A., Andersen R. (1974), **A framework for the study of access to medical care**, Health Services Research, 9(3): 208–220. [Przegląd definicji i różnorodnych aspektów dostępności w kontekście polityki zdrowotnej; propozycja wskaźników do mierzenia różnych wymiarów dostępności]
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>

Gulliford M. (2002), **Equity and access to health care**. w: Gulliford M., Morgan M. (ed.). Access to health care, London: Routledge, oraz: Gulliford M., Figueroa-Munoz J., Morgan M., Hughes D., Gibson B., Beech R., Hudson M. (2002), **What does 'access to health care' mean?**, J Health Serv Res Policy, 7(3):186-8. [Dostępność jest tu analizowana w czterech różnych aspektach; ponadto rozważania dotyczą równości – jako zagadnienia ściśle związanego z dostępnością]

Goddard M., Smith P. (2001), **Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK**, Social Science and Medicine, 53(9): 1149–1162. [Równość w

dostępie mierzona w Wielkiej Brytanii w odniesieniu do świadczeń lekarza rodzinnego, opieki długoterminowej oraz psychiatrycznej, schorzeń chronicznych, prewencji i promocji zdrowia] <https://www.york.ac.uk/che/pdf/op32.pdf>

Oliver A., Mossialos E. (2004), **Equity of access to health care: outlining the foundation for action**, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(8): 655–658. [Ustanowienie przez 7 różnych krajów *Forum wspólnego dostępu do opieki zdrowotnej* jako reakcja na brak konkretnych rozwiązań zapewniających ludziom postulowany uniwersalny i równy dostęp do zdrowia] <http://jech.bmj.com/content/58/8/655>

Securing access to health care, (1983), President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research, Washington, DC, US Government Printing Office [Obszerne opracowanie wykonane na zamówienie rządu US w kontekście etyki i uregulowań prawnych, zawierające m.in. dyskusję korelacji dostępności i równości w dostępie, a następnie analizujące zagadnienie dostępności w Stanach Zjednoczonych w wymiarze szeregu jej wskaźników (jak chodzi o dane, aktualne - na czas sporządzenia raportu)] https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559375/securing_access.pdf?sequence=1

Evans D.B., Hsua J., Boerma T., (2013), **Universal health coverage and universal access**, *Bulletin of the World Health Organization* 91:546–546A [Krótkie wprowadzenie do zagadnienia korelacji dostępności i powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w kategoriach dostępności organizacyjnej, finansowej i akceptowalności] <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/en>

Sen A., (2002). **Why health equity?** *Health Economics*, 11: 659–666. [Rozważania na temat adekwatności pojęcia równości w zdrowiu oraz społecznych oczekiwań w tej dziedzinie] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.762/epdf>

Shengelia B., Tandon A., Adams O., Murray C., (2005). **Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy**. *Soc Sci Med*. 61(1):97–109. [Koncepcja monitorowania relacji między postrzeganiem dostępności, a: popytem (zapotrzebowaniem) na opiekę zdrowotną, stopniem jej wykorzystania i pokryciem]

Murray C.J., Evans D., (2003), **Health Systems Performance Assessment**, WHO, Geneva. [Obszerne (pn. 900 str.) opracowanie dotyczące szerokiego spektrum zagadnień związanych z poprawą skuteczności i efektywności systemów opieki zdrowotnej w tym również poruszające wielokrotnie problem dostępności m.in. określając zadania dla systemów zdrowotnych (s.30-31) jako: zapewnienie adekwatnych do potrzeb pacjenta usług zdrowotnych we właściwym czasie i miejscu oraz odpowiadających ustalonemu standardowi, usług odpowiednio kierowanych skorelowanych ze sobą i skoordynowanych, niezbędnej infrastruktury i wyposażenia oraz zasobów ludzkich – innowacyjnych i nastawionych na podejmowanie nowych wyzwań, efektywnie wykorzystywanych, kompetentnych i w końcu, których funkcjonowanie zaspakają oczekiwania osób ich potrzebujących; zagadnienie dostępności analizowane jest także wielokrotnie dalej (np. na s. 45-47, 49-86 i dalsze)]
<http://www.who.int/publications/2003/hspa/en>

Badania i porównania międzynarodowe dostępności

Problem dostępności jest w różnych wymiarach przedmiotem badań i analiz praktycznie we wszystkich rozwiniętych krajach świata⁸⁰. Poniżej, pokazano przykłady takich analiz, głównie, choć nie wyłącznie - z krajów europejskich.

Mielck A., Kiess R., van den Knesebeck O., Stirbu I., Kunst A, (2007), **Association between access to health care and household income among the elderly in 10 western European countries**, w: Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach, Rotterdam: Erasmus MC Department of Public Health [Badanie zależności między dochodami gospodarstwa domowego a dostępnością świadczeń zdrowotnych we Francji, Niemczech, Grecji, Włoszech i Szwecji]
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-52>

van Doorslaer E., et al., (2000). **Equity in the delivery of health care in Europe and the US**, Journal of Health Economics, 19(5):553-83 [Szerokie z punktu widzenia prezentowanych danych i obszerne - porównanie równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych w 10 krajach europy oraz Stanów Zjednoczonych]

⁸⁰ Takie badania prowadzone są także w krajach o niskim stopniu rozwoju, często pod kątem możliwej zagranicznej pomocy tym krajom w tym zakresie.

Chauvin P., Simonnot N. (2013). **Access to healthcare of excluded people in 14 cities of 7 European countries**: final report on social and medical data collected in 2012. Paris: Médecins du Monde [Oparte o badania przeprowadzone wśród wielu tysięcy pacjentów w miastach siedmiu europejskich państw (Belgii, Francji, Niemiec, Grecji, Holandii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii) dotyczące m.in. takich aspektów dostępności jak kosztowa czy organizacyjna, a także związana z dyskryminacją rasową] http://www.iplesp.upmc.fr/ds3/Rapports%20en%20lignereport_2013_access_care_vulnerable_people_14_cities_7_countries.pdf Badanie to zostało następnie rozwinięte o kolejne kraje i miasta: Chauvin P., Simonnot N., Douay C., Vanbiervliet F. (2014), **Access to healthcare for people facing multiple vulnerability factors in 27 cities across 10 countries**. Paris: Médecins du Monde.

Health inequalities, the financial crisis, and infectious disease in Europe, ECDC Technical Report, (2013), ECDC, Stockholm, TQ-02-13-403-EN-N [Analizy wpływu kryzysu ekonomicznego z 2007 roku na kluczowe determinanty zdrowia w tym dostępność świadczeń, w krajach OECD] http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Health_inequalities_financial_crisis.pdf

Economou Ch. (2015), **Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece**, WHO-Europe, [Wykonane pod auspicjami WHO opracowanie analizy barier i czynników ułatwiających dostęp do świadczeń zdrowotnych w Grecji; jednym z badanych wskaźników było - skorelowane z poziomem dochodów - ograniczenie dostępu do opieki zdrowotnej z powodu nadmiernego kosztu, długich kolejek czy zbyt dużego oddalenia do miejsca uzyskiwania świadczeń; analiza ta wskazywała na rosnący odsetek osób nieubezpieczonych, wywołany kryzysem ekonomicznym w tym kraju: obniżonymi dochodami gospodarstw domowych oraz spadkiem wydatków budżetowych na sektor zdrowia] http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf

Healy J., McKee M., (eds.) (2004), **Accessing health care: responding to diversity**, Oxford: Oxford University Press. [Przegląd równości w dostępie w różnych grupach: wiekowych, poziomów dochodów, poziomie upośledzenia, różnych płci i etnicznych;

analiza dotyczy różnych krajów europejskich, a także Kanady, Australii i Nowej Zelandii]

Dostępność w odniesieniu do konkretnych świadczeń i grup populacji

Prowadzone są liczne badania i analizy dostępności do konkretnego rodzaju świadczeń czy schorzeń (np. hospitalizacji / POZ; gruźlicy, choroby Alzheimera, operacji stawu biodrowego i in.) oraz wpływu na dostępność różnych cech charakteryzujących wybrane populacje (np. o niskich dochodach, osób starszych, mniejszości etnicznych, osób pracujących itd.). Poniżej pokazano przykłady takich analiz.

WHO, (2008). **Equity of and access to services for prevention of tuberculosis and treatment of patients**, w: Implementing the WHO Stop TB Strategy, Geneva, rozdz. 24. [Obszerne opracowanie poświęcone gruźlicy uwzględniające szereg aspektów medycznych i organizacyjnych w tym także przedstawiające cztery aspekty barier dostępności szczególnie adekwatne w odniesieniu do tej choroby: ekonomiczne (zniesienie opłat za badania, dostępność badań w miejscu pracy, zachęty dla osób źle sytuowanych, zniechęcanie pacjentów do nieoficjalnych opłat, zintegrowanie leczenia gruźlicy z opieką podstawową), geograficzne (mobilne serwisy diagnostyczne, zapewnianie transportu pacjentom, rozwijanie modeli opieki środowiskowej), socjalne i kulturowe (likwidowanie stygmatyzacji ze strony personelu medycznego, mobilizacja lokalnych społeczności, ochrona przed utratą pracy w rezultacie choroby, intensyfikacja promocji w grupach osób o niskim statusie finansowym oraz w środowiskach osób wykluczonych, uwzględnianie specyfiki płci, badanie schematów przekazywania pacjentów między poziomami opieki) oraz infrastrukturalne (dopasowanie schematów diagnostyki i opieki do lokalnych potrzeb, rozwijanie umiejętności komunikacji wśród personelu, zwalczanie dyskryminacji pacjentów o niskim statusie finansowym przez personel, stosowanie zasad całościowego zarządzania jakością (TQM) dla zabezpieczenia tej grupy pacjentów, decentralizacja opieki w celu wzmocnienia obszarów „peryferyjnych”, włączenie kontroli gruźlicy w priorytety lokalne)]

WHO, (2010). **Monitoring equity in access to AIDS treatment programmes: a review of concepts, models, methods and indicators.** Geneva. [Analiza dostępności świadczeń zdrowotnych dla chorych na AIDS w wybranych krajach południowoafrykańskich bazująca na modelu Tanahasi⁸¹ – różnych poziomów, które determinują proces zabezpieczania potrzeb zdrowotnych w danej populacji] http://www.who.int/sdhconference/resources/who_monitoring_equity_aids.pdf

Ponadto można również wskazać różne inicjatywy dotyczące badania szczegółowych aspektów dostępności. I tak, przedmiotem zainteresowania *Global Health Policy Forum* była **dostępność leków**⁸² – istotna szczególnie w krajach słabo rozwiniętych jak chodzi o leki podstawowe, a w krajach rozwiniętych - w odniesieniu przede wszystkim do leków kosztownych, na choroby rzadkie, innowacyjnych czy dostępnych w innych krajach, a nie dopuszczonych jeszcze do obrotu i stosowania w danym kraju.

Analizy dostępności w Polsce

W porównaniu do mnogości publikowanych analiz dostępności w różnych jej przejawach i zakresie, tak porównawczych, jak poświęconych konkretnym krajom - polskie dokonania w tej dziedzinie są stosunkowo skromne.

Ministerstwo Zdrowia (MZ) opublikowało w 2004 r. stosunkowo wyczerpującą informację o dostępności świadczeń opieki zdrowotnej⁸³ będącą realizacją zapisu prawnego, który na Ministra Zdrowia nakłada obowiązek monitorowania dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (wynikający z Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). W tym opracowaniu „za miary dostępności uznano zarówno **osiągalność** świadczenia opieki

⁸¹ Tanahashi T., (1978). Health service coverage and its evaluation, Bulletin of the World Health Organization 56(2):295–303.

⁸² Patrz np.: Erginel E. (2014), European commission activities on access to medicines at the global level, DG Health and Consumers, EU, Global Health Policy Forum, Brussels. Źródło: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/eu_world/docs/ev_20140320_co4_en.pdf oraz http://ec.europa.eu/health/eu_world/events/ev_20140320_en

⁸³ Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (2005) Warszawa. Źródło: http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zalacznik_r_09.pdf

zdrowotnej jak **dogodność** (łatwość) korzystania z niego. Osiągalność zależy przede wszystkim od tego, czy dana usługa jest świadczona (a produkt wytwarzany) w ramach systemu opieki zdrowotnej i jakie przyjęto zasady korzystania z niej. Tę cechę dostępności należy uznać za podstawową. Dogodność natomiast jest wyznaczona przez wiele czynników, takich jak: czas oczekiwania na wizytę u lekarza, wysiłek pacjenta związany z dotarciem do miejsca udzielania świadczeń i sposobem umówienia wizyty oraz szeroko rozumiane koszty jakie ponosi on w celu uzyskania świadczenia medycznego (np. koszty związane ze stresem, z niepewnością itp.)”. W raporcie tym znajduje się również część poświęcona analizie zapisów prawnych dotyczących dostępności. W kategorii *terminowości* opieki z kolei NFZ prezentuje wielkość kolejek do różnego rodzaju świadczeń finansowanych ze środków publicznych na stronie internetowej⁸⁴.

Na zlecenie MZ była wykonana przez CSIOZ⁸⁵ seria corocznych raportów dotyczących dostępności. Uwzględniały one pięć konkretnych aspektów dostępności:

- Dostępności porad **lekarza pierwszego kontaktu** oraz lekarzy **specjalistów**,
- Korzystania z **prywatnych usług medycznych**,
- Dostępności **leczenia szpitalnego** i **kosztów** ponoszonych przez pacjentów w związku z pobytem w szpitalu,
- Finansowych **barier w dostępie do leków**,
- **Postrzeganych nierówności** w korzystaniu z publicznej opieki zdrowotnej.

Raporty wskazują na liczne problemy z dostępnością w Polsce w ww obszarach.

Corocznie też wykonywana jest obszerna **Diagnoza Społeczna**⁸⁶ zawierająca składniki dotyczące zdrowia. W badaniu tym ocenia się m.in.⁸⁷ dostępność rozumianą jako *łatwość*, z jaką pacjenci mogą uzyskać opiekę zdrowotną, uwzględniając różne bariery dostępu. Należą do nich zarówno *bariery finansowe* (z tytułu konieczności ponoszenia dodatkowych wydatków), *organizacyjne* (odległość od miejsca zamieszkania, sposób umówienia się na

⁸⁴ <http://kolejki.nfz.gov.pl> Dane nt. czasu oczekiwania w regularny sposób gromadzone są dopiero od 2003 r. (op.cit. 83)

⁸⁵ Pączkowska M. (oprac), (2009) Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków, Raport z badań Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Zakład Analiz Socjologicznych, Warszawa.

⁸⁶ Czapiński J., Panek T. (red.), (2015), Diagnoza społeczna – Warunki i jakość życia Polaków, Rada monitoringu Społecznego, Warszawa.

http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf

⁸⁷ Za: op.cit. 83

wizytę), *administracyjne* (różne tzw. udręki administracyjne, takie jak skierowania, dodatkowe zaświadczenia), jak i bariery uwarunkowane *kulturowo* (np. dostęp do informacji o zasadach korzystania, wiedza o tym gdzie się zgłosić, gdy powstają problemy zdrowotne).

Liczne **inicjatywy lokalne** w celu określenia dostępności podejmowane są także ustawicznie na szczeblach lokalnych, a celem tych opracowań, prócz aspektów poznawczych, jest przede wszystkim:

- Stworzenie **podstaw do określenia (modyfikacji) zasad kontraktowania świadczeń** przez NFZ, w tym:
 - **dopasowanie** publicznego finansowania świadczeń **do faktycznych potrzeb**
 - **ograniczenia niekorzystnej rywalizacji** jednostek opieki zdrowotnej o kontrakt, opartej o przesłanki inne - niż rzeczywiste potrzeby obsługiwanej populacji, oraz
- Stworzenie **przesłanek do kreowania polityki zdrowotnej przez władze lokalne**, w tym dla:
 - działań w celu **racjonalizacji liczby i rodzajów łóżek szpitalnych** (sieć szpitali)
 - określenia **liczby potrzebnych specjalistów** i wskazanie ich niedoborów/nadmiaru.

Władze miast polskich publikują często coroczne raporty o zdrowiu mieszkańców. Przykładem może być Raport o zdrowiu mieszkańców Krakowa⁸⁸ zawierający m.in. informacje o zmianach – na przestrzeni lat - w liczbie podmiotów leczniczych na terenie miasta, długości list oczekiwania na świadczenia zdrowotne, liczby i rodzaju aparatury medycznej itp.

Warte uwagi są inicjatywy organizacji poza-rządowych które monitorują dostępność świadczeń. Jedną z nich jest „Barometr” fundacji Watch Health Care⁸⁹ - inicjatywa dzięki której monitorowane są zmiany dostępu do (gwarantowanych) świadczeń zdrowotnych. Są one prezentowane w formie zmian czasu oczekiwania na podstawowe świadczenia

⁸⁸ Raport o stanie zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa, (2016), Urząd Miasta Krakowa, Kraków. Źródło: <https://www.bip.krakow.pl/zalaczniki/dokumenty/n/171948/karta>

⁸⁹ Barometr WHC. Źródło: <http://www.korektorzdrowia.pl/barometr/>

zdrowotne na poziomie: zbiorczym - dla wszystkich świadczeń w Polsce i dla świadczeń w poszczególnych dziedzinach medycyny, oraz dla *wybranych świadczeń* w danej dziedzinie medycyny.

Podsumowanie

W literaturze przedmiotu znajdujemy szereg wskaźników dostępności świadczeń zdrowotnych, przydatnych do jej określania z różnych perspektyw analizy. Jest też do dyspozycji bogaty materiał badawczy pokazujący tak analizy stosowalności tych perspektyw, jak również dokumentujący zastosowanie konkretnych wskaźników do różnych aspektów dostępności oraz różnych grup badanych populacji.

Problem dostępności świadczeń zdrowotnych jest ważny - wymaga ukierunkowanych badań oraz wypracowywania skutecznych rozwiązań w celu poprawy. Skutecznych, to znaczy też takich, które są z powodzeniem praktycznie stosowane. W tym celu potrzebna jest – oparta na doświadczeniach i dorobku europejskim i światowym – analiza i praktyczne wskazania co do działania w tym zakresie, tak na szczeblu centralnym jak i lokalnym.

Inicjatywy lokalne dotyczące analiz dostępności są cenne, jednak z natury rzeczy nie mają charakteru całościowego, a spożytkowanie ich wyników – jest ograniczone, jeśli w ogóle okazuje się możliwe w realizacji. Na przeszkodzie stoją tu m.in. niewystarczające, regulacje prawne, które nie zobowiązują (albo niewystarczająco zobowiązują) głównych interesariuszy systemu zdrowotnego do działania i poprawy w tym zakresie.

Warto zacytować, znamieny fragment z Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia⁹⁰, który wskazuje na przyczyny sukcesów holenderskiego SOZ: *...decyzje operacyjne związane z opieką zdrowotną podejmowane są, w niezwykle wysokim stopniu, przez osoby zawodowo związane ze środowiskiem lekarskim przy udziale pacjenta. Wydaje*

⁹⁰ Björnberg A., Cebolla Garrofé B., Lindblad S., (2009) Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia 2009, (Euro Health Index 2009, Health Consumer Powerhouse AB, 2009), tłum. Polska Izba Ubezpieczeń, 2009.

się, że w Holandii agencje finansujące, oraz osoby nie będące związane zawodowo ze środowiskiem lekarskim, jak na przykład politycy czy biurokraci, trzymani są z daleka od procesu podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej niż ma to miejsce w innych krajach europejskich.

W Polsce ubezpieczeniem zdrowotnym objęci są wszyscy obywatele. Zatem podstawowym wyznacznikiem oferowanych Polakom świadczeń zdrowotnych są te, finansowane przez NFZ. Jednak coraz większa oferta świadczeniodawców prywatnych, wzrost potrzeb zdrowotnych i stopniowy wzrost poziomu życia w naszym kraju, a także niemożność uzyskania potrzebnej opieki w sektorze publicznym (czas, jakość, kompleksowość, komfort) powoduje, że całościowy obraz opieki zdrowotnej w coraz większym stopniu jest uzupełniany przez świadczenia płatne bezpośrednio „z kieszeni” pacjenta. Obie te części sektora zdrowia powinny być w perspektywie analiz dostępności uwzględniane, a nawet traktowane łącznie.

Literatura:

- Access to health services in the European Union, (2016)
http://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf
- Aday L.A., Andersen R. (1974), A framework for the study of access to medical care, Health Services Research, 9(3): 208–220,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
- Björnberg A., (2012) Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia Raport 2012
https://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/EHCI/PL_Index-EHCI-2012.pdf
- Björnberg A., Cebolla Garrofé B., Lindblad S., (2009) Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2009, (Euro Health Index 2009, Health Consumer Powerhouse AB, 2009), tłum. Polska Izba Ubezpieczeń, 2009.
- Centrala NFZ (2013), Zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, Warszawa
http://www.nfz.gov.pl/new/art/5670/2013_09_16_AOS.pdf
- Chauvin P., Simonnot N. (2013). Access to healthcare of excluded people in 14 cities of 7 European countries: final report on social and medical data collected in 2012. Paris: Médecins du Monde,

http://www.iplesp.upmc.fr/ds3/Rapports%20en%20ligne/report_2013_access_care_vulnerable_people_14_cities_7_countries.pdf

Chauvin P., Simonnot N., Douay C., Vanbiervliet F. (2014), Access to healthcare for people facing multiple vulnerability factors in 27 cities across 10 countries. Paris: Médecins du Monde.

Czapiński J., Panek T. (red.), (2015), Diagnoza społeczna – Warunki i jakość życia Polaków, Rada monitoringu Społecznego, Warszawa.
http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf

Economou Ch. (2015), Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece, WHO-Europe,
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf

Erginel E. (2014), European commission activities on access to medicines at the global level, DG Health and Consumers, EU, Global Health Policy Forum, Brussels
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/eu_world/docs/ev_20140320_co4_en.pdf
oraz: http://ec.europa.eu/health/eu_world/events/ev_20140320_en

Evans D.B., Hsua J., Boerma T., (2013), Universal health coverage and universal access, Bulletin of the World Health Organization 91:546–546A,
<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/en>

Fundacja Watch Health Care, Barometr: <http://www.korektorzdrowia.pl/barometr/>

Goddard M., Smith P. (2001), Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK, Social Science and Medicine, 53(9): 1149–1162,
<https://www.york.ac.uk/che/pdf/op32.pdf>

Gulliford M. (2002), Equity and access to health care. w: Gulliford M., Morgan M. (ed.). Access to health care, London: Routledge

Gulliford M., Figueroa-Munoz J., Morgan M., Hughes D., Gibson B., Beech R., Hudson M. (2002), What does 'access to health care' mean?, J Health Serv Res Policy, 7(3):186-8.

Hady J., Leśniowska M., Finansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów Unii Europejskiej

Health inequalities, the financial crisis, and infectious disease in Europe, ECDC Technical Report, (2013), ECDC, Stockholm, TQ-02-13-403-EN-N,
http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Health_inequalities_financial_crisis.pdf

- Healy J., McKee M., (eds.) (2004), *Accessing health care: responding to diversity*, Oxford: Oxford University Press
- Hernandez-Quevedo C., Masseria C. (2009), *Measuring equity of access to health care w: Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*, *Health Economics, Policy and Management - European Observatory on Health System and Policies*, Part II, s. 187-221
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/135971/E94877_Part_II.pdf?ua=1
- Hnatyszyn-Dzikowska A., (2009), *Terytorialne zróżnicowanie dostępu do usług zdrowotnych w Polsce jako wymiar spójności społeczno-ekonomicznej kraju*, Zakład Ekonomiki Zdrowia, Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.
- Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (2005), Warszawa 2004 roku,
http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zalacznik_r_09.pdf
- Mielck A., Kiess R., van den Knesebeck O., Stirbu I., Kunst A, (2007), *Association between access to health care and household income among the elderly in 10 western European countries*, w: *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach*, Rotterdam: Erasmus MC Department of Public Health,
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-52>
- Murray C.J., Evans D., (2003), *Health Systems Performance Assessment*, WHO, Geneva,
<http://www.who.int/publications/2003/hspa/en>
- National Healthcare Quality and Disparities Repor (2016), Agency for Healthcare Research and Quality, 16-0015-5-EF,
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/nhqdr/chartbooks/access/qdr2015-chartbook-access.pdf>
- Oliver A., Mossialos E. (2004), *Equity of access to health care: outlining the foundation for action*, *Journal of Epidemiology and CommunityHealth*, 58(8): 655–658,
<http://jech.bmj.com/content/58/8/655>
- Pączkowska M. (oprac), (2009) *Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków*, Raport z badań Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Zakład Analiz Socjologicznych, Warszawa
- Pączkowska M., (2009), *Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków*, Raport z badań Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Zakład Analiz Socjologicznych, Warszawa.

- Raport o stanie zdrowia mieszkańców Miasta Krakowa, (2016), Urząd Miasta Krakowa, Kraków, <https://www.bip.krakow.pl/zalaczniki/dokumenty/n/171948/karta>
- Securing access to health care, (1983), President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research, Washington, DC, US Government Printing Office, https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559375/securing_access.pdf?sequence
- Sen A., (2002). Why health equity? Health Economics, 11: 659–666, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.762/epdf>
- Shengelia B., Tandon A., Adams O., Murray C., (2005). Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. Soc Sci Med. 61(1):97–109.
- Tanahashi T., (1978). Health service coverage and its evaluation, Bulletin of the World Health Organization 56(2):295–303.
- van Doorslaer E., et al., (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US, Journal of Health Economics, 19(5):553-83
- WHO, (2008). Equity of and access to services for prevention of tuberculosis and treatment of patients, w: Implementing the WHO Stop TB Strategy, Geneva, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310763/#ch24.s2>
- WHO, (2010). Monitoring equity in access to AIDS treatment programmes: a review of concepts, models, methods and indicators. Geneva, http://www.who.int/sdhconference/resources/who_monitoring_equity_aids.pdf
- Włodarczyk C.W., (1996), Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, UWM Vesalius, Kraków, s.300-303.

10. Potrzeby zdrowotne a wyrównywanie nierówności w zdrowiu i dostępie do świadczeń: spojrzenie z perspektywy ekonomii liberalnej

Christoph Sowada

Wprowadzenie

Świat pełen jest nierówności. Kraje różnią się między sobą potencjałem militarnym i ekonomicznym, narody kulturą, dominującymi światopoglądami, ludzie swoimi dochodami, majątkiem, upodobaniami, stanem zdrowia. Nierówności społeczne i ekonomiczne często wynikają z położenia geograficznego, panujących warunków klimatycznych, zmiennych losów historii, porządku politycznego czy przyjętego modelu gospodarczego. Nierówności w zdrowiu z kolei stanowią pochodną nierówności społecznych i ekonomicznych, na poziomie zdrowia indywidualnego ważną rolę odgrywają również uwarunkowania genetyczne i indywidualne zachowania zdrowotne. Na część procesów prowadzących do nierówności w zdrowiu ludzkość, tj. społeczeństwa i pojedyncze osoby, ma jakiś wpływ, inne uznać trzeba, przynajmniej na dzień dzisiejszy, za zmienne losowe.

Powszechność i kompleksowość zjawiska nierówności sprawiają, że stało się ono jednym z najczęściej podejmowanych tematów badawczych. Nierówności, zwłaszcza społeczne, zawsze interesowały filozofów starających się wyjaśnić sens istnienia. Ale nierównościami zajmują się też nauki polityczne i biologiczne, socjologia, psychologia, antropologia, nauki o zdrowiu i wreszcie ekonomia, nauka zajmująca się wyjaśnianiem, jak ludzie i społeczeństwa radzą sobie z zaspakajaniem nieograniczonych, a jednocześnie bardzo zróżnicowanych potrzeb, w warunkach ograniczoności.

W ostatnich dekadach zainteresowanie ekonomistów tematyką sprawiedliwego podziału, tj. wyznaczeniem akceptowalnych (lub wręcz niezbędnych dla funkcjonowania społeczeństwa) nierówności z jednej i nieakceptowalnych nierówności z drugiej strony wyraźnie wzrosło. Przyczyniły się do tego m.in. okrzyknięta za bestseller książka Thomasa Piketty'ego „Capital in the Twenty-First Century / Kapitał w XXI wieku” (2014) oraz książka słynnego noblisty Josepha Stiglitz „The price of Inequality / Cena nierówności” (2012). Wcześniej, szczególnie w środowisku epidemiologów społecznych, podobne ożywienie wywołała książka „The Spirit Level / Duch równości” Richarda Wilkinson i Kate Pickett (2009), którzy porównując poziomy i rodzaje nierówności występujących w

drugiej połowie XX wieku wewnątrz różnych społeczeństw, a także między różnymi krajami doszli do wniosku, zapisanego jako podtytuł ich dzieła: „Tam gdzie panuje równość, wszystkim żyje się lepiej”. Stwierdzenie to zainspirowało środowisko epidemiologiczne, a następnie badaczy zajmujących się szeroko rozumianym zdrowiem publicznym, również wielu polityków zdrowotnych, a w konsekwencji przyczyniło się do zmiany priorytetów wielu krajowych i ponadnarodowych politykach zdrowotnych. Miejsce poprawy stanu zdrowia populacji jako naczelnego celu polityki zajęło zmniejszanie nierówności w zdrowiu. W nierównościach zaczęto dostrzegać przyczynę większości, jeśli nie wszystkich problemów trapiących świat, także problemów zdrowotnych.

Liberalni ekonomiści jako jedna z nielicznych grup naukowców nie poddała się temu dość modnemu trendowi. Nie oznacza to oczywiście, że akceptują oni lub wręcz pochwalają występowanie wszelakich nierówności społecznych. Sceptycyzm wobec hasła zawartego w podtytule książki Wilkinsona i Pickett „Tam gdzie panuje równość, wszystkim żyje się lepiej” wynika raczej z uzasadnionej nieufności wobec hasła priorytetyzujących egalitaryzm wyniku i zaspakajania potrzeb, a jednocześnie kompletnie lekceważących proefektywnościowe oddziaływanie zróżnicowania wyników przy zróżnicowaniu wysiłku.⁹¹ Równość i sprawiedliwość, niezależnie jak wysoko cenione, nie stanowią przecież jedynych wartości i celów, do których dążą społeczeństwa. Liberalne społeczeństwa poza celem sprawiedliwości pragną również żyć w dobrobycie i pokoju. Nade wszystko cenią sobie jednak wolność. Wymienione cztery cele społeczeństwa nazywanego przez Karla Poppera społeczeństwem otwartym (1945/2003) stoją wobec siebie w skomplikowanych relacjach. Z jednej strony wzajemnie się uzupełniają, z drugiej konkurują ze sobą. Maksymalizacja jednego celu może oznaczać podważenie realizacji pozostałych.

W szczególny sposób konkurencyjności celów doświadczamy w obszarze zdrowia ludzkiego i jego ochrony, którymi zajmują się ekonomika zdrowia oraz ekonomika ochrony zdrowia. Pierwsza podejmuje się analizy zdrowia jako szczególnego dobra konsumpcyjnego, generującego jego posiadaczom określone korzyści/użyteczność, ale

⁹¹ Więcej na temat trade offs pomiędzy sprawiedliwym podziałem wg potrzeb i sprawiedliwym podziałem wg indywidualnego wkładu/wysiłku, także w obszarze ochrony zdrowia, m.in. Sowada (2000), Kersting (2002), Beauchamp (1982).

jednocześnie także dobra inwestycyjnego, budującego kapitał ludzki. Druga za przedmiot badawczy obiera sobie organizację produkcji, dostarczania i finansowania świadczeń zdrowotnych (dóbr i usług) bezpośrednio i pośrednio wpływających na poziom zdrowia jednostek i całych populacji. Chociaż zdrowie jest dobrem szczególnym liberalni ekonomiści dalecy są od absolutyzacji jego wartości, jak ma to miejsce w popularnym powiedzeniu „zdrowie jest najważniejsze”. Swój sceptycyzm wobec tego hasła ekonomiści uzasadniają wskazaniem na codzienne decyzje i zachowania ludzkie. Owszem, zdrowie jest jednym z najcenniejszych dóbr i niewielu ludzi skłonnych jest zamienić go w całości na inne dobra. To jednak nie przeszkadza większości ludzi w „oferowaniu” części własnego kapitału zdrowotnego w zamian za pieniądze lub inne dobra, szczególnie gdy zdrowia posiadamy relatywnie dużo, np. gdy jesteśmy jeszcze młodzi (Sowada 2013).⁹² Indywidualne decyzje odnoszące się do konsumpcji różnych dóbr i usług i indywidualne zachowania zdrowotne determinują w dużej mierze indywidualny stan zdrowia, przyczyniając się zarazem do powstawania rozlicznych nierówności w zdrowiu oraz zróżnicowania potrzeb zdrowotnych. Nierówności te liberalni ekonomiści skłonni są w pełni akceptować jako ostatecznie niewielką cenę za wolność.

Obok nierówności generowanych przez zróżnicowanie indywidualnych decyzji pojawiają się jednak również nierówności, na których kierunek i zasięg pojedyncze osoby w ogóle nie mają wpływu. Na stan zdrowia jednostki i populacji wpływają uwarunkowania genetyczne, warunki klimatyczne, katastrofy naturalne, miejsce zamieszkania, przynależność do grupy społecznej itp.. Pozycja ekonomistów wobec tych nierówności jest zgoła inna. Poza tym, że liberalna ekonomia podkreśla prawo każdego człowieka do podejmowania wolnych decyzji, stawia także na równość szans.⁹³ Każdemu należą się

⁹² Wartość dodatkowych jednostek zdrowia spada wraz ze wzrostem ich konsumpcji/posiadania i rośnie, gdy mamy go mało. Podobnie jak do większości innych dóbr, usług i zasobów także do zdrowia odnosi się prawo malejącej użyteczności krańcowej. Osoby zdrowsze chętniej ofiarują część swojego zdrowia w zamian za inne dobra zwiększające postrzeganą jakość życia, nawet jeśli ewidentnie szkodzą one zdrowiu, także dlatego, że utrata zdrowia stanowi dla nich jedynie kategorię abstrakcyjnego prawdopodobieństwa. Dla osoby chorej utrata zdrowia stanowi natomiast empiryczny fakt skłaniający ją do wykazywania znacznie większej skłonności do nabywania/pozyskiwania świadczeń zdrowotnych, po których spodziewa się pozytywnego wpływu na stan zdrowia (Meyer 2002).

⁹³ Na wartość równości szans wskazują m.in. R. Dworkin (2000), dla którego sprawiedliwa dystrybucja wyraża się w podziale wrażliwym na ambicje i niewrażliwym na naturalne uzdolnienia

takie same szanse na własny rozwój i osiągnięcie zadawalających wyników. „Tam, gdzie równość szans nie jest zapewniona, pojawiają się uzasadnione wątpliwości co do moralnej wartości sukcesu”, pisze A. Maynard (1988, 213). Dla ekonomistów zajmujących się zdrowiem i jego ochroną postulat równości szans stanowi jednak spore wyzwanie teoretyczne i praktyczne. Ponieważ warunkiem implementacji obiektywnie sprawiedliwego systemu wynagrodzenia różnic w zasługach człowieka jest spełnienie warunku równości szans do wykazywania zasług, sprawiedliwy podział według zasług powinien być poprzedzony sprawiedliwym i wyrównującym szanse podziałem według potrzeb (Sowada 2013). Indywidualny stan zdrowia determinuje bowiem w dużej mierze pozycję człowieka w społeczeństwie, jego udział w podziale pracy oraz możliwości indywidualnego zaspokojenia własnych potrzeb, także tych zdrowotnych. Z kolei jego brak może oznaczać wręcz egzystencjalne zagrożenie.

Natychmiast pojawia się jednak pytanie, jak daleko społeczeństwo może i powinno posunąć się w redystrybucji wyników, aby zapewnić równość szans na starcie, a także pytanie, jaka redystrybucja jest w ogóle możliwa w odniesieniu do wyników zdrowotnych. Większość zwolenników równości szans odcina się od dosłownej jej interpretacji, którą posługuje się fundamentalistyczny egalitaryzm nakazując wyposażenie każdej jednostki na starcie w identyczne zasoby materialne. Materialnej równości na starcie nie da się bowiem pogodzić z prawem jednostki do kształtowania swojego życia wg własnych preferencji, obejmującym również prawo do pozostawienia spadkobiercom części zgromadzonego nieskonsumowanego majątku. Fundamentalny egalitaryzm nie powinien też dominować polityki zdrowotnej. Respektując wolność jednostki musimy uszanować wynikające z niej nierówności, nawet jeśli oznaczać to by miało odejście od równości szans.

Potrzeby zdrowotne – perspektywa wolnego człowieka a perspektywa społeczeństwa

Chociaż zdrowie często określane jest mianem dobra lub produktu (w ekonomice zdrowia mówi się np. o produkcji zdrowia) zauważyć należy, że nie da się jego kupić ani sprzedać na jakimś rynku, ani też nie można go komukolwiek administracyjnie przydzielić. W rzeczywistości mówiąc o zdrowiu mówimy z reguły o dostarczaniu różnych

oraz A. Sen, który w swoim *capability approach* podkreśla zasadniczą rolę zapewnienia szans jednostce przez społeczeństwo (1980, 1985).

dóbr i usług, których celem jest zaspakajanie potrzeb pośrednio lub bezpośrednio związanych ze zdrowiem. Zasadniczym celem każdego systemu opieki zdrowotnej jest zaspakajanie potrzeb zdrowotnych ludności. Zdefiniowanie potrzeb zdrowotnych samo w sobie nie jest jednak, jak się okazuje, zadaniem prostym. Tym większe problemy pojawiają się, gdy chcemy je zdefiniować w sposób przydatny dla realizacji celu zmniejszania nierówności w zdrowiu. Problemy definicyjne stwarza wprawdzie skomplikowana natura samego zdrowia. W wymiarze indywidualnym potrzebę zdrowotną człowieka przyrównać można do poczucia pragnienia lub głodu. Brak zdrowia oznacza pojawienie się potrzeby, w sensie pragnienia powrotu do pożądanego stanu zdrowia. Zaspokojenie potrzeby zdrowotnej rozumianej w ten sposób możliwe jest poprzez skorzystanie ze świadczeń zdrowotnych, lub, jak mówią ekonomiści, konsumpcja świadczeń generuje indywidualne korzyści związane z zaspokojeniem jakichś potrzeb, nazywane użytecznością. Jednocześnie, jak pokazuje M. Grossman (1972), zdrowie stanowi także dobro inwestycyjne, zarówno w indywidualnym, jak i społecznym znaczeniu. Przyczynia się ono do budowania kapitału ludzkiego, a przezeń stanowi wkład w produkcję innych dóbr/usług, warunkując uczestnictwo człowieka w społecznych procesach produkcyjnych. Tym samym zaspokojenie potrzeb zdrowotnych stanowi element produkcji jednego z najważniejszych czynników produkcji: kapitału ludzkiego.

Definiując potrzeby zdrowotne należy poza opisanym dualnym charakterem samego zdrowia uwzględnić również współistnienie jego indywidualistycznego i kolektywnego wymiaru. Przyglądając się indywidualnemu postrzeganiu zdrowia przez różnych ludzi nie sposób nie zgodzić się z Markem Paulem (1988), który stwierdza, że w rzeczywistości zdrowie oznacza dla każdego coś innego. O tym, czy jednostka odczuwa potrzebę zdrowotną nie decyduje jedynie stan parametrów fizycznych, np. poczucie bólu. Potrzeby współkształtowane są przez różne ideologie, massmedia, polityków prowadzących kampanie wyborcze, ekspertów próbujących przebić się z własnymi opiniami, indywidualne wyobrażenia i oczekiwania wobec systemu opieki zdrowotnej, medycyny, swojego zdrowia. Subiektywny komponent czyni z kategorii zdrowia jedną z najbardziej skomplikowanych kategorii, zarówno teoretycznych jak i praktycznych, szczególnie jeśli celem jest konstrukcja rozwiązań organizacyjnych nakierowanych na ograniczenie nierówności w zdrowiu. Na dodatek zdrowie wykazuje cechy wartości ideowej, zmieniającej się w czasie i przestrzeni i poddającej się manipulacji (Sowada 2013).

Ekonomia liberalna akceptuje indywidualistyczny i subiektywny charakter potrzeb zdrowotnych. W końcu podstawowa kategoria klasycznej mikroekonomii, stanowiąca miarę zadowolenia użyteczność, sama w sobie jest kategorią subiektywną. W odniesieniu do organizacji systemu zaspakajania potrzeb subiektywizm potrzeby zdrowotnej stwarza jednak wiele problemów. Czy subiektywne odczucie dyskomfortu zdrowotnego sygnalizowanego przez jednostkę może decydować o uruchomieniu konkretnych narzędzi systemu opieki zdrowotnej? Poziom skomplikowania technik zaspakajania potrzeb zdrowotnych, tj. technik diagnozy, terapii i rehabilitacji, skłania raczej do przeniesienia odpowiedzialności za definiowanie i rozwiązanie konkretnych problemów zdrowotnych na profesjonalistów medycznych. Tzw. koncepcja potrzeb normatywnych uzależnia np. wystąpienie potrzeby zdrowotnej od stanu zdrowia konkretnego pacjenta i zakresu dostępnych interwencji medycznych, jakie przy tym stanie pacjent zgodnie z wiedzą ekspercką lekarza powinien otrzymać. Koncepcja potrzeb normatywnych sugeruje możliwość dokonania obiektywizacji kategorii potrzeby zdrowotnej przy jednoczesnym poszanowaniu indywidualności każdego pacjenta (Callahan 1990). Czy wiedza ekspercka jest jednak rzeczywiście kategorią obiektywną? F.A. von Hayek (1975) zarzuca w każdym razie ekspertom wskazującym na obiektywizm posiadanej przez siebie wiedzy zarozumiałość. Ale nawet jeśli się z Hayekiem nie zgodzimy i uznamy wiedzę za kategorię obiektywną, sam sposób jej prezentowania, a przede wszystkim sposób jej wykorzystania do kategorii obiektywnych na pewno już nie należą (Breyer 2002, Hall 1997).

Kolejne trudności w określeniu potrzeby zdrowotnej pojawiają się, gdy uwzględnimy społeczny wymiar kategorii zdrowia. Jak już wcześniej wspomniano, zdrowie stanowi jedną z najważniejszych determinant budowy indywidualnego kapitału ludzkiego, od którego z kolei zależy potencjał rozwojowy kraju, jego konkurencyjność, a w rachunku końcowym także poziom materialnego dobrobytu. Zaspakajanie indywidualnych potrzeb zdrowotnych leży zatem w interesie społeczeństwa jako całości. Ale nie tylko ze względu na dobrobyt materialny. „Paradoks polega na tym, że zdrowie jest równocześnie czymś bardzo osobistym ale i publicznym” - pisze D. Callahan (1990: 103). Zdrowie jednostki generuje pozytywne i negatywne, fizyczne i psychiczne efekty zewnętrzne. Oddziałuje na bliższe i dalsze otoczenie jednostki, czasami bardzo bezpośrednio i widocznie, jak ma to miejsce w przypadku chorób zakaźnych, czasami subtelnie poprzez emocje i wartości nakazujące okazywanie współczucia i pomocy ludziom znajdującym się w egzystencjalnie trudnej sytuacji życiowej, np. konfrontowanych z ciężką chorobą. W praktyce współczucie

indywidualne kończy się jednak tam, gdzie pojawia się podejrzenie o nadużywanie gotowości do udzielania pomocy (Sowada 2013).⁹⁴ I właśnie dlatego K. Oettle stwierdza, że „zaspokojenie egzystencjalnych potrzeb zdrowotnych człowieka tworzy minimalny wymóg humanitarnego państwa” (2006: 24). Przyjmując to zadanie państwo musi jednak szanować wolność jednostki. Musi także, co ważniejsze, kierować się w swoich decyzjach i działaniach zasadami ekonomicznej racjonalności i efektywności. I to nie dlatego że gloryfikuje cel maksymalizacji materialnego dobrobytu, lecz dlatego, że marnotrawienie ograniczonych zasobów zawsze jest czymś niemoralnym, a szczególnie, jeśli dochodzi do niego w systemie opieki zdrowotnej.

Wolność jednostki, równość szans i solidaryzm społeczny

Nierówności w zdrowiu powstają, jak powiedziano, z różnych przyczyn. Mogą one stanowić wynik indywidualnych wyborów ludzi korzystających z prawa do samodzielnego kształtowania swojego życia. Mogą też spowodowane być czynnikami umykającymi wpływowi człowieka. Prawo do wolności jest naturalnym prawem człowieka, podobnie jak równość pod względem godności i praw (artykuł pierwszy Karty Praw Człowieka). Prawa naturalne nie są nadawane z woli społeczeństwa czy państwa, lecz konstytuują człowieczeństwo osoby ludzkiej i dlatego w każdym wypadku i wobec każdej osoby muszą być respektowane. Jak pisze L. von Mises (1956/2005: 92): „wolność jest jedna dla wszystkich”. Uznając prawo do wolności za prawo nadrzędne i naturalne musimy nauczyć się akceptować wynikające z niego zróżnicowania i nierówności w zdrowiu, a w niektórych przypadkach nawet w dostępności do i korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

Z drugiej strony liberalne otwarte społeczeństwo zbudowane jest na fundamencie warunku równości szans. Każdy człowiek zasługuje na równe szanse, jeśli chodzi o zdrowie, wyjątkowe dobro umożliwiające gatunkowi ludzkiemu normalne funkcjonowanie,

⁹⁴ Ponadto każdy altruista konfrontowany jest z tzw. dylematem samarytanina (po raz pierwszy dokładnie opisanym przez J. Buchanana 1975). Altruista czerpie korzyści z konsumpcji własnej i konsumpcji innych osób (np. osób biednych). Poprawa sytuacji biednego sfinansowana przez innych sponsorów przynosi mu jednak podobne korzyści, co poprawa sponsorowana przez niego samego. Fakt ten może sprzyjać pojawianiu się zachowań opisywanych jako „jazda na gapę”, tzn. altruista może odczekać, aż ktoś inny pomoże osobie znajdującej się w trudnościach, a i tak uzyska altruistyczną korzyść (szczegółowo Sowada 2013).

stwierdza N. Daniels (1985). Każdy powinien mieć taką samą szansę być zdrowym, lub realistycznie patrząc, taką samą szansę pozyskania potrzebnych świadczeń zdrowotnych, gdyż to one determinują równość szans do partycypacji w życiu społecznym. Realizacja postulatu równości szans pociąga za sobą konieczność przyjęcia opisywanych często pod hasłem solidaryzmu różnych rozwiązań instytucjonalnych wspierających najsłabszych członków społeczeństwa. Dla liberalnej ekonomii zasadnicze znaczenie ma przy tym właściwe zdefiniowanie solidaryzmu, który nie może stać w opozycji do indywidualnej wolności jednostki. Wydaje się, że solidaryzm społeczny w formie realizowanej przez funkcjonujące w Niemczech, Polsce i wielu innych krajach społeczne ubezpieczenia zdrowotne tego warunku nie spełnia. Instytucje społecznych ubezpieczeń zdrowotnych koncentrują się bowiem na normatywnym wymiarze równego dostępu do świadczeń, odwołując się przy tym do „wspólnego interesu” przedkładanego nad interes jednostki. Liberalni ekonomiści wskazują natomiast na pierwszeństwo pozytywnego wymiaru, dostrzegając w solidaryzmie przede wszystkim narzędzie dobrowolnej współpracy wielu podmiotów odwołujących się do wspólnych wartości, ale też do prywatnego interesu (Ruckdäschel 2000; Friederich 2005). Tak rozumiany solidaryzm instytucjonalizuje więzi łączące różne grupy społeczne, więzi nie tylko zbudowane na współczuciu czy humanizmie, lecz także te odwołujące się do wspólnoty egoistycznych jednostek dążących wspólnie (na drodze kooperacji) do realizacji indywidualnych celów.

Solidarna wspólnota szanuje osobistą godność każdego człowieka i nie ogranicza się do poszukiwania rozwiązań służących wyłącznie grupie (Baumgartner i Korff 1998). Cechują ją wzajemność, dobrowolność oraz symetryczność praw i obowiązków (szczegółowo Sowada 2013). Solidarna wspólnota bazuje na dobrowolności związku, dobrowolnej akceptacji celów, reguł i sposobów dojścia do celów, a zatem także na braku ograniczeń w suwerenności jednostki. O ograniczeniu suwerenności jednostki możemy mówić, jeśli konkretna umowa, do której jednostka zobowiązana została przystąpić, *ex ante* postrzegana jest przez nią za ewidentnie niekorzystną. Ewentualny obowiązek partycypacji w solidarnej wspólnocie uzasadniony może być wyłącznie potrzebą zinstytucjonalizowania ochrony wspólnoty przed nadużyciami ze strony *free riderów*. Symetryczność praw i obowiązków dopełnia cechę dobrowolności stanowiąc niezbędny element instytucji, w których wolność jednostki podniesiona została do rangi prawa nadrzędnego i naturalnego. W przypadku funkcjonujących w wielu krajach społecznych ubezpieczeń ograniczających się do dostarczenia określonych świadczeń, np. zdrowotnych,

niezależnie od okoliczności towarzyszących wystąpieniu konkretnych potrzeb i niezależnie od indywidualnego wkładu wniesionego w pozyskania odpowiedniego zabezpieczenia, z symetryczności praw i obowiązków zrezygnowano całkowicie.

Uznając prawo do wolności za prawo nadrzędne wobec wszystkich innych musimy zaakceptować prawo każdego człowieka do wolnego rozporządzania własnym zdrowiem, a tym samym także zaakceptować wszystkie nierówności w zdrowiu wynikające z korzystania z tegoż prawa, pamiętając wszelako, iż „Wolność jest jedna dla wszystkich”. Uniwersalną wolność charakteryzują dwa jej wymiary: pozytywne prawo człowieka do podejmowania działań zgodnie z posiadaną wiedzą i osobistymi celami oraz ochronny - indywidualna wolność pozytywna kończy się tam, gdzie zaczyna ona zagrażać pozytywnej wolności innych osób (Hayek 1960). Wolność nie usprawiedliwia i nie uzasadnia samowoli ograniczającej prawa innych ludzi. Zachowania szkodzące innym ludziom nie mogą być zatem akceptowane. Zachowania szkodzące wyłącznie samej jednostce muszą być aspektowane, jeśli wynikają z jej wolnych wyborów. Jednostka podejmująca świadomie zachowania ryzykowne nie może też domagać się od społeczeństwa poniesienia kosztów swojej niefrasobliwości. Jeśli, co bardzo prawdopodobne, z innych ważnych powodów społeczeństwo zdecyduje się jednak objąć uniwersalną ochroną wszystkich i w każdej sytuacji, zachowania uznane za szkodzące zdrowiu i z dużym prawdopodobieństwem prowadzące do problemów zdrowotnych powinny zostać *ex ante* obciążone przymusowymi daninami (np. podatkami akcyzowymi), z których *ex post* finansowane byłoby leczenie. Każde inne rozwiązanie oznacza instytucjonalizację społecznej zgody na nadużycia i wykorzystywanie jednych członków społeczeństwa przez drugich, jednych grup przez inne.

Wolne wybory, nierówności w zdrowiu a założenie racjonalności jednostki

Wolność jest jednym z najbardziej wymagających praw człowieka. Wymusza ona od ludzi nie tylko przejęcie odpowiedzialności za skutki swoich decyzji, ale także ogromnej roztropności w ich podejmowaniu. Jeśli człowiek podejmie decyzję fałszywą, może go to kosztować utratę zdrowia lub nawet życia. Nieuchronnie w tym miejscu dochodzimy do pytania, czy człowiek jest w ogóle istotą zdolną do podejmowania właściwych i dobrych dla siebie decyzji, jeśli chodzi o zdrowie? Ekonomisci nie mają co do tego wątpliwości, przyznając człowiekowi prawo do podejmowania decyzji w zgodzie z subiektywną percepcją rzeczywistości i z indywidualnymi preferencjami. Podobnie jak czołowi myśliciele epoki

oświecenia, w szczególności A. Smith, J. Locke, C. Montesquieu i E. Kant uznają bowiem człowieka za istotę z natury rozumną i racjonalną. Istocie obdarzonej rozsądkiem i rozumem przysługuje godność. Na tym stwierdzeniu opiera się m.in. imperatyw kategoryczny Kanta nakazujący w każdym działaniu i zachowaniu dostrzegać człowieczeństwo własnej osoby i każdego innego członka społeczeństwa. Szkoła liberalnej ekonomii opiera się na paradygmacie metodologicznego indywidualizmu.

Nie wszyscy akceptują taki obraz człowieka. Gilbert Rist (2015) w swojej książce „Urojenia ekonomii” pisze np. o „poronionej ambicji naukowej” i „tautologii indywidualizmu metodologicznego” przyrównując naukę ekonomiczną do religii, m.in. z powodu przyjęcia przez nią obrazu człowieka racjonalnego. Krytyka racjonalizmu często jest również wyprowadzana z krytyki koncepcji tzw. *homo oeconomicusa* – człowieka ekonomicznego (np. Aldridge 2006), który na dodatek niejednokrotnie utożsamiany jest z bezwzględnym egoistą maksymalizującym własne korzyści, a nawet z bezgranicznym hedonistą w postaci *homo consumensa*. W człowieku konsumującym konkurencja wyzwała jedynie najgorsze cechy chciwości, skąpstwa i egocentryczności - konstatują np. M. Young i P. Willmott (1957/1992) i J. Platt (1971). Istoty takie nijak nie pasują do propagowanej ideologii równości wyniku, bezgranicznego altruizmu, czy też idei poświęcania się za naród.

Warto w tym miejscu podkreślić, że sformułowana przez E. Fromma krytyka społeczna *homo consumensa*⁹⁵ nie kieruje się jednak przeciwko dążeniu człowieka do realizacji własnych celów jako takiemu. Fromm opisuje jedynie jeden z podtypów człowieka ekonomicznego, jeśli za taki można uznać *homo consumensa*, podtyp, który pojawia się w określonych warunkach społecznych, a wręcz jest ich produktem. To dopiero S. Lebergott (1993, s. 11) stwierdza np. „w społeczeństwach otwartych ludzkie wybory służą jedynie pogoni za szczęściem”. Poza tym krytyka założenia racjonalności człowieka sprowadzona do krytyki egoistycznego *homo consumensa* nie jest uprawniona, także z kilku innych powodów. Po pierwsze Adam Smith, autor koncepcji człowieka ekonomicznego, stwierdza jedynie, że człowiek wyposażony w rozum i rozsądek racjonalnie

⁹⁵ To właśnie ten filozof wprowadził do dyskusji ekonomicznej pojęcie *homo consumens*, szacując, że co najmniej połowa mieszkańców krajów rozwiniętych wykazuje typowe dla takiego obrazu człowieka cechy.

dąży do zaspokajania własnych potrzeb i realizacji swoich celów (Smith 1776/1954). Racjonalny człowiek wcale nie musi z definicji dążyć wyłącznie do maksymalizacji materialnych korzyści na koszt innych ludzi (choć takie zachowania też mogą wystąpić) i nie musi widzieć w drugim człowieku przeszkody na drodze do własnej samorealizacji. Wręcz przeciwnie, człowiek racjonalny wie, że druga osoba taką samorealizację mu dopiero umożliwia. *Homo oeconomicus* jest istotą posługującą się rozumem – jest *homo oeconomicusem sapiensem*, wie zatem, że niekooperatywne zachowania ewidentnie łamiące normy społeczne nie spełniają kryterium zachowań racjonalnych i ostatecznie prowadzą do społecznej ekskluzji (Falkinger 1990).

Prawdą jest natomiast, że smithowski teoretyczny *homo oeconomicus* w praktyce nie istnieje. Jako konstrukcja teoretyczna funkcjonuje on w idealnych warunkach własności prywatnej, pełnej swobody zawierania umów i doskonałej znajomości rynków, na których dokonuje aktów kupna-sprzedaży wszystkiego, co jest mu potrzebne do życia i produkcji. W realnym świecie warunki te nie są spełnione, a niektóre nie są w ogóle spełnialne. Dotyczy to w szczególności warunku posiadania pełnej wiedzy. Racjonalność człowieka nie jest jednak zbudowana na niespełnialnym założeniu, że zna on wszystkie alternatywy działania i wybiera spośród nich tą obiektywnie maksymalizującą jego korzyści. Racjonalność wymaga jedynie wyboru tej ze znanych opcji, która w warunkach niepewności prowadzi do maksymalizacji oczekiwanych korzyści (Freitag 2005; Kiepas 2000). Gdyby znajomość wszystkich alternatyw działania konstituować miała zdolność człowieka do podejmowania racjonalnych decyzji, nikt nie mógłby się podjąć oceny wystąpienia racjonalności lub jej braku w działaniach innych ludzi.⁹⁶ Nikt nie jest bowiem w posiadaniu pełnej wiedzy.

Z drugiej strony nie można lekceważyć konsekwencji występowania deficytów i asymetrii w rozpowszechnieniu wiedzy. Racjonalność oznacza wybór opcji najlepszej ze znanych. Co jednak, jeśli pojedynczy człowiek zna jedynie bardzo niewielki wycinek realnych opcji działania i ich skutki, inni zaś, np. politycy, eksperci, społeczeństwo, mają znacznie szerszy zakres wiedzy. Ponieważ tylko człowiek świadomy skutków swoich

⁹⁶ Nie sposób nie zgodzić się z L. von Misesem, który pisze (1933: 32). „Kto sądzi, że nieracjonalność odgrywa rolę w życiu człowieka, mówi tylko, że ludzie nie działają w sposób, który on sam uznaje za właściwy”.

decyzji może ponosić odpowiedzialność za te decyzje, obowiązkiem instytucji społecznych jest dostarczenie każdemu, np. człowiekowi podejmującemu decyzje odnośnie wyboru stylu życia, jak najwięcej adekwatnej informacji i to w formie dla niego zrozumiałej. Samo dostarczenie ludziom informacji przydatnej w podejmowaniu racjonalnych decyzji jednak nie wystarcza. Nie wystarczy uświadomić ludzi, że mieszkanie w lokalach zawilgoconych i zagrzybionych szkodzi zdrowiu, jeśli nie mają oni szansy na zamianę swojego lokum. Nie wystarczy społeczeństwu uświadomić co do szkodliwości smogu, jeśli ich mieszkania i domy nie są podłączone do czystszych źródeł energii cieplnej, a komunikacja zbiorowa jest niewydolna. Nie wystarczy dzieciom mówić o szkodliwości nadmiernego spożycia cukru czy soli, a jednocześnie utrzymywać w szkołach kioski, które w zdecydowanej większości oferują niezdrowy fast food. Istnieje zasadnicza różnica pomiędzy skutkiem indywidualnego wolnego wyboru, a skutkiem niemożliwości dokonania innego, korzystniejszego dla zdrowia. Budując swoją strategię zdrowotną państwo musi rozpoznać rzeczywiste przyczyny występowania określonych problemów zdrowotnych. Te często leżą poza zasięgiem bezpośredniego oddziaływania sektora ochrony zdrowia.

Nierówności w rozpoznawaniu i zaspakajaniu potrzeb zdrowotnych

Państwo kierujące się ideałami i celami społeczeństwa otwartego powinno skierować swoje wysiłki w pierwszej linii na działania z zakresu zdrowia publicznego: rozwój opartej na faktach edukacji zdrowotnej, poprawę standardów żywieniowych, wzrost bezpieczeństwa na drogach itp., zatem na programy, których celem jest osiągnięcie równości szans obywateli na zachowanie dobrego zdrowia i uniknięcie sytuacji mogących zdrowiu zagrażać, pozostawiając jednocześnie obywatelom swobodę w wyborze stylu życia, dopóki ich indywidualne decyzje nie generują zagrożeń dla życia lub zdrowia innych osób. To jednak nie wystarcza. Równie ważnym zadaniem jest zbudowanie systemu dostarczania świadczeń zaspakajających potrzeby zdrowotne i redukujących te nierówności w zdrowiu, które wynikają z przyczyn niezależnych od jednostek. Podejmując to wyzwanie państwo musi kierować się zasadą realizmu

Wyrównywanie szans zdrowotnych rozumiane leksykalnie wymagałoby np. stworzenia instytucji i struktur gwarantujących niedyskryminującą względem rodzaju choroby identyfikację indywidualnych potrzeb zdrowotnych każdego człowieka. Rozwijanie się niektórych chorób można łatwo i relatywnie szybko zauważyć po

towarzyszących im symptomach. Inne jednak przez długi czas pozostają niezauważone, a symptomy sygnalizujące jednostce zaistnienie jakiegoś problemu pojawiają się późno, nierzadko zbyt późno na podjęcie skutecznego leczenia. Czy dążąc do równości szans zdrowotnych powinniśmy tolerować nierówności wynikające z faktu, że część chorób jest zauważana późno, choć przy zastosowaniu odpowiednich i znanych technik mogłaby zostać rozpoznana dużo wcześniej? Czy równość szans wszystkich ludzi odnosi się jedynie do równości w możliwości rozpoznania tej samej choroby, czy też powinna uznana zostać za zasadę uniwersalną? Nie są to jedynie pytania czysto teoretyczne. Choć z pewnością stan wiedzy medycznej nie pozwala na wczesne diagnozowanie każdej z chorób nękających ludzkość, to jednak obejmując całe społeczeństwa różnymi programami screeningowymi, badaniami genetycznymi czy też profilaktycznym poddaniem się pozytonowej tomografii emisyjnej wiele przypadków chorób rozpoznanych mogłoby być dużo wcześniej, niż dzieje się to obecnie. Decyzja o uruchomieniu takich programów, niewątpliwie korzystnych z punktu widzenia celu wyrównywania szans, zderzona musi jednak zostać z realnymi możliwościami gospodarki. A te zawsze są ograniczone. Ale nawet gdyby teoretycznie jakieś państwo było stać na uruchomienie uniwersalnych badań przesiewowych dla wszystkich mieszkańców w kierunku wczesnego wykrywania każdej z możliwych do zdiagnozowania przy danym poziomie wiedzy choroby, liberalni ekonomiści nie poparliby takiej decyzji. Cechą ekonomicznie efektywnego systemu opieki zdrowotnej jest bowiem efektywne wykorzystanie ograniczonych z natury zasobów, zasobów o które konkurują różne potrzeby, różnych ludzi i grup, a także różne pokolenia (również te, które jeszcze się nie pojawiły na tym świecie). Pamiętać musimy, że system ochrony zdrowia nie jest jakimś samodzielnym bytem, lecz stanowi część większej całości. Jak już wcześniej powiedziano, zdrowie nie jest jedyną wartością, której człowiek przypisuje wysoką wartość, a równość i sprawiedliwość nie są jedynymi celami, do których dążą społeczeństwa otwarte. Dlatego postulat równości szans, choć stanowi jeden z fundamentów filozofii liberalnej ekonomii, musi zostać podporządkowany realnym możliwościom jego realizacji. Równość w zdrowiu, podobnie jak każdy inny cel społeczeństwa otwartego, musi zostać włączona w proces poszukiwania rozwiązania kompromisowego, nazwanego przez H.-G. Petersena (1993) „harmonią celów”, a polegającym na znalezieniu uwzględniającego wiele celów optimum. Nie zwalnia to oczywiście społeczeństwa i państwa z obowiązku podejmowania wysiłków na rzecz redukcji nierówności w dostępie do procedur wczesnego wykrywania problemów

zdrowotnych, jednak tylko w stopniu, w jakim uzasadnia to efektywne wykorzystanie dostępnych ograniczonych zasobów.

Ograniczoność zasobów sprawia również, że żaden kraj na świecie nie jest w stanie zagwarantować swoim mieszkańcom równości szans w zaspokojeniu już zidentyfikowanych różnych potrzeb zdrowotnych, ani nawet równości w zaspokojeniu takich samych potrzeb. Leksykalna równość w dostępie do świadczeń pozostaje utopią chociażby ze względu na niehomogeniczność zasobów, szczególnie zasobów ludzkich, ale także ze względu na naturalne zróżnicowanie fizycznej odległości dzielącej pacjenta od miejsca, w którym może uzyskać pomoc. Nie każdy chorujący na tą samą chorobą może być leczony przez najlepszego w danej dziedzinie lekarza w najlepszej klinice w kraju. Najlepszy ekspert stanowi bowiem, w sensie ekonomicznym, unikatową jednostkę czynnika produkcji, dostępną tylko dla nielicznych. A na dodatek indywidualnie zróżnicowana awersyjność wobec ryzyka sprawia, że nawet obiektywnie identyczne co do jakości świadczenia u różnych ludzi generują niejednakowe poczucie bezpieczeństwa. Dlatego identyczne co do nazwy gwarantowane świadczenia zdrowotne w rzeczywistości nie są identyczne.

Podobnie jak w przypadku wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych, brak możliwości osiągnięcia pełnej równości w zaspokajaniu zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych nie zwalnia państwa, od podjęcia racjonalnych, tj. uwzględniających ograniczoność zasobów i konkurencyjność celów kroków w kierunku minimalizacji występujących nierówności w zdrowiu nie będących skutkiem zróżnicowanych indywidualnych wyborów zarówno w układzie geograficznym, jak i w odniesieniu do poszczególnych grup społecznych. Narzędziem przydatnym w takich działaniach mogą stać się prawidłowo skonstruowane mapy potrzeb zdrowotnych. Polskie Ministerstwo Zdrowia na swojej stronie internetowej opisuje mapy potrzeb jako zaawansowane narzędzie analityczne przedstawiające trendy demograficzne i epidemiologiczne, istniejącą infrastrukturę w ochronie zdrowia oraz przyszłe potrzeby w tym zakresie wspierające decyzje zarządcze w ochronie zdrowia (<http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/o-projekcie/>). Wprawdzie przytoczona definicja nie precyzuje, o jakie decyzje zarządcze chodzi, ale mapy pod tym względem można uznać za narzędzie uniwersalne. Co natomiast budzi zastrzeżenia to postawienie trendów epidemiologicznych i demograficznych które niewątpliwie decydują i decydować

będą w przyszłości o rozwijaniu się potrzeb zdrowotnych na równi z istniejącą infrastrukturą ochrony zdrowia. Oczywiście, jednostki świadczące usługi zdrowotne muszą i powinny dostarczyć informacji na temat realizowanych świadczeń. Pamiętać jednak musimy, że realizowane świadczenia nie są tożsame z zaspakajaniem rzeczywistych potrzeb zdrowotnych. Ekonomiści wielokrotnie udowodnili, że wykorzystując przewagę informacji profesjonalnej strona podażowa jest w stanie kreować niezależny od faktycznie występujących potrzeb popyt na świadczenia (hipoteza kreacji popytu przez podaż, np. Evans 1974, Reinhardt 1985, Rice i Labelle 1989 oraz rozliczne badania empiryczne - szczególnie Sowada 2013). Z drugiej zaś strony, szczególnie w polskim systemie opieki zdrowotnej, realizacja świadczeń niejednokrotnie zależy bardziej od metod i limitów rozliczania narzucanym przez płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia). Sami świadczeniodawcy często podnoszą argument, że limity te niewiele mają wspólnego z rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi populacji. Uznanie infrastruktury ochrony zdrowia w takich warunkach za wyznacznik istniejących (lub oczekiwanych w przyszłości) potrzeb zdrowotnych uznać należy za poważny błąd metodologiczny. Infrastruktura, w sensie rozmieszczenia i ilości poszczególnych jednostek zaspakajających potrzeby, powinna być planowana dopiero na podstawie zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych. Dlatego mapy potrzeb powstałe na podstawie analizy danych dotyczących korzystania ze świadczeń w istniejących już jednostkach nie spełniają ani warunku racjonalności, ani też nie gwarantują realizacji celu zmniejszenia nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Podobnie zresztą jak przyjmowana obecnie ustawa o tzw. sieci szpitali. Sieć szpitali (a w dalszej perspektywie sieć wszystkich świadczeniodawców) mogłaby przysłużyć się zmniejszeniu nierówności w zdrowiu, a przy okazji efektywniejszemu wykorzystaniu ograniczonych zasobów, gdyby geograficzne rozmieszczenie szpitali pokrywało się z geograficznym rozkładem potrzeb zdrowotnych. O wejściu szpitala do sieci nie decyduje jednak rozmieszczenie potrzeb, lecz to czy posiada on w swojej strukturze takie a nie inne oddziały. Nie można zatem wykluczyć, że z jednej strony w sieci nie znajdują się instytucje, które zaspakajają rzeczywiste potrzeby zdrowotne mieszkańców, ale nie posiadają odpowiedniego oddziału, z drugiej zaś znajdują się w niej szpitale z oddziałami niepotrzebnymi z punktu widzenia zaspakajania potrzeb, gdyż potrzeby albo w rzeczywistości nie istnieją, albo, co z pewnością będzie częstszym przypadkiem, mogłyby być efektywniej i skuteczniej zaspokojone w sąsiadujących placówkach.

Trade offs między redukcją nierówności w zdrowiu a poprawą stanu zdrowia populacji

Jak już stwierdzono na wstępie w ostatnich latach cel zmniejszania nierówności w zdrowiu zepchnął cel poprawy stanu zdrowia populacji na dalsze miejsce. Być może taka zmiana priorytetów przeszłaby niezauważona, gdyby nie fakt, że w pewnych okolicznościach oba cele dzieli ostry konflikt. John Rawls, czołowy liberalny filozof XX wieku, stwierdza, że nierówności społeczne i ekonomiczne (wynikające głównie z podziału dóbr materialnych) są dopuszczalne. Muszą one jednak wiązać się z autentyczną równością szans dostępności do urzędów i stanowisk, a także muszą być ułożone z najwyższą korzyścią dla najbardziej upośledzonych (tzw. zasada dyferencji, Rawls 1975). Nieco później Rawls dodaje, że osoby przedkładające czas wolny nad pracę nie mają prawa do udziału w minimalnym dochodzie gwarantowanym (Rawls 2001). Bezwzględnie równy podział według potrzeb może bowiem destruktywnie wpłynąć na motywację do zwiększania własnego wysiłku/pracy oraz wykorzystania posiadanych indywidualnych umiejętności i talentów.⁹⁷ W swojej filozofii Rawls odcina się zatem stanowczo od postulatów dystrybucyjnego egalitaryzmu, także od równego podziału świadczeń zdrowotnych, co zresztą naraziło go na ostrą krytykę np. ze strony R. Veatcha (1976).

W interesującym nas obszarze zdrowia konflikt pomiędzy celem zmniejszania nierówności i poprawą stanu zdrowia populacji uaktywnia się zarówno w przypadku niektórych działań z zakresu zdrowia publicznego, jak i w odniesieniu do działań ściśle związanych z medycyną naprawczą. Gdyby zmniejszanie nierówności w każdym przypadku uznać za cel nadrzędny należałoby zrezygnować z wszystkich tych interwencji i programów zdrowia publicznego, które wprowadzie znacząco poprawiają stan zdrowia grup najbardziej upośledzonych, ale jeszcze w większym stopniu poprawiają stan zdrowia grup już wykazujących się lepszym zdrowiem. Jeśli np. bogatsi i lepiej wykształceni konsumenci, wykazujący się także przeciętnie lepszym stanem zdrowia w większym

⁹⁷ Uzasadnione jest również odstępianie od zasady dyferencji, jeśli ledwie dostrzegalna poprawa sytuacji najgorzej uposażonych musi być okupiona znacznymi stratami grup średnich. Wtedy zakładane przez Rawlsa połączenie łańcuchowe, mówiące o tym, że sytuacja średnich grup poprawia się wraz z sytuacją grup najgorzej uposażonych, nie funkcjonuje, a rezygnacja z poprawy sytuacji najgorzej uposażonych jest zasadna. To oznacza jednak, że zasada dyferencji traktowana powinna być raczej jako zasada „luźnego pierwszeństwa”, a nie jako bezwzględny nakaz udzielenia pierwszeństwa grupom najgorzej uposażonych (White 2008).

stopniu ograniczyliby konsumpcję niezdrowej żywności po wprowadzeniu podatku tłuszczowego lub cukrowego, niż uczynią to ludzie biedniejsi i gorzej wykształceni, to podatek taki należałoby uznać za kontra produktywny w odniesieniu do celu redukcji nierówności w zdrowiu, nawet jeśli także biedniejsze grupy społeczne zredukują konsumpcję chipsów czy słodkich smaków i poprawią swój stan zdrowia (Jürges 2014).⁹⁸ Podobnie rzecz się ma z programami edukacyjnymi uświadamiającymi konsumentom zdrowotne konsekwencje konsumpcji używek. Programy takie szybciej i skuteczniej trafiają do grup lepiej wykształconych, w sumie już zdrowszych. Jeśli reagują one szybciej i intensywniej zmieniając wzorce swoich zachowań konsumpcyjnych niż czynią to grupy biedniejsze, nierówności w zdrowiu wzrosną, choć poprawi się również poziom zdrowia grup bardziej upośledzonych.

Podobne dylematy pojawiają się również w odniesieniu do medycyny naprawczej, kiedy rozpatrujemy zasadność wprowadzenia tzw. twardego racjonowania polegającego na wprowadzeniu zakazu dokupywania jakichkolwiek dodatkowych świadczeń zdrowotnych poza powszechnie gwarantowanymi przez państwo. Twarde racjonowanie ma uchronić społeczeństwo przed tzw. medycyną dwóch klas, tzn. przed nierównościami. Jeśli bogatszym obywatelom pozwoli się na zakupywanie nowych niedostępnych jeszcze powszechnie świadczeń medycznych, nierówności w zdrowiu zwiększą się. I przeciwko temu protestują zwolennicy twardego racjonowania. Czy jednak w społeczeństwie otwartym i respektującym prawo każdego człowieka do samostanowienia, a zatem także decydowania o własnym zdrowiu i rozdysponowaniu własnych dochodów, ale także każdym innym typie społeczeństwa poza społeczeństwem opierającym się na zazdrości, jest miejsce na twarde racjonowanie? Wydaje się, że żaden argument, także podnoszony np. przez J. Tobina (1970) i W. Krämera (1989) argument naturalnej równości każdego człowieka wobec śmierci, nie jest w stanie racjonalnie uzasadnić zakazu nabywania dodatkowych świadczeń zdrowotnych przez osoby odczuwające potrzebę uczynienia czegoś więcej dla swojego zdrowia i rezygnujące dla zdrowia z konsumpcji innych (Schmidt 2002).

⁹⁸ Oczywiście przykład ten jest nieco spekulatywny, gdyż jak konstatują T. Andreyeva i współautorzy (2010) nie udowodniono do tej pory, aby elastyczność cenowa popytu na żywność zależała od dochodu lub poziomu wykształcenia.

Tylko zazdrość może uzasadniać żądanie, aby ze względu na równość wobec śmierci wszyscy byli też równi, innymi słowy – tak samo pokrzywdzeni w życiu (Wagner 2003).

Ideologiczna i odwołująca się do najbardziej prymitywnych uczuć dyskusja o niebezpieczeństwach tzw. medycyny dwóch klas odwraca jedynie uwagę od konieczności podjęcia decyzji precyzujących dopuszczalne społecznie zróżnicowanie w zdrowiu i zaopatrzeniu w świadczenia. Z pewnością nie rozwiązuje natomiast żadnego realnego problemu, tym bardziej problemu nierówności. Ostatecznie twarde racjonowanie obraca się przeciwko tym, którzy teoretycznie najwięcej powinni na nim skorzystać. Natomiast rezygnacja z niego może przynieść korzyści całemu społeczeństwu, również tym jego członkom, których nie stać w danym momencie na zakupienie dodatkowych świadczeń. Bogatsi mobilizują dodatkowe środki na rozwój nowych technologii medycznych, które w przyszłości, po spadku ich ceny, będą mogły być zagwarantowane wszystkim (więcej zob. Wiemeyer 1984, 2002). Krótkookresowemu wzrostowi nierówności towarzyszy zatem długookresowa poprawa zdrowia dla wszystkich (trickling down).

Zamiast podsumowania

Krzywa Prestona, jedna z najbardziej znanych w epidemiologii społecznej, pokazująca statystyczną zależność pomiędzy wysokością dochodu per capita i oczekiwanym trwaniem życia, cechuje się dość ciekawym przebiegiem. Od pewnego poziomu przeciętnego dochodu na głowę (około 20 tys. USD), przeciętna oczekiwana długość życia przestaje rosnąć (Deaton 2004). Według niektórych epidemiologów i medyków społecznych przebieg krzywej Prestona potwierdza hipotezę, że nie tylko biedni są mniej zdrowi niż bogaci, ale również, że różnice w dochodach same w sobie negatywnie wpływają na zdrowie. Społeczeństwa z większym rozwarstwieniem dochodów cechują się gorszym zdrowiem, niż te z równiejszym podziałem dochodów, a nierówności społeczne niejako automatycznie stwarzają klimat niekorzystny dla zdrowia (np. Wilkinson, Pickett 2009). Dowody na istnienie tego typu związku przyczynowo-skutkowego nie zostały jednak do tej pory dostarczone. Sama korelacja statystyczna, jak wiemy, jeszcze niczego nie udowadnia, tym bardziej, że przebieg krzywej Prestona można wyjaśnić również czysto technicznie. Jeśli przy nieliniowym pozytywnym związku pomiędzy stanem zdrowia i

wysokością dochodów na poziomie jednostki wariancja indywidualnych dochodów rośnie, przeciętny poziom zdrowia w społeczeństwie może maleć (Deaton 2003).

Ale nie to jest najistotniejsze. Znaczniej więcej waży w praktyce fakt, że część wpływowych epidemiologów społecznych i polityków powołując się na krzywą Prestona formułuje żądania likwidacji wszystkich możliwych do usunięcia nierówności w zdrowiu, lub więcej, wszelkich nierówności społecznych. Które nierówności uznać jednak można za „możliwe do uniknięcia”, jeśli przyjmiemy do wiadomości, że możliwości nowoczesnej medycyny, ale także nowoczesnego zdrowia publicznego zależą od postępu nauki i techniki? Czy należy wspierać rozwój technologii medycznych przedłużających życie ludzkie, skoro naturalne procesy biologiczne sprawiają, że osoby starsze z reguły wykazują się gorszym zdrowiem, zatem przedłużając życie zwiększamy nierówności w zdrowiu? Czy różnice w zdrowiu, których być może można by uniknąć (lub przynajmniej je zredukować) zwiększając nakłady na badania nad chorobami rzadkimi uznamy za możliwe do uniknięcia (a zatem niesprawiedliwe), jeśli jednocześnie uświadomimy sobie, że badania te absorbują bardzo dużą część zasobów, zasobów, których nie możemy wykorzystać do eliminacji innych nierówności? Zasadniczy błąd materialnego elitaryzmu polega na utożsamieniu sprawiedliwości społecznej z dążeniem do określonego stanu końcowego w postaci równej dystrybucji zasobów, w tym także zdrowia. Tymczasem sprawiedliwość wyraża się poprzez systemy reguł bazujących na formalnej sprawiedliwości i obowiązującej w państwie prawa równości (Watrin 1980). Nierówność nie musi oznaczać i często po prostu nie oznacza niesprawiedliwości, a każdy, kto jakąś nierówność uznaje za niesprawiedliwą, musi uzasadnić, dlaczego równy lub równiejszy podział byłby bardziej sprawiedliwy (Schmidt 2002). Zdrowie ludzkie i jego ochrona nie stanowią i nie mogą stanowić w tym względzie wyjątku, nawet jeśli zdrowie jest dobrem i wartością szczególną, a nierówności w zdrowiu przekładają się bezpośrednio na nierówność szans partycypacji w życiu społecznym. Przede wszystkim jednak obowiązek nieustannego uzasadniania każdego działania zmierzającego do redukcji nierówności nakłada na liberalne społeczeństwo prawo każdego człowieka do samostanowienia. Państwo narzucające w imię redukcji nierówności każdemu obywatelowi przyjęcie jednakowego, być może nawet bardzo prozdrowotnego stylu życia, pozbawiające obywateli prawa do podejmowania zróżnicowanych wyborów zdrowotnych, z pewnością nie spełnia kryterium bycia państwem wolnych suwerennych obywateli.

Literatura

- Aldridge A. (2006). *Konsumpcja*, tłum. M. Żakowski, Wydawnictwo Sic!, Warszawa.
- Andreyeva T., Long M.W., Brownell K.D. (2010), The impact on food prices on consumption: A systematic review of research on the price elasticity of demand for food, *American Journal of Public Health*, Vol. 100, s. 216-222.
- Baumgartner A., Korff W. (1998). Sozialprinzipien, w: W. Korff, L. Beck, P. Mikat (red.), *Lexikon der Bioethik*, t. 3, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, s. 405–411.
- Beauchamp T.L. (1982), The Allocation of Medical Resources, w: T.L. Beauchamp i W. LeRoy (red.), *Contemporary Issues in Bioethics* (wyd. 2), Wadsworth Publishing Company, Belmont, s. 381–385.
- Breyer F. (2002). Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen: Status Quo und Lösungsmöglichkeiten, w: D. Aufderheide, M. Dabrowski (red.), *Gesundheit – Ethik – Ökonomik*, Duncker & Humblot, Berlin, s. 11–27.
- Buchanan J.M. (1975). The Samaritan's dilemma, w: E.S. Phelps (red.), *Altruism, Morality and Economic Theory*, Russel Sage Foundation, New York, s. 71–85.
- Callahan D. (1987). *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*, Simon and Schuster, New York i in.
- Daniels N. (1985). *Just Health Care (Studies in Philosophy and Health Policy)*, Cambridge University Press, Cambridge – New York – Melbourne.
- Deaton A. (2003), Health, inequality, and economic development, *Journal of Economic Literature*, Vol. 41, Issues 1, s. 113-158.
- Deaton A. (2004), *Health in an Age of Globalization*, Working Paper 10669, national Bureau of Economic Research.
- Dworkin R. (2000). *Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality*, Harvard University Press, Cambridge.
- Evans R.G. (1974). Supplier – induced demand: Some empirical evidence and implications, w: M. Perlman (red.), *The Economics of Health and Medical Care*, Macmillan, London – Basingstoke, s. 162–173.

- Friederich D.N. (2005). *Solidarität und Wettbewerb in der Krankenversicherung*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Falkinger J. (1990). Homo oeconomicus sapiens. Versuche zu einer modernen Volkswirtschaftslehre, *Homo Oeconomicus*, t. 9, z. 1, s. 7–32.
- Freytag A. (2005). *Risikodifferenzierung in der Krankenversicherung*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Fromm E. (1979). *Haben oder Sein*, Deutscher Taschenbuch Verlag, München.
- Grossman M. (1972a). On the concept of health capital and the demand for health, *Journal of Political Economy*, t. 80, nr 2, s. 223–225.
- Hall R.M. (1997). *Making Medical Spending Decisions, The Law, Ethics, and Economics of Rationing Mechanisms*, Oxford University Press, New York i in.
- Hayek F.A. von (1960). *The Constitution of Liberty*, University of Chicago Press, Chicago.
- Hayek F.A. von (1975). *Die Irrtümer des Konstruktivismus und die Grundlagen legitimer Kritik gesellschaftlicher Gebilde*, Mohr Siebeck Verlag, Tübingen.
- Jürges H. (2014), Bildungspolitik versus Gesundheitspolitik – Evidenzbasierte Interventionen gegen Ungleichheit in Gesundheit, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, Band 15, Heft 3, s. 246-255.
- Kersting W. (2002). Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung, w: O. Schöffski i J.-M. von der Schulenburg (red.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, Springer Verlag, Berlin i in., s. 25–49.
- Kiepas A. (2000). Rozum i racjonalność – tradycja, współczesne przemiany i wyzwania, w: L.W. Zacher (red.), *Racjonalność myślenia, decydowanie i działanie*, Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa, s. 19–32.
- Krämer W. (1989). *Die Krankheit des Gesundheitswesens, Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin*, S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main.
- Lebergott S. (1993). *Pursuing Happiness: American Consumers in the Twentieth Century*, Princeton University Press, Princeton, NJ.

- Maynard A. (1988). Öffentliche und private Steuerung des Gesundheitswesens. Die Erfahrungen in den USA und in England, w: H.-M.Sass (red.), *Ethik und öffentliches Gesundheitswesen. Ordnungsethische und ordnungspolitische Einflußfaktoren im öffentlichen Gesundheitswesen*, Springer Verlag, Berlin i in., s. 207–235.
- Meyer E.C. (2002). Zur Zustimmungsfähigkeit von Gesundheitssystemen, w: D. Aufderheide, M. Dabrowski (red.), *Gesundheit – Ethik – Ökonomik*, Duncker & Humblot, Berlin, s. 29–38.
- Mises L. von (1933). *Grundprobleme der Nationalökonomie – Untersuchungen über Verfahren, Aufgaben und Inhalte der Wirtschafts- und Gesellschaftslehre*, Jena.
- Mises L. von (1956/2005). *Mentalność antykapitalistyczna*, tłum. J.M. Małek (wyd. 2), Wydawnictwo Arcana, Kraków.
- Oettle K. (2006). Zusammenhänge zwischen Marktöffnungen und Regulierungen im Gesundheitswesen im Hinblick auf den Bürger (Thesen), w: G.E.Braun, F. Schulz-Nieswandt (red.), *Liberalisierung im Gesundheitswesen*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, s. 19–25.
- Pauly M.V. (1988). Is medical care different? Old questions, new answers, w: W. Greenberg (red.), *Competition in the Health Care Sector: Ten Years Later*, Duke University Press, Durham – London, s. 5–15.
- Petersen H.-G. (1993b). *Ökonomik, Ethik und Demokratie*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Piketty T. (2014), *Capital in the Twenty-First Century*, Harvard University Press, Cambridge MA (polskie tłumaczenie: *Kapitał w XXI wieku*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej Warszawa 2015).
- Platt J. (1971). *Social Research in Bethnal Green: An Evaluation of the Work of the Institute of Community Studies*, Macmillan, London.
- Popper K. (1945/2003), *Die offene Gesellschaft und ihre Feinde*, t. 1 i 2, Mohr Siebeck Verlag, Tübingen.
- Rawls J. (1975). *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Suhrkamp, Frankfurt.

- Rawls J. (2001). *Justice as Fairness, A Restatement*, Harvard University Press, Cambridge, MA – London.
- Reinhardt U.E. (1985) The theory of physician-induced demand: Reflections after a decade, *Journal of Health Economics*, t. 4, nr 2, s. 187–193.
- Rice T.H., Labelle R.J. (1989). Do physicians induce demand for medical services?, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, t. 14, nr 5, s. 587–600.
- Rist G. (2015), *Urojenia ekonomii*, Instytut Wydawniczy Książka i Prasa, Warszawa.
- Ruckdäschel S. (2000). *Wettbewerb und Solidarität im Gesundheitswesen*, Verlag P.C.O., Bayreuth.
- Schmidt V.H. (2002). Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin: Anmerkungen zum sozialemischen Ansatz, w: D. Aufderheide, M. Dabrowski (red.), *Gesundheit – Ethik – Ökonomik*, Duncker & Humblot, Berlin, s. 181–188.
- Sen A. (1980). Equality of what?, w: S.M. McMurrin (red.), *The Tanner Lecture on Human Values*, t. 1, Cambridge University Press, Cambridge, s. 197–220.
- Sen A. (1985). *Commodities and Capabilities*, North-Holland, Amsterdam.
- Smith A. (1776/1954). *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*, tłum. G. Wolff, O. Einfeld, Z. Sadowski, PWN, Warszawa.
- Sowada C. (2000), *Grundversorgung mit Gesundheitsleistungen in einer Krankenversicherung*, Verlag P.C.O., Bayreuth.
- Sowada C. (2013), *Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczeniach zdrowotnych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Stiglitz J. (2012), *The Price of Inequality. How Today's Divided Society Endangers Our Future*, W.W. Norton & Company, New York, London (polskie tłumaczenie: *Cena nierówności. W jaki sposób dzisiejsze podziały społeczne zagrażają naszej przyszłości*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej Warszawa 2015).
- Tobin J. (1970). On limiting the domain of inequality, *Journal of Law and Economic*, t. 13, nr 2, s. 263–277.

- Veatch R.M. (1976). What is a „just” health care delivery system?, w: R.M. Veatch, R. Branson (red.), *Ethics and Health Policy*, Ballinger Publishing Co., Cambridge, MA, s. 127–153.
- Wagner G. (2003). Zur Entwicklung des Leistungskatalogs eines gesetzlich regulierten Krankenversicherungssystems – Inwieweit sind Leistungs-Ausschlüsse sinnvoll?, w: E. Wille (red.), *Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, s. 51–66.
- Watrin C. (1980). Zur sozialen Dimension marktwirtschaftlicher Ordnung, w: E. Streissler, C. Watrin (red.), *Zur Theorie marktwirtschaftlicher Ordnung*, Mohr Siebeck Verlag, Tübingen, s. 476–501.
- White S. (2008). *Równość*, tłum. M. Wilk, Wydawnictwo Sic!, Warszawa.
- Wiemeyer J. (1984). *Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung in der Bundesrepublik Deutschland*, Duncker & Humblot, Berlin.
- Wiemeyer J. (2002). Dimensionen und Perspektiven der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen (Korreferat), w: D. Aufderheide, M. Dabrowski (red.), *Gesundheit – Ethik – Ökonomik*, Duncker & Humblot, Berlin, s. 169–180.
- Wilkinson R., Pickett K. (2009), *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, Allen Lane (polskie tłumaczenie: *Duch Równości. Tam gdzie panuje równość wszystkim żyje się lepiej*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011).
- Young M., Willmott P. (1957/1992). *Family and Kinship in East London*, University of California Press, Berkeley – Los Angeles.

11. Ocena efektywności oraz efektywności kosztowej programów zdrowotnych

Roman Topór-Mądry

Wstęp

W obliczu starzenia się populacji, wzrostu oczekiwań w stosunku do opieki zdrowotnej, a także rozwoju technologii i zwiększania się jej kosztów, w coraz większym stopniu podstawowymi kryteriami zasadności wdrażania programów zdrowotnych powinny być te związane z ich skutecznością a także opłacalnością ekonomiczną. Zasoby przeznaczane na opiekę zdrowotną nie rosną tak szybko jak potrzeby, popyt i koszty zatem decyzje o wyborze programu zdrowotnego powinny mieć solidne fundamenty efektywności klinicznej oraz ekonomicznej.

Po rzetelnie przeprowadzonej ocenie potrzeb zdrowotnych, która daje odpowiedź w jakich obszarach opieka zdrowotna może być bardziej skuteczna i dostępna wydaje się, że jest sprawą oczywistą by metody jej poprawy same też miały pewność efektywności.

Ocena czy program zdrowotny przynosi spodziewane efekty lub czy w ogóle przynosi efekty w postaci zmiany liczby osób chorujących lub narażonych była pierwszym zadawanym pytaniem po 1990 roku, czyli po pojawieniu się idei medycyny opartej na faktach (ang. *evidence based medicine, EBM*). W ciągu kolejnych lat dołączono do niego konieczność efektywności ekonomicznej, której celem jest maksymalizacja zysku w stosunku do efektów zdrowotnych przy uwzględnieniu dostępnych zasobów. Analiza ekonomiczna polega na porównaniu ocenianej technologii medycznej z odpowiednim komparatorem (inną technologią) pod względem kosztów i konsekwencji zdrowotnych i pozwala na decyzję odnośnie najlepszego ekonomicznie programu zdrowotnego. Interwencja jest uznana za efektywną kosztowo, jeśli wynik jest warty poniesienia kosztów w odniesieniu do porównywalnych alternatyw. Innymi słowy, w ustaleniu narzędzi programu zdrowotnego które mają na celu zaspokojenie zdiagnozowanych potrzeb zdrowotnych ograniczone zasoby będące w dyspozycji systemu ubezpieczeń, decydentów zdrowotnych i politycznych powinny być alokowane tak, by uzyskać za to największą korzyść zdrowotną.

Wyzwania metodologiczne dotyczące oceny efektywności jak również efektywności kosztowej interwencji w zakresie populacyjnych programów zdrowotnych są znane od dawna i szeroko opisywane. Problemem podstawowym jest czas trwania programów w stosunku do efektów oczekiwanej interwencji: nie sposób się spodziewać, że w ciągu 3 letniego programu możliwe będzie osiągnięcie zmian we wskaźnikach umieralności lub nawet zapadalności o znaczącej wartości, albo nawet takiej, która będzie możliwa do wykrycia i przypisania tej właśnie interwencji. Również inne parametry związane ze zdrowiem, a nieco łatwiejsze do obliczeń, jak np. utracona produktywność lub liczba dni zwolnień lekarskich (związana z niezdolnością do pracy) wymagają szczegółowej analizy i narzędzi do gromadzenia danych, w tym np. elektronicznych baz gromadzących w rutynowym modelu dane związane ze świadczeniami, zwolnieniami, itp. Wreszcie trudno przeprowadzać przeglądy systematyczne i metaanalizy programów zdrowotnych: różne podejścia do problemu oraz zastosowane różne metody powodują, że brak jest jednolitych, a zwłaszcza ilościowych matematycznych kryteriów oceny i zatem spójnych wniosków.

Praktyka oparta na faktach (ang. *evidence based practice, EBP*), a również oparte na faktach działania w zakresie zdrowia publicznego oznaczają podejmowanie decyzji na podstawie najlepszego dostępnego dowodu naukowego przy użyciu danych i informacji systematycznie gromadzonych oraz systemów planowania programów, włączeniu społeczeństwa w proces podejmowania decyzji, odpowiedniej ewaluacji oraz propagowaniu wiedzy, która została nabyta w tym procesie⁹⁹. Strategia prewencyjna oparta na faktach to programy i polityki, które były ocenione i wykazały efektywne działanie w zakresie problemów zdrowotnych, oparte w większym stopniu na najlepszych dostępnych dowodach badawczych niż na osobistych przeświadczeniach lub spekulacjach¹⁰⁰.

⁹⁹ Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM, Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice, *Annu Rev Public Health.* 2009;30:175-201

¹⁰⁰ Guide to evidence-based prevention, Health Policy Institute of Ohio, 2013

Ocena efektywności w interwencjach zdrowotnych

Pojęcie efektywności

W praktyce programów zdrowotnych wykorzystywane są przede wszystkim dwa pojęcia: siły dowodu naukowego w zakresie określania związku pomiędzy działaniem i skutkiem oraz efektywności, czyli zdolności do wpływania na rezultat. Podejmując działania w zakresie zdrowia populacji należy sobie odpowiedzieć na pytanie czy program zdrowotny był oceniany pod względem efektywności? Jak silne są dowody, że przynosi on oczekiwane skutki? Być może są analizy wskazujące, że nie przyniósł żądanych rezultatów? I wreszcie, czy program nie ma efektów ubocznych, które są niekorzystne? Być może nie udaje się znaleźć w ogóle analizy efektywności i pozostaje ona nieznaną.

W działaniach dotyczących zdrowia na poziomie populacji należy opierać się na najlepszych dowodach naukowych, określonych przez zasady dotyczące wpływania na zdrowie jednostki i opisywane przez medycynę opartą na faktach (EBM) i ocenę technologii medycznych (ang. health technology assessment, HTA). Ponieważ jednak działania w zakresie interwencji populacyjnych nie poddają się łatwo rygorom badawczym stosowanym w badaniach klinicznych, postuluje się uwzględniać w pewnym zakresie również dowody oparte na doświadczeniu ekspertów (są to doświadczenia osób zawodowo związanych z działaniami w danym zakresie, ich umiejętności i ekspertyzę nabytą wraz z czasem pracy w tej dziedzinie, niekiedy nazywaną wiedzą intuicyjną) oraz dowody kontekstualne, które są oparte na ocenie czy proponowana strategia jest użyteczna, możliwa do wdrożenia lub też czy będzie zaakceptowana przez daną społeczność. Te inne kategorie dowodów poza dowodami ściśle badawczymi są istotne szczególnie przy braku naukowych analiz efektywności. Nie zmienia to faktu, że w dobie podejmowania decyzji opartych na dowodach (ang. *evidence based decision making*, *EBDM*), w pierwszej

kolejności należy poszukiwać najwyższej jakości dowodów naukowych skuteczności programów zdrowotnych ^{101, 102, 103, 104} (Rysunek 1).



Według: Puddy, R. W. & Wilkins, N. (2011). *Understanding Evidence Part 2: Best Available Research Evidence. A Guide to the Continuum of Evidence of Effectiveness*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

Rysunek 1. Kategorie dowodów w badaniach zdrowotnych

Pojęcie przyczynowości istniało w rozważaniach badawczych na gruncie filozofii od zawsze, choć w zasadzie dopiero David Hume poddał je właściwej rewizji, stwierdzając, że drugie zjawisko, które następuje po pierwszym, może być uznawane za skutek pierwszego (przyczyny) wyłącznie na podstawie subiektywnych wrażeń. Nawet regularne współwystępowanie tych zjawisk w następstwie czasowym nie musi być oparte na związku

¹⁰¹ Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L., & Law, S. (2005). *Conceptualizing and combining evidence for health system guidance*. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation

¹⁰² Canadian Health Services Research Foundation (January, 2006). *Weighing up the evidence: Making evidence-informed guidance accurate, achievable, and acceptable. A summary of the workshop held on September 29, 2005*. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation

¹⁰³ Puddy, R. W. & Wilkins, N. (2011). *Understanding Evidence Part 1: Best Available Research Evidence. A Guide to the Continuum of Evidence of Effectiveness*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

¹⁰⁴ Satterfield JM, Spring B, Brownson RC, et al. Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *Milbank Q.* 2009; 87 (2): 368 – 390.

przyczynowym¹⁰⁵. Sceptycyzm Hume'a na szczęście zakwestionował Kant, przyjmując przyczynowość jako kategorię a priori, i uznając, że wszędzie gdzie jest zmiana będzie zachodził związek przyczynowo-skutkowy¹⁰⁶. W nowożytnej medycynie sformułowane przez Henlego i Kocha postulaty dotyczyły chorobotwórczych drobnoustrojów i ich wpływu na pojawienie się choroby. Uważali oni, że zarazek musi znajdować się w organizmie chorego, natomiast nie występuje u osób zdrowych¹⁰⁷. Usunięcie drobnoustroju z organizmu powoduje zdrowienie a zainfekowanie wyhodowaną in vitro kulturą bakterii zdrowego człowieka skutkuje wystąpieniem choroby o tych samych objawach. Postulaty te mimo, że generalnie prawdziwe mają jednak wiele ograniczeń, bowiem zachorowalność zależy również od innych czynników niż obecność zarazka. Tym bardziej trudno je odnieść do chorób niezakaźnych oraz narażenia związanego z czynnikami ryzyka. W 1965 dr Bradford Hill opublikował rozważania nad związkiem przyczynowo-skutkowym, gdzie zawarł kilka postulatów przyjętych później w naukach medycznych nad badaniami dotyczącymi możliwych przyczyn choroby. Były to siła związku, zgodność wyników w różnych rodzajach badań, specyficzność, czyli ograniczenie związku do określonego narażenia i choroby, sekwencja czasowa narażenia i wyniku, gradient biologiczny oznaczający związek skutków z intensywnością i czasem trwania narażenia, teoretyczna zasadność biologiczna, istnienie dowodu eksperymentalnego oraz analogia¹⁰⁸. Jednak jak stwierdził ich autor "Żaden z tych dziewięciu punktów widzenia nie może dostarczyć niepodważalnego dowodu na hipotezę przyczynowo-skutkową lub przeciw niej. Co mogą zrobić, z większą lub mniejszą siłą, to odpowiedzieć na podstawowe pytanie - czy jest jakiś inny sposób wyjaśnienia faktów czy inne wyjaśnienie jest równie lub bardziej prawdopodobne niż związek przyczyna i skutek"¹⁰⁹. Również i one podlegają ciągłej dyskusji. W odniesieniu do kryteriów Hilla podnoszono m.in. kwestię scenariuszy

¹⁰⁵ Hume David, *An Inquiry Concerning the Principles of Morals*, [w:] Hume D., *The Philosophical Works of David Hume. Including all the Essays, and exhibiting the more important Alterations and Corrections in the successive Editions by the Author. In Four Volumes. T. 4*, Edinburgh 1826, s. 227 – 365.

¹⁰⁶ Immanuel Kant *O potędze ducha czyli jak panem być chorobliwych uczuć przez samo tylko postanowienie*, tłum. Adam Stögbauer, Lwów, 1913.

¹⁰⁷ Koch, Robert: „Die Ätiologie der Tuberkulose“, in: *Gesammelte Werke von Robert Koch*, red. Julius Schwalbe, Bd 1., Leipzig: Verlag von Georg Thieme, 1912 (1884), S. 467–565.

¹⁰⁸ Hill, AB, *The environment and disease; association or causation?* *Proc R Soc Med* 1965;58:295-300.

¹⁰⁹ Doll, R. (1991). *Sir Austin Bradford Hill and the progress of medical science*. *British Medical Journal*, 305, 1521-1526.

alternatywnych jako podstawy każdego z nich, istnienia czynników zakłócających i błędów a także traktowaniu ich jako propozycji a nie wniosków^{110,111,112}.

Ocenę wiarygodności skutków interwencji można przedstawić w formie dwóch aspektów¹¹³:

1. Opis dowodu badawczego, obszary:
 - a. model badania (dowód z dostępnych najlepszych modeli badawczych, według hierarchii ich przydatności do oceny związku przyczynowo-skutkowego),
 - b. trafność wewnętrzna badania (czy pomiary były trafne i właściwie interpretowane),
 - c. spójność wyników w badaniach oraz liczba dowodów/badań (jedno badanie, ale znacznej wielkości versus liczne badania średniej wielkości grupy, wyniki zgodne versus niezgodne),
 - d. stopień wpływania na zdrowie, wielkość efektu (analizy ryzyka bezwzględnego oraz względnego, małe zmiany versus duże),
 - e. trafność zewnętrzna (do jakiego stopnia badanie może być zastosowane w codziennej praktyce z takim samym efektem jak w modelu badawczym oraz w populacji szerszej niż badana?).
2. Ocena dowodu badawczego
 - a. poziom pewności co do kierunku i wielkości efektów zdrowotnych po szerokim zastosowaniu interwencji: w zakresie korzyści i możliwych niekorzystnych efektów zdrowotnych.

Typowe źródła dowodów dla programów zdrowotnych to przeglądy systematyczne i metaanalizy, artykuły w czasopismach naukowych, które zostały opublikowane po ocenie jakości przez najczęściej co najmniej dwóch ekspertów, dane epidemiologiczne, które mogą

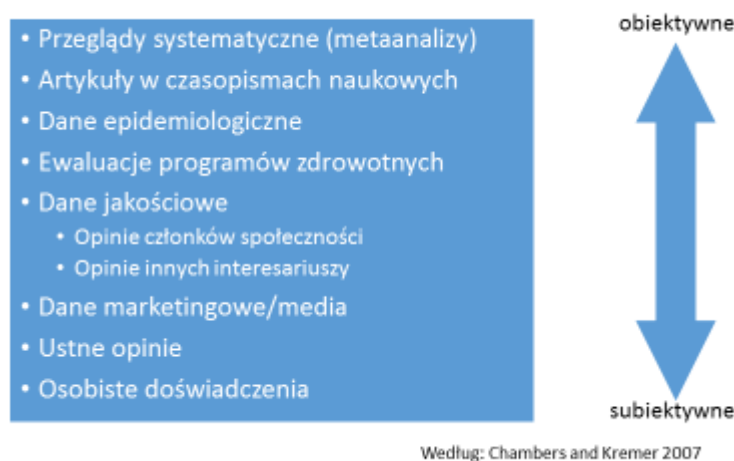
¹¹⁰ Höfler M (2005). "The Bradford Hill considerations on causality: a counterfactual perspective?". *Emerging themes in epidemiology*. 2 (1): 11.

¹¹¹ Potischman N, Weed DL (1999). "Causal criteria in nutritional epidemiology". *Am J Clin Nutr*. 69 (6): 1309S–1314S.

¹¹² Fedak et al., Applying the Bradford Hill criteria in the 21st century: how data integration has changed causal inference in molecular epidemiology, *Emerg Themes Epidemiol* (2015) 12:14.

¹¹³ Harris RP, Helfand M, Woolf SH, et al.: Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med* 20 (3 Suppl): 21-35, 2001.

sugerować wystąpienie związku czasowego pomiędzy interwencją a efektem. Bogatym źródłem wiedzy są ewaluacje już przeprowadzonych programów zdrowotnych, w których poświęcono odpowiednią uwagę ocenie efektów, wreszcie dane jakościowe, takie jak opinie społeczności, interesariuszy. Można też korzystać z danych marketingowych, medialnych oraz ustnych opinii pojedynczych osób lub nawet korzystać z osobistych doświadczeń i wniosków. To bogactwo źródeł wiedzy ma różną wartość w zakresie dowodzenia związku przyczynowo-skutkowego i zatem efektów działania programu. O ile np. przeglądy systematyczne są materiałem obiektywnym i naukowym to osobiste wrażenia pozostają subiektywne i o nieokreślonej trafności¹¹⁴ (Rysunek 2).



Rysunek 2. Źródła dowodów dla programów zdrowotnych

Hierarchia dowodów naukowych oraz warunki zastosowania wg zasad EBM

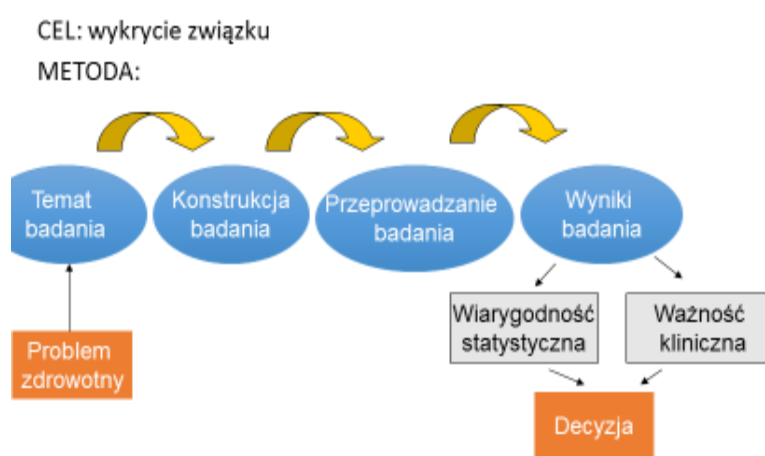
Z punktu widzenia siły dowodu naukowego można wskazać na hierarchię ważności typów badań, które są w stanie określić związek przyczynowo-skutkowy lub dają mocne przesłanki za wystąpieniem takiego związku, wreszcie mogą jedynie wskazywać na kierunek dalszych badań w celu określenia tego związku:

- meta-analiza (badań RCT),

¹¹⁴ Chambers D , Kerner J. Closing the gap between discovery and delivery. Dissemination and Implementation Research Workshop: Harnessing Science to Maximize Health, Rockville, MD, 2003.

- randomizowane badanie kontrolowane (RCT),
- badanie kontrolowane bez randomizacji,
- badania prospektywne (np. kohortowe),
- badania retrospektywne (np. kliniczno-kontrolne),
- rejestry chorób i zgonów,
- opisy przypadków klinicznych.

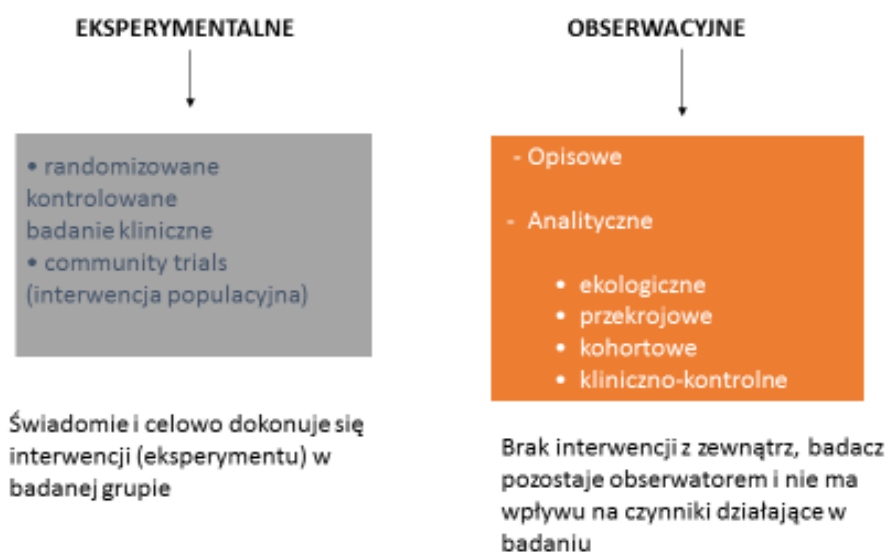
W zasadach EBM dowód naukowy to ważne badanie naukowe (Rysunek 3). Badanie naukowe wymaga postawienia precyzyjnego zapytania naukowego, określenia grupy badawczej, rodzaju badania, czynników ekspozycyjnych lub interwencji, ustalenia tzw. punktów końcowych (np. stężenie czynnika we krwi, jakość życia, zachorowanie na określoną chorobę, zgon) oraz zaplanowania sposobu wyciągania wniosków i analizy możliwych błędów. Dopiero wówczas można przystąpić do praktycznej realizacji badania przez podjęcie interwencji jeśli taką zaplanowano, gromadzenie danych, a następnie do analiz statystycznych. Wyciąganie wniosków i odnoszenie wyników do badań porównawczych to ostatni element badania naukowego.



Rysunek 3: Model badania naukowego

W zależności od metodyki klasyfikuje się badania jako obserwacyjne (bez podjęcia ingerencji przez obserwatora w trakcie badania) i eksperymentalne (z interwencją) (Rysunek 4). Z kolei badania obserwacyjne mogą mieć charakter opisowy (np. prezentacja przypadków klinicznych, rozpowszechnienia choroby lub trendów w czasie) lub analityczny (analizujące związek pomiędzy czynnikiem ekspozycyjnym a chorobą).

Wśród tych ostatnich na szczególną uwagę zasługują badania prospektywne (np. kohortowe), które podejmują obserwację osób zdrowych (zarówno narażonych jak i nienarażonych) i określają ryzyko zachorowania w zależności od czynnika ekspozycyjnego. Jednak te badania nie pozwalają na określenie ścisłego związku przyczynowo-skutkowego, a jedynie zależność występowania dwóch cech (narażenia i choroby). Jest to spowodowane trudnością w kontrolowaniu dodatkowych czynników mogących mieć wpływ na występowanie choroby, tzn. nie jest możliwe określenie wszystkich takich potencjalnych czynników w toku procesu badawczego (tzn. czynników zakłócających, *ang. confounding*). Można sobie wyobrazić, iż takich czynników są setki lub nawet tysiące, w stosunku do niektórych cech nie ma możliwości obiektywnego pomiaru, wreszcie wymagałoby to bardzo wielkich prób badawczych (im więcej analizowanych cech tym większa wymagana liczebność próby). Nawet przy pokonaniu wspomnianych problemów pozostaje jeszcze jeden: możemy monitorować cechy, które znamy ale w powstawaniu badanej choroby może uczestniczyć czynnik, który nie został jeszcze rozpoznany. Zatem, ze wspomnianych wyżej przyczyn badania obserwacyjne nie są w stanie umożliwić wskazania „przyczyny” choroby, a jedynie „związek” który może, ale nie musi być związkiem przyczynowo-skutkowym. Aby uniknąć wpływu tych czynników na badany efekt zaprojektowano randomizowane badanie kontrolowane (pierwsze opublikowano w 1948 roku), które stanowi obecnie model określania najlepszego dowodu w badaniach medycznych.



Rysunek 4. Modele badań naukowych

Jak wskazano powyżej, w hierarchii dowodów randomizowane badanie z grupą kontrolną jest najwyższym ocenianym dowodem badawczym w naukach o zdrowiu. Jest to badanie prospektywne oceniające związek przyczynowo-skutkowy, poprzez kontrolę wszystkich czynników zakłócających występujących w analizowanej relacji przyczyna-choroba lub leczenie-zdrowienie. Kontrola albo jest bezpośrednia – możemy ocenić ich występowanie w obu grupach, lub pośrednia – randomizowany sposób podziału na grupy zakłada, że te których nie możemy kontrolować fizycznie rozkładają się losowo w porównywanych grupach. Z tego powodu, że badanie eksperymentalne jest badaniem interwencyjnym, a więc takim, gdzie obserwator dokonuje interwencji, np. podania środka farmakologicznego lub zastosowania interwencji populacyjnej u ludzi nie jest możliwe podawanie w celach badawczych czynników potencjalnie szkodliwych. Do oceny szkodliwości wykorzystuje się badania obserwacyjne (bez interwencji), gdzie obserwator tylko rejestruje zachowania grupy badanej (np. fakt palenia papierosów) i następnie odnosi do możliwych efektów (np. występowania POCHP). W ramach rygorów badawczych określonych przez komisję bioetyczną możliwe są także badania skutków substancji szkodliwych na zwierzętach.

Aby właściwie zastosować badanie w konkretnej sytuacji zdrowotnej potrzebny jest także drugi element EBM – wiedza i doświadczenie osoby lub zespołu, który podejmuje decyzję o wyborze interwencji, określony krytyczną oceną (ang. *critical appraisal*) przydatności. Ocena krytyczna według zasad EBM zastosowania dowodu naukowego odnosi się do ważności dowodu, kompletności jego implementacji i aplikowalności w praktyce. Trzecim warunkiem EBM jest zgoda pacjenta, lub w przypadku programów zdrowotnych, akceptowalność wśród populacji, gdzie będzie zastosowana interwencja. Jak wspomniano wyżej badania w zdrowiu publicznym są szczególnym wyzwaniem dla tej metodologii m.in. z powodu trudności w maskowaniu badania, złożoności warunków porównawczych oraz możliwości zastosowania^{115, 116}.

¹¹⁵ Armstrong R, Jackson N, Doyle J, Waters E, Howes F. It's in your hands: the value of handsearching in conducting systematic reviews of public health interventions. *J Public Health (Oxf)* 2005; 27: 388 - 9

¹¹⁶ Peersman G, Oliver S, Oakley A. Systematic reviews of effectiveness. In: Oliver S, Peersman G, eds. *Using research for effective health promotion*. Buckingham, UK: Open University Press; 2001. pp. 100 - 1.

Badania eksperymentalne z grupą kontrolną oraz randomizacją

*- jako przykład badania określającego związek przyczynowo-skutkowy,
a więc i efektywność interwencji*

Badanie eksperymentalne jest badaniem interwencyjnym, czyli takim, gdzie na osobę lub populację wywierane jest jakieś działanie, które ma na celu przynieść określone skutki. Na podstawie badania eksperymentalnego, przy zachowaniu pewnych warunków można oceniać występowanie związku przyczynowo-skutkowego, tzn. osiągniętemu efektowi można przypisać w sposób jednoznaczny jego przyczynę albo też inaczej mówiąc być pewnym, że określone działanie zaowocowało danym efektem. Oczywiście, zarówno sposób przeprowadzenia interwencji jak i otoczenie musi być dokładnie takie jak podczas badania.

Jednym z warunków oceny związku przyczynowo-skutkowego jest występowanie grupy kontrolnej. Grupa kontrolna to grupa osób lub część populacji, na którą nie będzie oddziaływała interwencja (np. nie będzie prowadzonych działań promocji zdrowia), ale będzie ona poddawana takim samym działaniom zewnętrznym (działaniami poza badaniem, np. wpływ ogólnodostępnych środków masowego przekazu, wpływ mody, itp.). Obecność grupy kontrolnej umożliwi porównanie zmiany w grupie poddawanej interwencji oraz jej nie poddawanej. Na przykład jeśli wzrost aktywności fizycznej w grupie interwencji osiągnął 20% a w grupie kontrolnej 5% to różnica w tym zakresie (15%) będzie miarą efektu programu promocji zdrowia. Drugim ważnym elementem oceny związku przyczynowo-skutkowego jest randomizacja. Oznacza ona, że przypisanie osoby (bądź populacji) do grupy, w której będzie przeprowadzany program interwencyjny lub grupy kontrolnej jest losowe. Losowanie zapewnia taki sam rozkład w grupach interwencji i kontrolnej różnych czynników, które mogą być przyczyną na przykład we wspomnianym przykładzie zmiany w aktywności fizycznej z innych powodów niż podjęta interwencja. Na przykład jeśliby uznać, że na działania interwencyjne będzie mniej podatna grupa osób starszych (w ramach działań będzie się odbywać np. promocja przez media społecznościowe) i te osoby byłyby w grupie interwencji natomiast w grupie kontrolnej byłyby osoby młodsze, to takie przeprowadzenie badania dyskwalifikuje je z wszelkich porównań efektywności. Zatem, po randomizacji grupy te są identyczne pod względem każdej cechy (zależne to jest od wielkości próby, im próba większa, tym grupy bardziej podobne), oprócz faktu stosowania interwencji. Dzięki zapewnieniu porównywalności grup można porównywać wyniki i wnioskować, że różnica w efekcie

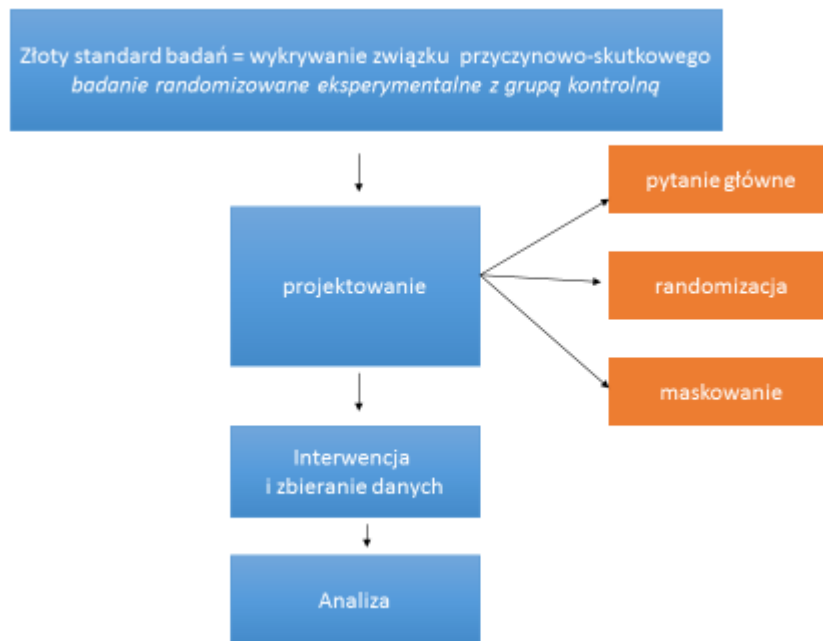
interwencji została spowodowana wyłącznie przez jej działanie.

Trzecim ważnym elementem oceny związku przyczynowo-skutkowego jest maskowanie, tzn. zastosowanie tzw. ślepej próby (ang. *blinding*). Maskowanie zapobiega powstawaniu błędów wskutek „życzeniowej” interpretacji obserwowanych objawów i wyników badania i sugestii (tzw. efektu placebo). W klasycznych badaniach klinicznych, z interwencją w postaci leku stosuje się maskowanie:

- pojedyncze (osoba poddawana interwencji nie wie, czy otrzymuje leczenie czy placebo);
- podwójne (osoba poddawana interwencji oraz osoba stosująca interwencję i oceniająca efekt nie wiedzą, czy pacjent otrzymuje leczenie czy placebo);

W praktyce programów zdrowotnych ten element jest trudny do osiągnięcia. Osoba, która zwiększa aktywność fizyczną ma tego świadomość, osoba która uczęszcza na kursy gotowania, które mają wspomóc zmianę diety również. Niemniej jednak wydaje się, że w niektórych programach populacyjnych, np. akcjach promocji zdrowia w mass mediach mających na celu zmianę stylu życia możliwość wystąpienia efektu placebo jest nikłe i brak maskowania nie musi wpływać w nich na ocenę efektywności. Generalnie wskazane byłoby by grupy interwencji i kontroli były wyraźnie rozdzielone przestrzennie.

Ważnym elementem działań interwencyjnych jest zapewnienie bezpieczeństwa populacji im poddanej. W programach zdrowotnych grupa osób poddawana interwencji musi być tak dobrana, by zapewnić potencjalnie optymalne działanie i brak możliwych efektów ubocznych. Jednocześnie badanie musi umożliwiać generalizowanie wyników na całą populację.



Rysunek 5. Model badania randomizowanego eksperymentalnego z grupą kontrolną

Badanie randomizowane eksperymentalne z grupą kontrolną jest najczęściej stosowane w ocenie skuteczności leku versus placebo, w porównywaniu skuteczności dwóch leków. Stosuje się je także przy określaniu czy porównywaniu skuteczności niefarmakologicznych sposobów leczenia (np. rehabilitacji, modyfikacji stylu życia, takich jak aktywność fizyczna czy dieta). Jak wcześniej wspomniano, w takich przypadkach trudno jest zachować warunek maskowania badania w celu kontroli efektu placebo. Tego typu badania eksperymentalne, pozbawione elementu „ślepej próby” w dalszym ciągu mogą być randomizowane (losowo dobrane osoby do grupy zmieniającej dietę i grupy bez jej zmiany), niemniej jednak pozostają w hierarchii dowodowej niżej od badań zaślepionych.

Należy zauważyć, że w tym modelu badania nie występują obiekty przytaczane zwykle w odniesieniu do badań obserwacyjnych w kontekście określania związku przyczynowo-skutkowego. Randomizacja, przeprowadzona poprawnie na odpowiednio licznej próbie badawczej zapewnia identyczność grupy interwencji i kontroli nawet dla czynników mogących mieć wpływ na efekt leczenia, ale obecnie pozostających nieznanymi. Jest wszakże jeszcze jeden warunek, który pozwala doprowadzić te założenia do szczęśliwego końca: grupy badawcze (interwencja i kontrola) powinny zostać kompletne do końca badania, tzn. osoby do nich przypisane powinny ukończyć badanie.

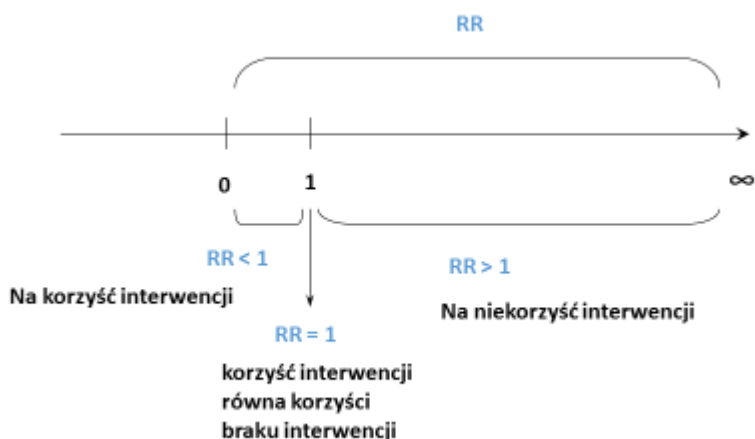
W praktyce jest do warunków trudny do zrealizowania, zwłaszcza w badaniach liczniejszych, dłuższych lub w przypadku cięższych chorób. Tzw. „wypadnięcie” (ang. Drop-out) z badania może być spowodowane rezygnacją, wyjazdem, pogorszeniem się stanu chorego lub nawet zgonem (również z innej przyczyny) i stanowi główne wyzwanie dla badaczy oraz analiz statystycznych. W programach populacyjnych lub nakierowanych na styl życia najczęściej jednak jest wywołane zniechęceniem do uczestniczenia w aktywnościach programu.

Parametry efektywności

Analiza wyników badania eksperymentalnego opiera się na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia efektu w grupie poddanej interwencji oraz w grupie, u której zastosowano placebo (brak interwencji, interwencja alternatywna).

Ryzyko względne, podstawowa miara skuteczności stosowanej interwencji, jest stosunkiem ryzyka niekorzystnego zdarzenia¹¹⁷, któremu ta interwencja ma zapobiegać (np. zgonowi) w grupie interwencji (ekspozycji) i ryzyka tego zdarzenia (zgonu) w grupie kontrolnej. Często tą grupą kontrolną jest grupa bez interwencji lub grupa z interwencją przeprowadzaną przy zastosowaniu placebo. Ryzyko względne może przyjmować wartości w zakresie od bliskich zeru do nieskończoności. W przypadku gdy ryzyko względne wynosi 1, świadczy to, że korzyść ze stosowania interwencji jest równa korzyści z jej niestosowania. Wartości RW mniejsze od 1 świadczą o korzystnym wpływie interwencji, wartości powyżej 1 o wpływie niekorzystnym.

¹¹⁷ Można oczywiście analizować zjawiska korzystne - wtedy budowa ułamka powinna zostać odpowiednio dostosowana



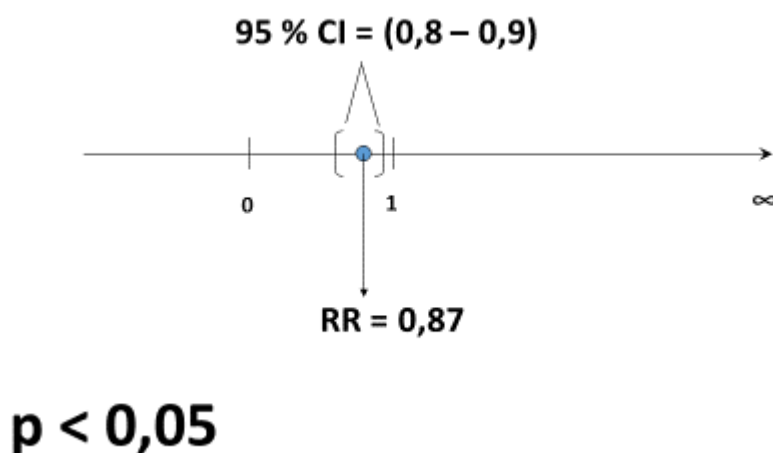
Rysunek 6. Zakres wartości ryzyka względnego

W badaniu randomizowanym kontrolowanym dodatkowo można określić inne wskaźniki efektywności:

- RRW – redukcja ryzyka względnego ($1 - RW$) wskazuje, jaką część ryzyka usunięto na skutek interwencji (ang. *Relative Risk Reduction, RRR*)
- ARR – zmniejszenie ryzyka bezwzględnego (różnica: $R_k - R_e$) określa różnicę w ryzyku w grupie kontrolnej i w grupie interwencji (ang. *Absolute Risk Reduction, ARR*).
- NNT ($1/ARR$) – jest to liczba osób, które należy poddać interwencji, aby zapobiec jednemu wynikowi negatywnemu (ang. *Number Needed to Treat*). W skali interwencji populacyjnych wskaźnik ten jest szczególnie przydatny. Pokazuje konieczną skalę interwencji w populacji oraz efekt jaki ta interwencja przyniesie. Jest także ważny z punktu widzenia określania kosztu interwencji w celu uzyskania jednego efektu zdrowotnego. Na przykład w przypadku gdy interwencji należy poddać 1000 osób, by uratować jedną przed zgonem, a koszt interwencji na osobę wynosi 10 zł, to koszt uratowania jednej osoby wyniesie $10\text{zł} \times 1000 \text{osób} = 10\,000 \text{zł}$.
- p (istotność statystyczna) oraz 95% CI (przedział ufności, ang. *confidence interval*) - to niezwykle istotne parametry statystyczne, które pokazują na ile wartość efektu określona poprzez RW może być zmienna podczas powtarzania eksperymentu. Uważa się w naukach medycznych, że jeżeli przy 100 ponawianych eksperymentach w 95 przypadkach interwencja przyniesie taki sam skutek (np. pozytywny,

zmniejszy się liczba zgonów) to jest ona skuteczna (stąd 95% CI). Zatem 5% może przynieść inny rezultat i jest to dopuszczalna wartość błędu wnioskowania ($p < 0,05$). Parametry te pokazują, że nawet jeśli interwencja będzie powtarzana w takich samych warunkach zewnętrznych przy zastosowaniu takich samych metod, to efekt jej może być różny i występować w przedziale określonym 95% CI. W przykładzie na Rysunku 7 pokazano badanie o efektywności $RR=0,87$, tzn. wśród uczestniczących w interwencji rezultat niekorzystany będzie u 13% mniej osób niż w grupie kontrolnej. Niemniej jednak, w niektórych programach może wystąpić inna skuteczność: np. 20% lub nawet tylko 10%. Ponieważ wynik zawsze będzie się utrzymywał po stronie korzyści interwencji, mamy pewność że będzie zawsze skuteczna.

Jeżeli natomiast 95% CI będzie tak szeroki, że wyniki interwencji mogą zarówno wskazywać na jej korzyść jak również na jej niekorzyść (przedział ufności po obu stronach wartości 1), to niestety skuteczność tego programu pozostanie nieznana, a zatem nie powinien być on stosowany (np. $95\%CI = 0,7-1,3$).



Rysunek 7. Zakres wartości ryzyka względnego (RW)

Przeglądy systematyczne oraz metaanalizy

Jednymi z najbardziej przydatnych dla działań interwencyjnych są przeglądy literatury, które napisane przez ekspertów w danej dziedzinie przynoszą informację o najnowszych programach, trendach i wytycznych. Przeglądy autorskie (zawierające informacje o doniesieniach naukowych wybrane w oparciu o osąd własny autora) różnią się zasadniczo od przeglądów systematycznych, które powinny obejmować całą dostępną wiedzę w danym problemie i które są podstawą przeprowadzenia analiz statystycznych nazywanych meta-analizą badań. Przeglądy systematyczne korzystają ze wszystkich potencjalnych źródeł informacji takich jak bazy piśmiennictwa online, czy badania prezentowane na konferencjach naukowych. Podsumowanie przeglądu systematycznego to lista badań o przypisanej wartości metodologicznej. Metaanaliza jest natomiast statystycznym wyrazem przeglądów systematycznych i polega na zsumowaniu danych źródłowych pochodzących z kilku lub kilkunastu eksperymentalnych badań kontrolowanych, w wielu wypadkach za mało licznych, aby oddzielnie wykazać istotność wyników, albo też mających różne wyniki. Metaanaliza jest zatem badaniem badań, gdzie jednostką badaną nie jest pacjent, a badanie naukowe. Celem metaanalizy jest proces pozwalający na zwiększenie precyzji wnioskowania dzięki kumulacji wyników pojedynczych badań poprzez zwiększenie liczebności populacji i zawężenie 95% CI.

Jakość metaanalizy oparta jest na kilku cechach:

- prawidłowości postawionego pytania badawczego,
- kompletności przeglądu systematycznego,
- jakości uwzględnionych badań,
- właściwej metodzie analitycznej.

Za jakość badań uwzględnionych w metaanalizie odpowiada zestaw kryteriów, względem których należy dokonać oceny każdego badania. Jedną z bardziej powszechnych jest skala dr Jadada (określana także jako "oksfordzki system oceny jakości"), która zawiera pytania dotyczące np. randomizacji badania, maskowania, itp.

W procesie włączania badań do metaanalizy kryterium wiarygodności jest kryterium podstawowym, ale równie ważnym jest określenie czy badania są porównywalne pod względem tematu, populacji, interwencji czy sposobu pomiaru efektu. Identyczność tematyczna wydaje się dość oczywista, choć bardzo trudno znaleźć badania, które są tak samo przeprowadzane i na tak samo narażonej populacji. Jest to trudne w odniesieniu do badań klinicznych a w przypadku populacyjnych interwencji zdrowotnych wyjątkowo złożone. Podobnie sprawa dotyczy kwestii identyczności populacji objętej badaniem (czy włączamy badania populacji osób młodszych i starszych, kobiet i mężczyzn, z chorobą bardziej i mniej zaawansowaną?), interwencji (jak silną stosujemy interwencję, czy pojedynczą czy złożoną, jak długo?) i wreszcie mierzonego efektu (mierzymy zapobieganie wystąpieniu choroby, powikłań, pogorszenia jakości życia, czy zgonu?). Wprowadzenie metaanaliz do metodologii badawczej dało medycynie opartej na faktach nowe narzędzia i nowe możliwości. W zakresie programów zdrowotnych jej zastosowanie jest dużo trudniejsze, choć coraz częściej podejmowane są wysiłki w tym zakresie. Programy zdrowia publicznego niechętnie poddają się metodom metaanaliz, głównie z powodu dużego zróżnicowania w stosowanej interwencji, różnic w zakresie podejmowanych działań, wreszcie różnic społecznych i kulturowych, które mogą modyfikować efekty programu. W obecnych warunkach często wystarczającym poziomem w hierarchii dowodów naukowych umożliwiającym ocenę programu zdrowotnego jest przegląd systematyczny.

Wprowadzenie przeglądów systematycznych oraz metaanaliz skutkowało w szerszym wymiarze wieloma korzyściami, z których najważniejsze to:

- jawne metody ograniczają tendencyjność w znajdowaniu i odrzucaniu badań,
- wnioski są bardziej wiarygodne i dokładne z powodu zastosowanych metod,
- dostarczają szybko dużej ilości informacji naukowcom, lekarzom, twórcom polityki zdrowotnej,
- zmniejszają opóźnienie między pojawieniem się wyników badań a wprowadzeniem strategii diagnostyki i leczenia,
- wyniki różnych badań mogą być porównane formalnie, co pozwala na ustalenie, czy można je uogólnić i czy są zgodne (brak niejednorodności),
- umożliwiają określenie przyczyn niejednorodności w badaniach (braku zgodności między wynikami różnych badań),
- wreszcie, ilościowe przeglądy systematyczne (metaanalizy) zwiększają precyzję wyników globalnych.

Pojęcie efektywności w zdrowiu publicznym

Jak wyżej wspomniano istnieją różnice pomiędzy akceptowalnym dowodem naukowym w medycynie a dowodem w zdrowiu publicznym. W medycynie efektywność w zasadzie określa się w obszarze randomizowanych badań klinicznych, ich przeglądów systematycznych oraz metaanaliz. W zdrowiu publicznym istnieje bardzo niewiele interwencji o skuteczności określonej w tak silnych badaniach i dopuszcza się poszerzenie możliwości działań o określonych rezultatach w nieco złagodzonej formie badawczej. Browson¹¹⁸ określił 3 typy dowodów naukowych stosowanych w praktyce zdrowia publicznego:

- Typ 1 związany jest z określeniem przyczyny choroby, z możliwością jej zapobiegania oraz interwencji w czynniki ryzyka. Dowód ten sugeruje, że „COŚ może być zrobione” w przypadku konkretnego problemu zdrowotnego.
- Typ 2 opisuje względny wpływ konkretnej interwencji, której udaje się lub nie udaje poprawić zdrowie w populacji (dowód można opisać jako „TO mogłoby być zrobione”).
- Typ 3 pokazuje jak i w jakich warunkach kontekstualnych można wdrożyć interwencję i jak one będą przyjęte (dowód wskazuje „JAK coś powinno być zrobione”).

Poziom dowodów naukowych jest w zdrowiu publicznym niedoskonały. Jak zauważył słusznie Muir Gray ten brak doskonałego dowodu skuteczności naukowej nie może uniemożliwiać podejmowania decyzji opartej na dowodach - należy ją opierać na najlepszym z dostępnych badań efektywności¹¹⁹.

W jaki sposób ocenić czy program zdrowotny jest oparty na dowodach naukowych?

Dyskusje nad tym zagadnieniem doprowadziły do licznych propozycji kryteriów uznawania programów za warte podejmowania ich realizacji, choć oczywiście przyjęte są

¹¹⁸ Ross C. Brownson, Jonathan E. Fielding and Christopher M. Maylahn, Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice, *Annu. Rev. Public Health* 2009. 30:175–201

¹¹⁹ Muir Gray JA. 1997. *Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions*. New York/Edinburgh: Churchill Livingstone

również elementy hierarchizujące: od tych programów, które są nieefektywne lub nawet szkodliwe poprzez te o nieznanym efektywności do takich, które są przyjęte w praktyce, a nawet o pewnej skuteczności praktycznej.

Pojęcie „programu zdrowotnego opartego na dowodach” odnosi się do zorganizowanych i typowo wieloskładnikowych interwencji z jasno określonymi powiązaniem między elementami interwencji a oczekiwanymi rezultatami dla określonej populacji docelowej i wymaganych niezbędnych działań wdrożeniowych¹²⁰. Określenia takie mogą też odnosić się do szeregu wieloskładnikowych interwencji mających wpływ na różne rezultaty, ale które zostały poddane eksperymentalnej ocenie i zostały uznane za skuteczne w osiągnięciu określonych celów.

Inne programy i praktyki, które spełniają mniej surowe kryteria są określone jako np. Wspierane programy i praktyki, dowody praktyczne. Programy i praktyki, które nie są skuteczne to są takie, które nie wykazują efektu, nie spełniają standardów dowodowych, Programy i praktyki pozbawione wsparcia lub pozytywnych dowodów.

Definiowanie „programów opartych na dowodach” zwykle następuje poprzez ustalenie, że:

- program spełnia rygorystyczne kryteria naukowe,
- program udowodnił skuteczność w dużych badaniach różnej populacji docelowej lub poprzez kilkakrotne powtórzenie,
- program ma znaczące i utrzymujące się efekty.

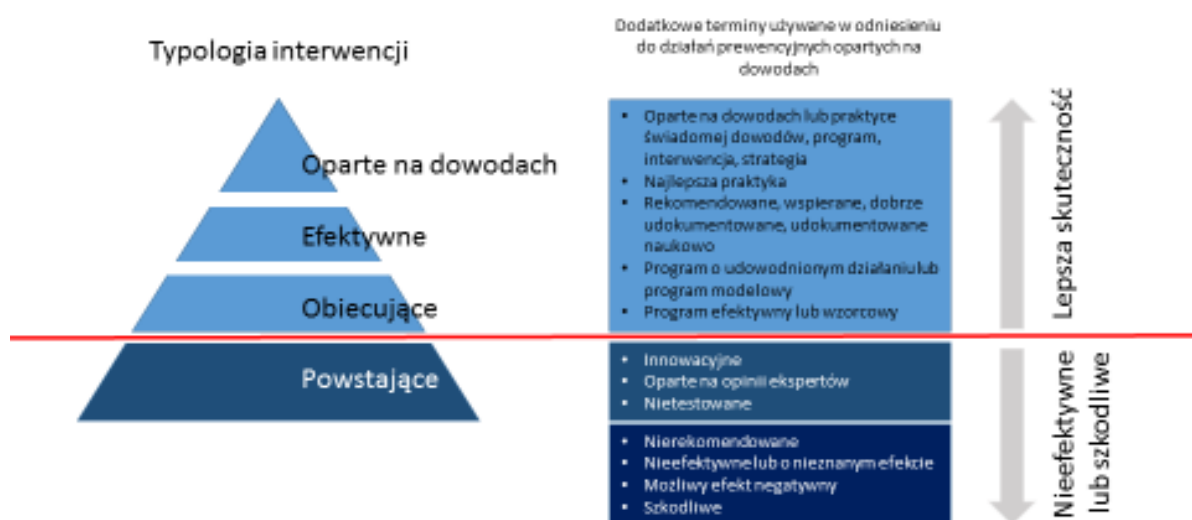
Wykazanie skuteczności w licznych, powtarzanych programach wskazuje na możliwość uogólnienia badań w różnych środowiskach lub warunkach społeczno-ekonomicznych, kulturowych itp. Efekty muszą być utrzymywane długotrwale – tzn. przez lata, i wymagają długich obserwacji. Niestety większość programów albo nie ma w ogóle obserwacji efektów, albo nie są one prowadzone wystarczająco długo. Początkowy, krótkotrwały efekt może się nie utrzymać, zatem zasadność prowadzenia tego programu lub kolejnych o podobnej interwencji pozostaje wątpliwa.

Bardzo wymagające kryteria efektywności badań włączanych do przeglądów systematycznych i systematyzujące modele badań w tym zakresie zaproponowała grupa

¹²⁰ National Implementation Research Network’s Glossary of Terms

http://nirn.fmhi.usf.edu/implementation/10_glossary.cfm. Dostęp 14.04.2017

naukowców zrzeszonych w Cochrane badająca efektywność praktyk (The Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Group)¹²¹. Brownson zaproponował prostsze zasady wskazujące na efektywność i określił je stopniując jako „obiecujące”, „efektywne” oraz „oparte na dowodach”. Terminem „powstające” opisał te, które albo dopiero są w rozwoju koncepcji albo jeszcze nie mają badań. Takie praktyki jeszcze nie powinny być stosowane jako właściwe interwencje zdrowotne, ale powinny być poddawane badaniom efektywności i w tych celach mogą być przeprowadzane. Interwencje te znacząco się różnią się od takich, które zostały przetestowane jako szkodliwe lub bez efektu nie mogą być w ogóle brane pod uwagę przy tworzeniu programów zdrowotnych (Rysunek 8).



Źródło: Brownson, Fielding and Malahn, 2009

Rysunek 8. Typologia interwencji zdrowotnych opartych na dowodach naukowych

Bardzo dokładne wytyczne przyjmowania dowodów w zdrowiu publicznym przedstawiła Grupa Zadaniowa ds. Prewencji przy amerykańskim Ministerstwie Zdrowia. Obejmują one kryteria uznania dowodów za silne, wystarczające, oparte na opinii ekspertów oraz niewystarczające. Określiła również jednoznacznie zasady rekomendacji:

¹²¹ What study designs should be included in an EPOC review and what should they be called? The Effective Practice and Organization of Care (EPOC) Group is a Cochrane Review Group. <http://epoc.cochrane.org/>

w przypadku dowodów silnych i wystarczających programy są rekomendowane, w

Dowody efektywności ^a	Wykonanie: dobre lub poprawne ^b	Przydatność projektu: najwyższa, umiarkowana, najniższa	Liczba badań	Spójność ^c	Wielkość efektu ^d	Opinia eksperta ^e
Silne	Dobre	Najwyższa	Przynajmniej 2	Tak	Wystarczająca	Nie wykorzystana
	Dobre	Najwyższa lub umiarkowana	Przynajmniej 5	Tak	Wystarczająca	Nie wykorzystana
	Dobre lub poprawne	Najwyższa	Przynajmniej 5	Tak	Wystarczająca	Nie wykorzystana
	Spełnia założenia projektu, wykonania, liczby i spójności kryteriów dla wystarczających ale niesilnych dowodów				Duża	Nie wykorzystana
Wystarczające	Dobre	Najwyższa	1	Nie dotyczy	Wystarczająca	Nie wykorzystana
	Dobre lub poprawne	Najwyższa lub umiarkowana	Przynajmniej 3	Tak	Wystarczająca	Nie wykorzystana
	Dobre lub poprawne	Najwyższa, umiarkowana lub najniższa	Przynajmniej 5	Tak	Wystarczająca	Nie wykorzystana
Opinia eksperta	Zróżnicowane	Zróżnicowana	Zróżnicowana	Zróżnicowana	Wystarczająca	Wsparcie i rekomendacje
Niewystarczające ^f	1) Nieodpowiedni projekt lub wykonanie		2) Zbyt mało badań	3) Brak spójności	4) Mała	5) Niewykorzystana

^a Kategorie nie są wzajemnie się wykluczające; jeżeli dowody spełniają kryteria dla więcej niż jednej kategorii, powinny zostać przypisane do najwyższej możliwej kategorii.

^b Badania o ograniczonej wykonalności nie są uwzględniane w określaniu/szacowaniu efektywności.

^c Badania o ogólnej spójności względem kierunku i wielkości.

^d Wielkość efektów, które są wystarczające lub duże jest określana osobno dla każdego przypadku i opiera się na opinii eksperckiej grupy zadaniowej.

^e Opinia eksperta nie jest rutynowo wykorzystywana przy tworzeniu wytycznych, ale może mieć wpływ na klasyfikację uzyskanych dowodów, jak wskazano w tabeli.

^f Przyczyny dla ustalenia, że dowody są niewystarczające, powinny być opisane następująco: 1) Nieodpowiedni projekt lub wykonanie, 2) Za mało badań, 3) Brak spójności, 4) Zbyt mała wielkość efektu, 5) Brak opinii eksperta. Te kategorie nie wykluczają się wzajemnie, a jedna lub więcej może się pojawić gdy dowody nie spełniają kryteriów dla silnych lub wystarczających dowodów efektywności.

przypadku niewystarczających dowodów z badań, ale wspartych opiniami ekspertów mogą być prowadzone przy udziale ekspertów¹²². Takie kryteria wspierane przez instytucje, które nieustannie kategoryzują prowadzone interwencje, tworzą listy rekomendowanych programów, dobrych praktyk, są nie tylko źródłem poprawy zdrowia populacji, ale również racjonalnego wydawania środków publicznych na programy zdrowotne i co z tego wynika, efektywności ekonomicznej.

Rodzaje analiz ekonomicznych

W momencie określenia skuteczności działania interwencji pozostaje otwarte pytanie, czy nakłady na zaplanowane działania będą kosztowne oraz czy spodziewane korzyści przewyższą poniesione wydatki. W próbie odpowiedzi na to pytanie należy określić przede wszystkim:

¹²² Evidence-based Clinical and Public Health: generating and applying the evidence. Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020, July 2010

- jakich spodziewamy się korzyści? z punktu widzenia jakościowego oraz ilościowego
- kto ma osiągnąć korzyść?
- jakiego poziomu nakładów możemy się spodziewać? od którego momentu osiągniętego wskaźnika możemy mówić o korzyści?

Pomocą w odpowiedzi na pierwsze pytania służą modele analiz ekonomicznych, które przede wszystkim różnią się właśnie kategorią spodziewanych efektów. Jeśli ponoszone wysiłki w celu zorganizowania i przeprowadzenia interwencji możemy niemal zawsze wyliczyć w wartościach monetarnych, to spodziewane efekty mogą być natury zdrowotnej (np. mniejsza liczba osób chorych), kosztowej (np. mniej wydatków związanych z mniejszą liczbą osób chorych – mniejsza liczba hospitalizacji). Elementami które należy określić w analizie ekonomicznej są opisywane wg tzw. schematu PICO:

- populacja (ang. Population), której dotyczy interwencja (np. dzieci w wieku 10-15 r.ż.)
- interwencja (ang. Intervention), program zdrowotny, który będzie przeprowadzany (np. programy edukacji zdrowotnej dla dzieci)
- komparator (ang. Comparator) – tzn. interwencja porównawcza, do której będziemy odnosić wyniki. Może to być interwencja najtańsza, najbardziej skuteczna lub np. rekomendowana
- wynik (ang. Outcome) – oczekiwany efekt programu zdrowotnego (spadek odsetka dzieci z nadwagą)

Ocena efektywności klinicznej wraz z oceną efektywności ekonomicznej i szacowaniem wpływu na budżet są elementami składowymi oceny technologii medycznych (ang. *health technology assessment*, HTA). Jest to zatem proces systematycznej weryfikacji danych naukowych i oceny skuteczności, opłacalności oraz konsekwencji społecznych, etycznych i prawnych wprowadzenia technologii zdrowotnych.

Typy analiz ekonomicznych w zdrowiu:

1. Analiza kosztów i efektywności (cost-effectiveness analysis, CEA) - porównanie kosztów na jednostkę efektu zdrowotnego. Efektem zdrowotnym może być liczba uzyskanych lat, zmniejszenie zapadalności, umieralności, chorobowości, hospitalizacji, rozpowszechnienia czynników ryzyka, np. palenia, albo wzrost aktywności fizycznej. Przykładem analizy będzie określenie kosztów interwencji w

stosunku do liczby zyskanych lat życia. Analizy takie można stosować tylko wtedy, kiedy realizując odmienne programy, możemy osiągnąć ten sam efekt.

2. Analiza kosztów i korzyści (cost benefit analysis, CBA) – w tej analizie oceniamy różne efekty zdrowotne, które mogą być przedstawione w formie zysków pieniężnych – np. mniej hospitalizacji wiąże się z mniejszymi o kilka milionów złotych wydatkami. Zatem na przykład programy przesiewowe w kierunku oceny wysokiego poziomu cholesterolu (w celu zapobiegnięcia występowaniu zawałów serca a także przedwczesnym zgonom) oraz szczepień przeciw grypie (np. mniej zwolnień lekarskich) mogą być ze sobą porównywane. Jak widać, efektami tych programów są różne efekty zdrowotne ale dla obu wyliczamy koszty w wartościach monetarnych.
3. Analiza kosztów i użyteczności (cost-utility analysis, CUA) – ta analiza mierzy różne efekty zdrowotne, które można przeliczyć na wspólny mianownik, mianowicie mierniki użyteczności. Pojęcie użyteczności dotyczy wartości jaką nadaje się określone mu poziomowi stanu zdrowia lub poprawie stanu zdrowia i można je mierzyć za pomocą preferencji na poziomie indywidualnej osoby lub populacji. Uwzględnia ona dwa parametry: zmianę długości życia oraz zmianę jakości życia w wyniku interwencji. Sposobem wyrażenia tej zmiany jest wskaźnik QALY (ang. quality adjusted life years), który jest iloczynem podniesienia jakości życia i jego wydłużenia. Zatem w analizie kosztów i użyteczności wyniki przedstawiane są jako wskaźnik kosztów i liczby dalszych lat życia skorygowanych ze względu na jakość życia możliwą do osiągnięcia przez podjęcie jednego programu zamiast drugiego.
4. Analiza minimalizacji kosztów (ang. cost minimization analysis, CMA) – to analiza która poszukuje najtańszego programu interwencyjnego przy założeniu, że nie istnieją różnice w efektach zdrowotnych. Na przykład zmniejszenie liczby osób zapadających na udar mózgu można osiągnąć przez większy nacisk na wczesne wykrywanie nadciśnienia tętniczego krwi lub zwiększenie aktywności fizycznej i zmianę diety w populacji. Jeśli spodziewane efekty będą takie same analiza dokona tutaj porównania samych tylko kosztów tych interwencji.

Metodologia	Sposób pomiaru kosztów	Sposób pomiaru efektu
Analiza kosztów-korzyści	Pieniądże	Pieniądże
Analiza kosztów-efektywności	Pieniądże	Efekty zdrowotne (zyskane lata życia, poziom glukozy we krwi, cholesterolu, itp)
Analiza kosztów-użyteczności	Pieniądże	Zyskane lata życia skorygowane do jakości (QALY)
Analiza minimalizacji kosztów	Pieniądże	Efekt musi być taki sam w porównywanych grupach, choć może być różnego typu (np. efekty zdrowotne)

Rysunek 9. Rodzaje analiz ekonomicznych w naukach o zdrowiu

Efektem analiz ekonomicznych jest odpowiedź na pytanie jaki jest koszt uzyskanego efektu zdrowotnego i czy proponowana interwencja jest tańsza od porównywanej. Ponieważ interwencje mogą się znacznie różnić efektem, do opisu skuteczności kosztowej stosuje się dodatkowe wskaźniki w tym zakresie. Efektywność ekonomiczna winna być podstawowym kryterium stosowania programów.

Podsumowanie i wnioski praktyczne

W obliczu wspomnianych na wstępie różnic pomiędzy interwencjami medycznymi a działaniami na poziomie populacyjnym i problemach metodologicznych związanych z dowodzeniem skuteczności w programach zdrowia publicznego do stosowania skutecznych programów zdrowotnych, należy wybierać interwencje o poziomie dowodu możliwym do zaakceptowania. Należy dążyć do podejmowania działań, które minimalizują ryzyko nieskuteczności i przede wszystkim dokonywać oceny efektów prowadzonego programu. Pozwoli to na wyciągnięcie wniosków i lepszą realizację w przyszłości, a niekiedy być może także przerwanie programu, który nie przynosi oczekiwanych zmian i pozwoli na wykorzystanie środków w sposób bardziej efektywny. Publikowanie wyników oceny programu jest niezbędne: pozwala usystematyzować działania, przemyśleć wnioski i je

udostępnić dla innych osób lub jednostek, które są zainteresowane danym problemem zdrowotnym. W Polsce liczba rekomendowanych i skutecznych programów zdrowotnych jest ciągle niezadawalająca, nie istnieją bazy gotowych rozwiązań o sprawdzonej efektywności kosztowej i zawierających szczegółowe instrukcje przeprowadzania z uwzględnieniem szerokiego kontekstu społecznego oraz brak jest szerokich dyskusji nad poprawą wyników programów już stosowanych.

W Polsce każdy program zdrowotny realizowany przez jednostki samorządu terytorialnego musi posiadać opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), która sporządza i aktualizuje stosowne wytyczne i poradniki. AOTMiT wśród głównych elementów programu zdrowotnego, takich jak określenie problemu zdrowotnego oraz jego rozpowszechnienia, celów programu i populacji docelowej wskazuje na konieczność określenia mierników efektywności oraz monitorowania i ewaluacji programu. Doprecyzowuje, by wskaźniki nie były tylko wskaźnikami procesu, ale i wyniku oraz sposobu pomiaru dokonywanej zmiany. Ważną częścią programu jest zapewnienie trwałości efektów zdrowotnych¹²³.

Mamy nadzieję, że bazy dobrych praktyk w zakresie programów zdrowotnych będą w Polsce się rozwijać i dodatkowym w tym celu wsparciem będzie opublikowany w ramach obecnego programu podręcznik „Jak poprawić stan zdrowia i wpływać na redukcję nierówności społecznych w zdrowiu w społecznościach lokalnych?” pod redakcją W. Drygasa i Z. Słońskiej.

Wiele programów zdrowotnych zaimplementowanych na świecie, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, ma ocenioną efektywność, ale niestety trudno ją bezpośrednio odnosić do naszych warunków społeczno-ekonomicznych, kulturowych itp. Zatem wymagają one dokładnej ewaluacji w tym zakresie. Jeszcze trudniej oceniać przydatność tych programów w Polsce z punktu widzenia efektywności kosztowej, gdyż ceny usług w tym usług zdrowotnych znacznie odbiegają od tych w Stanach Zjednoczonych, Holandii czy Wielkiej Brytanii. Zatem należy pamiętać o kryteriach efektywności i prowadzić programy o

¹²³ Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Warszawa 2016

najwyższym możliwym poziomie w tym zakresie, wspierać decyzje opiniami ekspertów zarówno naukowych jak i praktyków oraz przeprowadzić ewaluację prowadzonego programu celem wyciągnięcia wniosków i poprawy jego kolejnej edycji. Pomocne osiągnięciu efektów mogą być także poniższe zasady prowadzenia programów:

1. Wybór problemu zdrowotnego w celu przeprowadzenia interwencji oprzyj na ocenie potrzeb zdrowotnych.
2. Określ priorytety w szerokich konsultacjach społecznych oraz eksperckich.
3. Wybór interwencji wesprzyj dokumentacją w zakresie dowodów naukowych, opiniami naukowców oraz praktyków w zakresie programów zdrowotnych.
4. Zapewnij sobie wsparcie decydentów oraz liderów opinii publicznej.
5. Określ pożądany efekt na istotnych wskaźnikach zdrowotnych, ale realistycznie.
6. W prowadzeniu programu skup się na wyniku.
7. Współpracuj z licznymi i zainteresowanymi problemem instytucjami i organizacjami.
8. Określ miejsca realizacji programu.
9. Weź pod uwagę wpływ czynników społecznoekonomicznych i innych determinujących uczestnictwo oraz zaangażowanie mieszkańców.
10. Pamiętaj, że interwencja musi być zorientowana na uczestniku programu – mieszkańcu, osobie fizycznej (nie systemie, nie przychodni czy szpitalu).
11. Pamiętaj o zespole projektowym: wzmocnij współpracę wewnątrz zespołu.
12. Stwórz zespół osób o odpowiedniej motywacji oraz kompetencjach.
13. Zaangażuj populację/wzmocnij interakcje z mieszkańcami, niekoniecznie wyłącznie w odniesieniu do działań interwencyjnych.
14. Ucz się w trakcie programu oraz wyciągaj wnioski.
15. Podziel się wynikami z mieszkańcami, z całym zespołem zaangażowanym w realizację, z politykami i decydentami oraz z ekspertami.

12. Przyszłość oceny potrzeb zdrowotnych w Polsce

Ocena potrzeb zdrowotnych w Polsce w nadchodzących latach coraz częściej będzie przedmiotem prac na poziomie lokalnym. Mamy nadzieję, że wskazówki zawarte w niniejszym opracowaniu będą pomocne w rozwijaniu własnych narzędzi oraz strategii. Potrzeby zdrowotne na poziomie centralnym oraz wojewódzkim analizowane obecnie są głównie w zakresie usług medycznych kontraktowanych w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń. Ten element niewątpliwie będzie się rozwijał, ale na razie tylko w ograniczonym stopniu odpowiada na potrzeby w zakresie zdrowia publicznego albo też takie, które mogą być zidentyfikowane i zaspokojone na poziomie gmin i powiatów.

W ramach przygotowanych materiałów w Bazie Wiedzy w Zakresie Nierówności w Zdrowiu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH (<http://bazawiedzy.pzh.gov.pl>), pod kierownictwem prof. Bogdana Wojtyniaka przedstawione są zarówno modele oceny potrzeb zdrowotnych jak i tworzenia skutecznych programów zdrowotnych („Jak poprawić stan zdrowia i wpływać na redukcję nierówności społecznych w zdrowiu w społecznościach lokalnych?” pod redakcją naukową Wojciecha Drygasa i Zofii Słońskiej), Atlas Umieralności oraz informacje o parametrach zdrowotnych w województwach i powiatach. Te narzędzia mogą wesprzeć inicjatywy w zakresie realizacji działań w zdrowiu na poziomie lokalnym.

Jak wspomniano wcześniej, brak jest uniwersalnych informacji o stanie zdrowia jak również uniwersalnie skutecznych programów zdrowotnych. Ocena potrzeb zdrowotnych, ustalanie priorytetów, wdrożenie interwencji zdrowotnych oraz późniejsza ocena ich wykonania (ewaluacja) oraz efektywności (HTA) jest powtarzającym procesem poprawy zdrowia i jakości życia. Dopiero stosowanie tych elementów w rutynowych działaniach na poziomie lokalnym podnosi wiedzę i umiejętności oraz pozwala na osiągnięcie sukcesów w walce z wyzwaniami zdrowotnymi rozwijającej się cywilizacji.

ZAŁĄCZNIK

**Narzędzie do badania potrzeb
zdrowotnych w społecznościach
lokalnych metodą ankietową**

Autorzy:

Roman Topór-Mądry

Urszula Stepaniak

Agnieszka Doryńska

Bartosz Balcerzak

Katarzyna Szczerbińska

Stojgniew J. Sitko

Andrzej Pająk

Wojciech Drygas

Michał Marek

Paweł Goryński

Bogdan Wojtyniak

ANKIETA DO OCENY POTRZEB ZDROWOTNYCH

Charakterystyka demograficzna

1. Jaka jest Pana/Pani płeć
 - a) Mężczyzna
 - b) Kobieta

2. Jaki jest Pana/Pani wiek?

3. Jaki jest Pana/Pani stan cywilny?
 - a) Panna, kawaler
 - b) Mężatka, żonaty (lub w związku nieformalnym)
 - c) Wdowa, wdowiec
 - d) Rozwiedziona, separacja

4. Z ilu osób składa się Pana/Pani gospodarstwo domowe (włączając siebie)?
 - a) Z ilu osób składa się Pana/Pani gospodarstwo domowe?
 osoby
 - b) Ile jest izb w Pana/Pani mieszkaniu?

5. Jakie jest Pana/Pani ukończone wykształcenie?
 - a) Brak wykształcenia/niepełne podstawowe
 - b) Podstawowe
 - c) Zasadnicze zawodowe po szkole podstawowej
 - d) Gimnazjum
 - e) Zasadnicze zawodowe po gimnazjum
 - f) Liceum/technikum
 - g) Policealne
 - h) Licencjat
 - i) Magisterskie

6. Jaki jest przeciętny miesięczny dochód netto („na rękę”, po odliczeniu wszystkich podatków) przypadający na jedną osobę w Pana/Pani gospodarstwie domowym?
 - a) Poniżej 500 zł
 - b) Od 501-1000 zł
 - c) Od 1001-1500 zł
 - d) Od 1501-2000 zł
 - e) 2001-2500 zł
 - f) 2501-3000 zł
 - g) >3000 zł
 - h) Nie wiem, trudno powiedzieć
 - i) Odmowa odpowiedzi

7. Czy Pan/Pani uważa się głównie za:
 - a) osobę pracującą (także pomagającą w rodzinnej działalności na własny rachunek lub będącą na praktykach lub płatnym stażu) w pełnym wymiarze czasu pracy

- b) osobę pracującą (także pomagającą w rodzinnej działalności na własny rachunek lub będącą na praktykach lub płatnym stażu) w niepełnym wymiarze
- c) osobę bezrobotną
- d) ucznia, studenta (także osobę kształcącą się lub na bezpłatnym stażu)
- e) osobę na emeryturze (także na wcześniejszej emeryturze lub osobę, która zakończyła działalność gospodarczą)
- f) osobę trwale niezdolną do pracy
- g) osobę prowadzącą gospodarstwo domowe (zajmującą się domem, rodziną)
- h) osobę nieaktywną zawodowo z innych powodów
- i) nie wie lub odmowa

8. Jaki jest/był Pana/Pan status zatrudnienia w głównym miejscu pracy?
- a) pracujący na własny rachunek, niezatrudniający pracowników
 - b) pracujący na własny rachunek - pracodawca
 - c) pomagający członek rodziny
 - d) pracownik najemny, z umową na czas nieokreślony
 - e) pracownik najemny, z umową na czas określony
 - f) nie wie lub odmowa

Funkcjonowanie zdrowotne

Samoocena stanu zdrowia

9. Jak ocenia Pan/Pani stan swojego zdrowia? Czy można powiedzieć, że jest ono:
- a) bardzo dobre
 - b) dobre
 - c) ani dobre ani złe
 - d) złe
 - e) bardzo złe

Choroby przewlekłe

10. Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane, że będą trwały) przez 6 miesięcy lub dłużej?
- a) Tak
 - b) Nie
11. Czy z powodu problemów zdrowotnych miał Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?
- a) Tak, poważnie ograniczoną
 - b) Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie
 - c) Nie, nie miałem(-łam) żadnych ograniczeń
12. Czy lekarz kiedykolwiek stwierdził, że /czy obecnie ma Pan/Pani któreś z wymienionych poniżej schorzeń lub problemów zdrowotnych? Rozumiemy przez to, że lekarz stwierdził, że ma Pan(i) to schorzenie lub dolegliwość, i że albo aktualnie leczy się Pan(i) na to schorzenie, albo cierpi Pan na nie.
- a) Astma (w tym astma alergiczna)

- b) Przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekła obturacyjna choroba płuc, rozedma płuc
- c) Zawał serca
- d) Choroba niedokrwienności serca (dławica piersiowa), choroba wieńcowa
- e) Wysokie ciśnienie krwi (nadciśnienie)
- f) Migotanie przedsionków
- g) Wysoki poziom cholesterolu (hipercholesterolemia)
- h) Udar mózgu (krwotok mózgowy, zakrzepica mózgową), zawał mózgu
- i) Reumatoidalne zapalenie stawów
- j) Zapalenie kości i stawów (zapalenie stawów, zwyrodnienie stawów)
- k) Ból dolnego odcinka pleców lub inne przewlekłe zaburzenia w obrębie pleców
- l) Problemy w obrębie szyi
- m) Cukrzyca
- n) Choroby alergiczne, takie jak nieżyt nosa, zapalenie oka, zapalenie skóry, alergia lub inne (z wyłączeniem astmy alergicznej)
- o) Choroba zakrzepowo-zatorowa
- p) Miażdżyca naczyń kończyn dolnych (nie dotyczy żyłaków kończyn dolnych)
- q) Wrzody żołądka lub dwunastnicy
- r) Marskość wątroby, zaburzenia czynności wątroby
- s) Choroba Parkinsona
- t) Zaćma
- u) Jaskra
- v) Rak (nowotwór złośliwy, w tym również białaczki i chłoniaki)
- w) Silne bóle głowy, takie jak migrena
- x) Osteoporoza
- y) Nietrzymanie moczu, problemy w kontrolowaniu pęcherza
- z) Przewlekłe stany lękowe
- aa) Przewlekła depresja
- bb) Trwałe uszkodzenie lub wada spowodowana wypadkiem

13. Jeżeli lekarz stwierdził u Pana(i) nadciśnienie tętnicze, czy w okresie 14 ostatnich dni stosował/a Pan/i systematycznie leczenie zalecone przez lekarza?

- a) Tak, ściśle
- b) Tak, częściowo (niezbyt systematycznie)
- c) Nie
- d) Nie stosowałem/am leczenia, gdyż nie było zalecone

14. Jeżeli lekarz stwierdził u Pana(i) hipercholesterolemię, czy w okresie ostatnich 14 dni stosował/a Pan/i systematycznie leczenie zalecone przez lekarza?

- a) Tak, ściśle
- b) Tak, częściowo (niezbyt systematycznie)
- c) Nie
- d) Nie stosowałem/am leczenia, gdyż nie było zalecone

15. Jeżeli lekarz stwierdził u Pana(i) cukrzycę, jakie leczenie Pan/Pani stosował/stosowała zalecone przez lekarza?

- a) Tylko dietę
- b) Dietę i insulinę
- c) Dietę i tabletki
- d) Dietę, tabletki i insulinę
- e) Nie stosowałem/stosowałam leczenia, gdyż nie było zalecone

f) Nie stosowałem się do zaleceń

16. Jeżeli lekarz stwierdził u Pana(i) cukrzycę, czy w okresie ostatnich 14 dni stosował/a Pan/i systematycznie leczenie zalecone przez lekarza?

- a) Tak, ściśle
- b) Tak, częściowo (niezbyt systematycznie)
- c) Nie
- d) Nie stosowałem/am leczenia, gdyż nie było zalecone

Funkcjonowanie fizyczne

17. Czy ma Pan/Pani jakiegokolwiek trudności w wykonywaniu codziennych czynności wymienionych poniżej? Proszę pominąć trudności, co do których spodziewa się Pan/Pani, że będą trwać krócej niż trzy miesiące.

- a) Przejście 100 metrów
- b) Siedzenie przez około 2 godziny
- c) Wstanie z krzesła po siedzeniu przez dłuższy czas
- d) Wejście na kilka pięter po schodach bez odpoczynku
- e) Wejście na jedno piętro po schodach bez odpoczynku
- f) Schyłanie się, klękanie lub kucanie
- g) Sięganie lub wyciąganie rąk ponad poziom ramienia
- h) Ciągnięcie lub pchanie dużych przedmiotów takich jak fotel
- i) Podnoszenie lub noszenie ciężarów ponad 5 kg, takich jak ciężka torba z zakupami

18. Jeżeli odpowiedział/odpowiedziała Pan/Pani TAK na jedno z powyższych, to czy ktoś pomaga Panu w wykonywaniu tych czynności? Proszę uwzględnić Pana /Pani współmałżonka/partnera lub inne osoby z Pana/Pani gospodarstwa domowego.

- a) Tak
- b) Nie

19. Jak często następujące czynniki powodują u Pani/Pana stres i zdenerwowanie?

- a) Warunki domowe mieszkaniowe
Bardzo rzadko od czasu do czasu często niemal codziennie
- b) Relacje rodzinne
Bardzo rzadko od czasu do czasu często niemal codziennie
- c) Problemy z sąsiadami
Bardzo rzadko od czasu do czasu często niemal codziennie
- d) Obawy wynikające z sytuacji finansowej
Bardzo rzadko od czasu do czasu często niemal codziennie
- e) Bezrobocie
Bardzo rzadko od czasu do czasu często niemal codziennie
- f) Strach przed przestępczością w okolicy miejsca zamieszkania
Bardzo rzadko od czasu do czasu często niemal codziennie
- g) Stres w miejscu pracy
Bardzo rzadko od czasu do czasu często niemal codziennie
- h) Inne, proszę podać.....

Wypadki

20. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy uległ(a) Pan(i) zranieniu lub wypadkowi, który był na tyle poważny, żeby skorzystał Pan/i z pomocy medycznej?
- a) tak
 - b) nie (proszę przejść do pytania 21)
21. Jeśli tak to ile razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy uległ(a) Pan/Pani zranieniu lub wypadkowi, który był na tyle poważny, żeby skontaktować się z lekarzem?

.....

Proszę o podanie kilku informacji na temat najbardziej poważnego z tych zranień lub wypadków, które miały miejsce w ciągu ostatnich 12 miesięcy

22. Gdzie Pan(i) znajdował(a) się w czasie wypadku?
- a) we własnym domu (lub u innej osoby)
 - b) w pracy
 - c) na drodze lub ulicy
 - d) w innym miejscu
 - e) nie wiadomo

Zdrowie jamy ustnej

23. Jak mógłby/aby Pan/i określić stan zdrowie swojego uzębienia (dotyczy np. jamy ustnej, zębów naturalnych oraz sztucznych i/lub protez)
- a) bardzo dobry
 - b) dobry
 - c) przeciętny
 - d) zły
 - e) bardzo zły
 - f) nie wiem
24. Pana/Pani stan uzębienia można określić jako:
- a) Tylko zęby naturalne
 - b) Zarówno zęby naturalne, jak i sztuczne
 - c) Brak zębów naturalnych, tylko zęby sztuczne (proteza)
 - d) Brak zębów zarówno naturalnych jak i sztucznych
 - e) Nie wiem
25. Ile ma Pan/Pani zębów własnych? Proszę policzyć tylko zęby naturalne a nie sztuczne. Proszę na spokojnie je policzyć i powiedzieć ile.
- a) zębów naturalnych
 - b) Nie wiem

Słuch/wzrok

26. Czy nosi Pan/Pani okulary lub soczewki kontaktowe?
- a) Tak
 - b) Nie

- c) Jestem niewidomy (proszę przejść do pytania 28)

Jeśli TAK, proszę odpowiedzieć na następujące pytania na podstawie normalnego korzystania z okularów/soczewek kontaktowych

27. Czy widzi Pan/Pani druk w gazecie?

- a) Tak, bez trudności
- b) Z pewną trudnością
- c) Z dużą trudnością
- d) W ogóle nie widzę
- e) Nie wiem

28. Czy jest Pan/Pani w stanie zobaczyć twarz kogoś z odległości 4 metrów (po drugiej stronie drogi)?

- a) Tak, bez trudności
- b) Z pewną trudnością
- c) Z dużą trudnością
- d) W ogóle nie widzę
- e) Nie wiem

29. Czy nosi Pan/Pani aparat słuchowy?

- a) Tak, stale
- b) Tak, okazjonalnie
- c) Nie
- d) Jestem niesłyszący (proszę przejść do pytania 30)

30. Czy słyszy Pan/Pani to, co jest mówione w pokoju, kiedy rozmawia kilka osób? (z aparatem słuchowym, jeśli nosi)

- a) Tak, bez trudności
- b) Z pewną trudnością
- c) Z dużą trudnością
- d) W ogóle nie słyszę
- e) Nie wiem

Styl życia (czynniki wpływające na zdrowie)

Palenie

31. Czy obecnie pali Pan/Pani papierosy?

- a) Tak, regularnie, średnio więcej niż jeden papieros dziennie
- b) Tak, okazjonalnie, mniej niż jeden papieros na dzień
- c) Nie, paliłem/paliłam w przeszłości ale przestałem/przestałam
- d) Nie, nigdy nie paliłem/paliłam

32. Czy poszukiwał/poszukiwała Pan/Pani profesjonalnej pomocy w rzucaniu palenia (pomocy lekarza, psychoterapeuty, uczestnictwo w programach rzucania palenia, np. w Programie leczenia Zespołu Uzależnienia od Tytoniu)?
- a) Tak
 - b) Nie
33. Jeśli TAK, to czy taką pomoc Pan/Pani otrzymał/otrzymała?
- a) Tak
 - b) Nie
34. Czy chciałby(łaby) Pan/Pani przestać palić?
- a) Tak
 - b) Nie
 - c) Nie jestem zdecydowany(a)
35. Ile godzin w przeciętnym tygodniu przebywa Pan(Pani) w pomieszczeniu, w którym inne osoby palą papierosy?

Aktywność fizyczna

36. W jaki sposób zazwyczaj przebywa (przebywał) Pan/Pani drogę z domu do pracy (szkoły, uczelni) i z powrotem? (*Proszę wskazać tylko jedną odpowiedź*)
- a) środkami komunikacji publicznej (proszę przejść do pytania 37)
 - b) samochodem osobowym (proszę przejść do pytania 37)
 - c) chodzę pieszo lub jeżdżę rowerem
37. Ile minut dziennie zajmuje (zajmowało) Panu/Pani dojście lub dojechanie rowerem do pracy (szkoły, uczelni) i z powrotem?
- a) mniej niż 15 minut
 - b) od 15 do 30 minut
 - c) od 31-60 minut
 - d) ponad godzinę
38. Czy Pana/Pani praca zawodowa ma (miała) charakter:
- a) pracy ciężkiej fizycznie (przynajmniej 50% czasu spędza Pan(i) na wykonywaniu ciężkiej fizycznej pracy)
 - b) pracy siedzącej (więcej niż połowę czasu pracy spędza Pan(i) siedząc lub stojąc)
 - c) innej, nie mieszczącej się w wymienionych dwóch rodzajach
39. Czy zdarza się Pan/Pani w czasie wolnym od pracy wykonywać ćwiczenia fizyczne (np. biegać, jeździć na rowerze, pływać, gimnastykować się, praca na działce itp.) przez co najmniej 30 minut bez przerwy?
- a) Tak
 - b) Nie (proszę przejść do pytania 40)
40. Jak często jest Pan/Pani tak aktywny(a):
- a) codziennie
 - b) prawie każdego dnia (4-6 razy w tygodniu)
 - c) co drugi lub trzeci dzień

- d) raz w tygodniu
- e) dwa lub trzy razy w miesiącu
- f) raz w miesiącu lub rzadziej
- g) jestem aktywny tylko sezonowo (np. zimą na nartach lub latem na działce)

41. Dlaczego nie wykonuje Pan/Pani ćwiczeń fizycznych? (Proszę wybrać tylko jedną odpowiedź)

- a) brak czasu
- b) nie mam ochoty
- c) nie czuję takiej potrzeby
- d) stan zdrowia nie pozwala
- e) pracuję ciężko fizycznie
- f) brak możliwości ćwiczeń w mojej okolicy
- g) inne.....

Spożywanie alkoholu

42. Czy zdarzyło się Panu/Pani myśleć, że pije Pan/Pani za dużo?

- a) Tak
- b) Nie

43. Czy ludzie irytowali, złościли Pana/Panią krytycznymi uwagami na temat Pana/Pani picia alkoholu?

- a) Tak
- b) Nie

44. Czy zdarzyło się Panu/Pani czuć źle lub mieć poczucie winy z powodu picia?

- a) Tak
- b) Nie

45. Czy zdarzyło się Panu/Pani rozpocząć dzień od picia alkoholu, aby uspokoić nerwy lub zlikwidować kaca?

- a) Tak
- b) Nie

46. Czy w Pana/Pani najbliższym otoczeniu (rodzina, sąsiedzi) występuje wyraźny problem alkoholowy?

- a) Tak
- b) Nie

Narkotyki

47. Czy uważa Pan/Pani, że przyjmowanie narkotyków jest widocznym problemem w Pana/Pani otoczeniu?

- c) Tak, w znacznym stopniu
- d) Zdarza się sporadycznie
- e) Raczej nie

BMI (indeks wagi i wzrostu)

48. Jaki jest Pana/Pani wzrost bez butów? cm

49. Ile Pan/Pani waży bez ubrania (jaka jest Pana/i masa ciała)?kg

50. Kiedy się Pan/Pani ważył ostatnio: miesiąc.....rok.....

51. Czy chciałby Pan/Pani podjąć jakieś działania dotyczące swojej masy ciała? Jeśli TAK, to które?
- chcę schudnąć (proszę przejść do pytania 51)
 - chcę przytyć (proszę przejść do pytania 52)
 - chcę pozostać w tej samej masie ciała (proszę przejść do pytania 52)
 - nie próbuję zrobić niczego z moją wagą (proszę przejść do pytania 52)
52. Jeżeli TAK to czy poszukiwał/a Pan/Pani profesjonalnej pomocy w obniżeniu masy ciała?
- Tak
 - Nie
53. Jeżeli TAK, to czy taką pomoc Pan/Pani otrzymał/otrzymała?
- Tak
 - Nie
 - Jeżeli TAK, to u kogo?

Dieta

Uwaga: Jedna porcja WARZYW w przybliżeniu jest równa jednej garści lub 3 łyżkom warzyw lub sałatki z warzyw.

54. Ile porcji warzyw zjada Pan/Pani w ciągu przeciętnego dnia? (proszę nie liczyć ziemniaków):
- 1 porcję
 - 2-3 porcje
 - 4 lub więcej
 - Nie jadam codziennie warzyw

Uwaga: Jedna porcja OWOCÓW w przybliżeniu równa jest: 1 sztuce średniej wielkości owocu (np. jabłko), 2 sztukom małych owoców (np. morela, kiwi) lub 125 ml szklance czystego soku owocowego czy 1 łyżce suszonych owoców.

55. Ile porcji owoców, jakiegokolwiek rodzaju, zjada Pan/Pani w ciągu przeciętnego dnia?
- 1 porcję
 - 2 porcje
 - 3 lub więcej
 - Nie jadam codziennie owoców
56. Jak często w przeciętnym tygodniu zjada Pan/Pani ryby morskie (np. śledź, tuńczyk, makrela, łosoś, sardynki)?
- Codziennie
 - 3-6 razy w tygodniu
 - 2 razy w tygodniu
 - 1 raz tygodniu
 - Rzadziej niż raz w tygodniu
 - Nie jadam ryb morskich
57. Jak często w przeciętnym tygodniu zjada Pan/Pani dania typu fast-food (np. pizza, hamburgery, hot-dogi)?
- Codziennie
 - 3-6 razy w tygodniu

- c) 2 razy w tygodniu
 - d) 1 raz tygodniu
 - e) Rzadziej niż raz w tygodniu
 - f) Nie jadam fast-foodów
58. Jak często w przeciętnym tygodniu pije Pan/Pani słodkie napoje niegazowane lub gazowane (typu cola)?
- a) Codziennie
 - b) 3-6 razy w tygodniu
 - c) 2 razy w tygodniu
 - d) 1 raz tygodniu
 - e) Rzadziej niż raz w tygodniu
 - f) Nie piję takich napojów
59. Jak często w przeciętnym tygodniu zjada Pan/Pani słodczy (np. cukierki, czekoladę, batony typu Mars, Snickers, ciastka, wafelki, itp.)?
- a) Codziennie
 - b) 3-6 razy w tygodniu
 - c) 2 razy w tygodniu
 - d) 1 raz tygodniu
 - e) Rzadziej niż raz w tygodniu
 - f) Nie jadam słodczy
60. Czy stosuje Pan/Pani specjalną dietę:
- a) Nie
 - b) Tak, odchudzającą
 - c) Tak, wegetariańską
 - d) Tak, cukrzycową
 - e) Tak, niskotłuszczową lub niskocholesterolową
 - f) Tak, inną, jaką?.....
61. Jaki rodzaj chleba/pieczynki zazwyczaj Pan/Pani spożywa? Można wybrać jedną lub więcej odpowiedzi:
- a) Pieczywo zwykłe pszenno-żytnie
 - b) Pieczywo pszenne jasne
 - c) Pieczywo żytnie jasne
 - d) Ciemne razowe pszenne lub żytnie
 - e) Inne, jakie?.....
62. Jaki rodzaj tłuszczu zazwyczaj używa Pan/Pani do chleba? Można wybrać jedną lub więcej odpowiedzi:
- a) Masło
 - b) Margaryna
 - c) Mieszane (tzw. Mix)
 - d) Smalec
 - e) Żadnego
63. Czy usuwa Pan/Pani tłuszcz widoczny z mięsa, wędlin i skórę z drobiu?
- a) Tak, często
 - b) Tak, czasami
 - c) Nie
64. Proszę podać, z jakich źródeł wiedzy na temat zdrowego odżywiania Pan/Pani korzysta?

- a) Nie korzystam, nie interesuje mnie to (proszę przejść do pytania 66)
- b) Lekarz lub pielęgniarka
- c) Dietetyk
- d) Rodzice/rodzina
- e) Lekcje w szkole
- f) Programy TV
- g) Prasa
- h) Internet
- i) Poradniki, książki
- j) Inne, jakie?.....

65. Czy stosuje Pan/Pani uzyskaną wiedzę na ten temat zdrowego odżywiania w życiu codziennym:

- a) Tak, często
- b) Tak, rzadko
- c) Raczej nie

66. Które z poniższych czynników utrudniają Panu/Pani zdrowe odżywianie się? Można wybrać jedną lub więcej odpowiedzi

- a) Żadne – odżywiam się zdrowo
- b) Wysokie ceny zdrowej żywności
- c) Nie mam takiej potrzeby
- d) Brak chęci
- e) Mały wybór zdrowej żywności w sklepie, w którym najczęściej robię zakupy
- f) Przygotowanie zdrowego posiłku zajmuje zbyt dużo czasu
- g) Mały wybór zdrowej żywności w restauracjach/stołówkach/automatach z żywnością
- h) Brak informacji o zdrowych posiłkach w restauracjach/stołówkach
- i) Nie wiem, jak zdrowo gotować
- j) Nigdy nie uczono mnie jak się zdrowo odżywiać
- k) Nie smakuje mi zdrowa żywność
- l) Inni ludzie mnie zniechęcają
- m) Inne, proszę podać

Badania przesiewowe

67. Czy w ciągu ostatnich pięciu lat, brał(a) Pan/Pani udział w poniższych badaniach?

- a) Kobiety: cytologia

Tak	Nie	Nie mam pewności
-----	-----	------------------
- b) Kobiety: mammografia

Tak	Nie	Nie mam pewności
-----	-----	------------------
- c) Kolonoskopia (badanie jelita grubego)

Tak	Nie	Nie mam pewności
-----	-----	------------------
- d) Badania w kierunku chorób serca i naczyń (oznaczenie cholesterolu, glukozy, badanie ciśnienia, udział w programie profilaktyki NFZ)

Tak	Nie	Nie mam pewności
-----	-----	------------------
- e) Szczepienia profilaktyczne dla osób dorosłych (grypa)

Tak	Nie	Nie mam pewności
-----	-----	------------------

Dochód

68. Czy w Pana/Pani gospodarstwie domowym w ciągu ostatniego roku zdarzyło się, że brakowało pieniędzy na żywność dla Pana(i) i najbliższej rodziny?
- a) Zawsze
 - b) Często
 - c) Czasem
 - d) Rzadko
 - e) Nigdy
69. Czy w Pana/Pani gospodarstwie domowym w ciągu ostatniego roku zdarzyło się, że brakowało pieniędzy na ubranie potrzebne dla Pana(i) i najbliższej rodziny?
- a) Zawsze
 - b) Często
 - c) Czasem
 - d) Rzadko
 - e) Nigdy
70. Czy w Pana/Pani gospodarstwie domowym w ciągu ostatniego roku zdarzyło się, że wystąpiły trudności z płaceniem rachunków (czynsz, prąd, ogrzewanie itp.)?
- a) Zawsze
 - b) Często
 - c) Czasem
 - d) Rzadko
 - e) Nigdy
71. Jak często zdarzyło się w ciągu ostatniego roku, że rezygnował Pan/Pani z wykupienia przepisanych przez lekarza leków?
- a) Zawsze
 - b) Często
 - c) Czasem
 - d) Rzadko
 - e) Nigdy

Problemy w otoczeniu

72. Z poniższej listy proszę wybrać 5 najważniejszych Pana/Pani zdaniem problemów zdrowotnych w Pana/i społeczności lokalnej. Proszę ocenić wymienione problemy w skali od 0 do 5 (0=nie ma problemu, 5=problem bardzo duży).
- a) Nadużywanie alkoholu
0 1 2 3 4 5
 - b) Bardzo rozpowszechnione palenie papierosów
0 1 2 3 4 5
 - c) Astma / choroby dróg oddechowych
0 1 2 3 4 5
 - d) Choroby nowotworowe

	0	1	2	3	4	5
e) Cukrzyca	0	1	2	3	4	5
f) Nadużywanie narkotyków	0	1	2	3	4	5
g) Choroby serca	0	1	2	3	4	5
h) Choroby psychiczne	0	1	2	3	4	5
i) Znaczna otyłość	0	1	2	3	4	5
j) Urazy (w tym przemoc i wypadki)	0	1	2	3	4	5
k) Choroby przenoszone drogą płciową	0	1	2	3	4	5
l) Cięższe nieletnich	0	1	2	3	4	5
m) Znaczna niepełnosprawność	0	1	2	3	4	5
n) Choroby kręgosłupa i stawów	0	1	2	3	4	5
o) Inne (proszę podać poniżej)	0	1	2	3	4	5

73. Które Pana/Pani zdaniem są głównymi problemami socjalnymi w społeczności, w której Pan/Pani mieszka/reprezentuje? Proszę ocenić wymienione problemy w skali od 0 do 5 (0=nie ma problemu, 5=problem bardzo duży)

a) Rozbite rodziny	0	1	2	3	4	5
b) Niski poziom wykształcenia	0	1	2	3	4	5
c) Przestępstwa/przemoc (bezpieczeństwo w okolicy)	0	1	2	3	4	5
d) Przemoc domowa/wykorzystywanie i znęcanie się (fizyczne, psychiczne, finansowe) nad dziećmi, kobietami, osobami starszymi	0	1	2	3	4	5
e) Bezdomność	0	1	2	3	4	5
f) Brak opieki dla seniorów ze strony systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej	0	1	2	3	4	5
g) Trudności językowe i kulturowe	0	1	2	3	4	5
h) Bezrobocie	0	1	2	3	4	5
i) Niedogodny transport (komunikacja)	0	1	2	3	4	5
j) Ubóstwo						

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| k) Zdrowie psychiczne | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| l) Samobójstwa | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| m) Uzależnienia | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| n) Dostępność opieki dla dzieci (żłobki, przedszkola) | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o) Zaniedbywanie osób starszych przez rodziny, sąsiadów | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Zawód, obciążenie pracą

74. Czy pracuje Pan/Pani w warunkach narażenia na substancje szkodliwe (np. pył, substancje chemiczne, biologiczne)?
- Tak
 - Nie
75. Czy pracuje Pan/Pani w warunkach narażenia na przewlekły stres?
- Tak
 - Nie

Przestępczość

76. Czy w Pana/Pani najbliższym otoczeniu (rodzina, sąsiedzi) występuje wyraźny problem z przemocą?
- Tak
 - Nie
 - Nie wiem
77. Czy często zdarza się w Pana/Pani otoczeniu, że osoby używające przemocy wyraźnie Panu/Pani przeszkadzają w codziennych aktywnościach?
- Tak
 - Nie
 - Nie wiem

Dostęp do opieki zdrowotnej

78. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(-ła) Pan/Pani w szpitalu jako pacjent(-tka) całodobowy(-wa), czyli przez 1 noc lub dłużej?
- Tak
 - Nie
79. Ile nocy łącznie spędził(-ła) Pan/Pani w szpitalu jako pacjent(-tka)? Nie wliczać pobytów niezakończonych (trwających)
- nocy

80. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(-ła) Pan/Pani przyjęty(-ta) do szpitala jako pacjent(-tka) dzienny(-na), czyli bez konieczności pozostania na noc?
- Tak
 - Nie
81. Kiedy ostatnio był(-ła) Pan/Pani u dentysty jako pacjent(-tka)?
- Mniej niż 6 miesięcy temu
 - Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu
 - 12 miesięcy temu lub dawniej
 - Nigdy
82. Kiedy ostatnio konsultował(-ła) się Pan/Pani z lekarzem ogólnym (lekarzem POZ) lub lekarzem rodzinnym jako pacjent(-tka)?
- Mniej niż 6 miesięcy temu
 - Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu
 - 12 miesięcy temu lub dawniej
 - Nigdy
83. Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni konsultował(-ła) się Pan/Pani z lekarzem ogólnym (lekarzem POZ) lub lekarzem rodzinnym jako pacjent(-tka)?
Ile razy.....
84. Kiedy ostatnio konsultował(-ła) się Pan/Pani z lekarzem specjalistą jako pacjent(-tka)?
- Mniej niż 6 miesięcy temu
 - Od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu
 - 12 miesięcy temu lub dawniej
 - Nigdy
85. Gdzie w ciągu ostatnich 12 miesięcy najczęściej korzysta Pan/Pani z porady lekarskiej? (zaznacz od 1-5, 1 – najrzadziej, 5 – najczęściej).
- W przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej (np. u lekarza rodzinnego)
1 2 3 4 5
 - W poradniach specjalistycznych (w ramach ubezpieczenia zdrowotnego)
1 2 3 4 5
 - Prywatnie (np. w prywatnym gabinecie lekarza, spółdzielni lekarskiej, w ramach abonamentu, itp.)
1 2 3 4 5
 - Nie korzystam z porad lekarza (proszę przejść do 97)
1 2 3 4 5
 - Inne
1 2 3 4 5
86. Czy może Pan/Pani skontaktować się z lekarzem, gdy jest to potrzebne?
- Za każdym razem kiedy chcę i bez żadnych trudności
 - Zazwyczaj, ale może to być trudne, np. trudno dostać się do lekarza, lekarz zajęty lub nie mogą sobie pozwolić na płacenie za wizytę
 - Zwykle nie, jest to zbyt skomplikowane
 - Nie, jest to zbyt trudne aby dostać się do lekarza, lekarz jest zbyt zajęty, albo wydatek na lekarza jest zbyt duży

- e) Nie korzystam z opieki zdrowotnej, nie mam takiej potrzeby
87. Czy wykupił Pan/Pani wszystkie leki przepisane w czasie ostatniej wizyty?
- Lekarz nie zapisał mi żadnych leków (proszę przejść do pytania 88)
 - Tak wykupiłem i biorę je wg zaleceń lekarza (proszę przejść do pytania 88)
 - Tak, wykupiłem ale nie biorę wg zaleceń lekarza (proszę przejść do pytania 88)
 - Nie wykupiłem (proszę przejść do pytania 87)
88. Dlaczego Pan/Pani nie wykupił leków? (gdym odpowiedź 10d)
- Brak pieniędzy na leki
 - Uważałem (am), że nie wszystkie leki były konieczne
 - Inne.....
89. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, zdarzyło się, że nie mógł Pan/Pani sobie pozwolić z powodów finansowych lub innych na potrzebne?
- Porady lekarskiej lub zabieg (operację)?
tak nie
 - Leki na receptę?
tak nie
90. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że nie zażył Pan/Pani leku przepisanego na receptę lub brał Pan/Pani mniejsze dawki, aby mieć je na dłużej?
- Tak
 - Nie
91. Jakie są najważniejsze przeszkody w dostępie do świadczeń opieki medycznej w Pana/Pani społeczności? Zaznacz wszystkie odpowiednie:
- Brak lub mała dostępność potrzebnych świadczeń
 - Brak informacji o dostępnych świadczeniodawcach (informatory)
 - Wysokie koszty świadczeń zdrowotnych
 - Brak ubezpieczenia
 - Problemy z dojazdem
 - Inne, jakie?.....
92. Jakie są najważniejsze braki w opiece zdrowotnej dla mieszkańców w Pana/Pani okolicy? Zaznacz wszystkie odpowiednie odpowiedzi:
- Brak świadczeniodawców w miejscu zamieszkania lub w bezpośredniej odległości
 - Brak opieki stomatologicznej
 - Brak opieki specjalistycznej
 - Brak opieki terminalnej (hospicja, opieka paliatywna)
 - Brak opieki psychiatrycznej
 - Brak opieki zdrowotnej dla dzieci
 - Brak podstawowej opieki zdrowotnej
 - Brak możliwości leczenia uzależnień
 - Brak rehabilitacji, fizjoterapii
 - Inne.....

Jakość opieki zdrowotnej

93. Jak często korzysta Pan/Pani z usług przychodni?
- Więcej niż jeden raz w miesiącu
 - Średnio jeden raz w miesiącu
 - Kilkukrotnie w roku
 - Rzadziej jeden raz w roku
94. Oprócz przychodni korzysta(ła) Pan/Pani z pomocy lekarzy specjalistów
- Więcej niż jeden raz w miesiącu
 - Średnio jeden raz w miesiącu
 - Kilkukrotnie w roku
 - Rzadziej jeden raz w roku
95. Kiedy ostatnio korzystał (a) Pan/Pani z usług przychodni (POZ):
- W ciągu ostatniego tygodnia
 - Ponad tydzień ale mniej niż miesiąc temu
 - Ponad miesiąc temu ale w tym roku
 - Ponad rok temu
96. Jak ocenia Pana/Pani jakość lokalnej opieki zdrowotnej? Proszę zaznaczyć odpowiednie odpowiedzi:
- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------|-------------|-------------------|----------------------|
| a) Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) | ocena bardzo dobra | ocena dobra | ocena dostateczna | ocena niedostateczna |
| | nie potrafię ocenić | | | |
| b) Specjalistyczna opieka zdrowotna | ocena bardzo dobra | ocena dobra | ocena dostateczna | ocena niedostateczna |
| | nie potrafię ocenić | | | |
| c) Szpital rejonowy | ocena bardzo dobra | ocena dobra | ocena dostateczna | ocena niedostateczna |
| | nie potrafię ocenić | | | |
| d) Opieka społeczna | ocena bardzo dobra | ocena dobra | ocena dostateczna | ocena niedostateczna |
| | nie potrafię ocenić | | | |

Wiedza o czynnikach ryzyka

97. Czy zetknął się Pan/Pani z pojęciem „czynnik ryzyka” chorób sercowo-naczyniowych (np. zawał serca, choroba wieńcowa lub udar mózgu)?
- Tak
 - Nie
 - Nie przypominam sobie

Jeżeli tak, to proszę wymienić znane Panu/Pani czynniki ryzyka, które zwiększają zagrożenie zachorowania na zawał serc a lub udar mózgu

TEKST DLA ANKIETUJĄCEGO: UWAGA! Nie należy wymieniać poniższych, natomiast zaznaczyć (odnotować) na poniższej liście te, które zostały spontanicznie podane przez badanego.

- Nadciśnienie tętnicze
- Wysokie stężenie cholesterolu
- Wysokie stężenie LDL-C
- Niskie stężenie HDL-C

- e) Cukrzyca
- f) Nadwaga lub otyłość
- g) Nieprawidłowa dieta
- h) Nadużywanie alkoholu
- i) Palenie papierosów
- j) Niska aktywność fizyczna
- k) Przewlekły stres
- l) Inne, jakie?
 -
 -
 -
 -

Środowiskowe potrzeby zdrowotne

98. Jaka jest powierzchnia zamieszkiwanego przez Panią/Pana mieszkania/domu?
99. Ile osób mieszka w tym mieszkaniu/domu?
100. Ile dzieci mieszka w Pana/Pani mieszkaniu/domu?
101. Jeśli w mieszkaniu/domu zamieszkują dzieci to czy mają one swój własny, oddzielny pokój?
- a) Tak
 - b) Nie
102. Czy według siebie ma Pani/Pan w mieszkaniu/domu wystarczająco dużo przestrzeni do życia (wykonywania codziennych czynności, odpoczynku itp.) Proszę ocenić to według skali gdzie:
- a) 1 – znaczy „Zdecydowanie nie mam przestrzeni do życia”
 - b) 2 – znaczy „Mam niewiele przestrzeni do życia” (jest ona niewystarczająca)
 - c) 3 – znaczy „Mam wystarczająco dużo przestrzeni do życia”
 - d) 4- znaczy „Mam nadmiar przestrzeni do życia” (jest jej zdecydowanie więcej niż potrzebuję, moje mieszkanie mogłoby być mniejsze)
 - e) 0- Nie wiem lub nie potrafię ocenić
103. Czy któraś z osób zamieszkujących w Pana/Pani mieszkaniu/domu pali w nim papierosy?
- a) Tak
 - b) Nie
104. Jeśli „TAK” to proszę podać liczbę osób palących papierosy w mieszkaniu/domu
105. Czy w Pani/Pana mieszkaniu/domu znajdują się funkcjonujące (wciąż używane):
- a) kaflowy piec węglowy

- Tak Nie
- b) wolnostojący piecyk (np. typu „koza”) opalany węglem, drewnem lub innym typem paliwa stałego
- Tak Nie
- c) Kominek
- Tak Nie
- d) gazowy przepływowy podgrzewacz wody (tzw. piecyk gazowy)
- Tak Nie
- e) promiennik gazowy
- Tak Nie
- f) Inne urządzenia grzewcze mogące być źródłem tlenku węgla (czadu)
- Tak Nie
- Jeśli „TAK” to jakie?

106. Jak często w swoim mieszkaniu/domu jest Pani/Pan narażona/narażony na hałas, którego nie może Pani/Pan kontrolować (tj. wyłączyć, przyciszyć itp.)

- Nigdy
- Bardzo rzadko (kilka razy w roku)
- Rzadko (kilka razy w miesiącu = średnio raz na tydzień)
- Często (2-3 razy w tygodniu)
- Bardzo często (większość tj. 4-6 dni w tygodniu)
- Właściwie zawsze (właściwie codziennie, nieprzerwanie)
- Nie wiem lub nie potrafię ocenić

107. Jeśli w odpowiedzi na poprzednie pytanie wybrał Pan/Pani którąś z możliwości od b do f proszę podać skąd pochodzi ten hałas?

- Źródła hałasu znajdują się wewnątrz mieszkania/domu (np. wentylator, lodówka itp.)
- Źródła hałasu znajdują się zarówno wewnątrz mieszkania/domu jak i na zewnątrz
- Źródła hałasu znajdują się na zewnątrz mieszkania/domu

108. Jeśli w odpowiedzi na wcześniejsze pytanie wybrał Pan/Pani którąś z możliwości od b do f proszę teraz ocenić w jakim stopniu hałas słyszalny w mieszkaniu/domu zakłóca Pani/Pana codzienne funkcjonowanie (np. sen odpoczynek, możliwość skupienia się i koncentracji na wykonywanych czynnościach) odnosząc się do następującej skali, gdzie:

- 1 hałas w słyszalny w mieszkaniu/domu w ogóle nie zakłóca mojego funkcjonowania (w tym snu i odpoczynku) na co dzień
- 2 hałas w słyszalny w mieszkaniu/domu w sposób nieznaczny zakłóca moje funkcjonowanie (w tym sen i odpoczynek) na co dzień
- 3 hałas w słyszalny w mieszkaniu/domu zakłóca moje funkcjonowanie (w tym sen i odpoczynek) na co dzień
- 4 hałas w słyszalny w mieszkaniu/domu znacząco zakłóca moje funkcjonowanie (w tym sen i odpoczynek) na co dzień
- 5 hałas w słyszalny w mieszkaniu/domu w tak dużym stopniu zakłóca moje funkcjonowanie (w tym sen i odpoczynek), że jest jednym z największych problemów z którymi zmagam się na co dzień
- 0 nie wiem lub nie potrafię ocenić

109. Czy w Pana/Pani domu/mieszkanii jest bezpořrednie ujęcie wody pitnej (= kran)?
- Tak
 - Nie
110. Jeřli „NIE” to proszę wymienić Źródło wody pitnej z ktorego Pan/Pani korzystają? (np. studnia, woda butelkowana , beczkowóz itp.)
.....
111. Czy w Pana/Pani domu/mieszkanie jest bezpořrednio podlęczone do kanalizacji zbiorczej?
- Tak
 - Nie
112. Jeřli „NIE” to proszę wymienić sposób w jaki pozbywają się Pan/Pani ścieków:
.....
113. Jak Pan/Pani ocenia jakość swojego mieszkania:
- Bardzo dobrze (suche, wyremontowane, w pełni wyposaęzone)
 - Dobrze (suche, ale są pewne braki, np. niewielki metraę)
 - Źle (wymaga remontu, brakuje wyposaęzenia)
 - Bardzo źle (wilgotne, ciasne, źle ogrzewane, nieremontowane)
114. Proszę podać jak często do ogrzewania Pan/Pani mieszkania/domu stosuje się paliwa stałe (węgiel kamienny, węgiel brunatny, drewno)
- Nigdy
 - Bardzo rzadko (kilka razy w roku)
 - Rzadko (kilka razy w miesiącu = średnio raz na tydzień)
 - Często (2-3 razy w tygodniu)
 - Bardzo często (większość tj. 4-6 dni w tygodniu)
 - Zawsze
 - Nie wiem lub nie potrafię ocenić
115. Jak ocenia Pan/Pani powietrze w swoim miejscu zamieszkania pod wzgłędem obecności w nim zanieczyszczeń? Proszę ocenić w skali od 1 do 10, gdzie „1” znaczy „całkowicie zanieczyszczone” a „10” oznacza „całkowicie czyste”
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
0. Nie wiem lub nie potrafię ocenić

116. Jeśli w sąsiedztwie Pana/Pani mieszkania/domu znajduje/ą się źródło/a emisji (instalacja, obiekt) w sposób zanieczyszczające powietrze proszę je wymienić określając równocześnie ich odległość od Pani/Pana mieszkania/domu.

a) źródło emisji zanieczyszczeń:

-
-
-

b) odległość od mieszkania/domu

-
-
-

117. Proszę ocenić swój dostęp do terenów zielonych (park, ogród, skwer, las, łąka itp.) w obrębie których mogłaby Pani/mógłby Pan relaksować się (np. spacerować, odpoczywać, podejmować aktywności rekreacyjno-sportowe) podając wartość w skali od 1 do 10 gdzie „1.” znaczy „w ogóle nie mam dostępu do terenów zielonych” a „10” „bardzo dobry dostępu do terenów zielonych”.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

0. Nie wiem lub nie potrafię ocenić

MODUL AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ – WERSJA PODSTAWOWA

1. W jaki sposób zazwyczaj przebywa (przebywał) Panu/Pani drogę z domu do pracy (szkoły, uczelni) i z powrotem? *(Proszę wskazać tylko jedną odpowiedź)*
 - środkami komunikacji publicznej - *przejdź do pyt.*
 - samochodem osobowym - *przejdź do pyt.*
 - chodzę pieszo lub jeżdżę rowerem

2. Ile minut dziennie zajmuje Panu/Pani dojście lub dojechanie rowerem do pracy (szkoły, uczelni) i z powrotem?
 - mniej niż 15 min.
 - od 15 do 30 min.
 - od 31-60 min.
 - ponad godzinę

3. Czy Pana/Pani praca zawodowa ma charakter:
 - pracy ciężkiej fizycznie (przynajmniej 50% czasu spędza Pan(i) na wykonywaniu ciężkiej fizycznej pracy)
 - pracy siedzącej (więcej niż połowę czasu pracy spędza Pan(i) siedząc lub stojąc)
 - innej, nie mieszczącej się w wymienionych dwóch rodzajach
 - aktualnie nie pracuję zawodowo

4. Czy zdarza się Panu/Pani w czasie wolnym od pracy wykonywać ćwiczenia fizyczne (np. biegać, jeździć na rowerze, pływać, gimnastykować się, praca na działce itp.) przez co najmniej 30 min. bez przerwy?
 - tak
 - nie - *przejdź do pyt.*

5. Jak często jest Pan/Pani tak aktywny(a):
 - codziennie
 - prawie każdego dnia (4-6 razy w tygodniu)
 - co drugi lub trzeci dzień
 - raz w tygodniu
 - dwa lub trzy razy w miesiącu
 - raz w miesiącu lub rzadziej
 - jestem aktywny tylko sezonowo (np. zimą na nartach lub latem na działce)

6. Dlaczego nie wykonuje Pan/Pani ćwiczeń fizycznych? *(Proszę wybrać tylko jedną odpowiedź)*
 - brak czasu
 - nie mam ochoty
 - nie mam takiej potrzeby
 - stan zdrowia nie pozwala
 - pracuję ciężko fizycznie
 - nie mam możliwości wykonywania ćwiczeń fizycznych/sportu w pobliżu miejsca zamieszkania

7. Proszę określić ile czasu dziennie poświęca Pan/Pani zazwyczaj na chodzenie (np.: spacer, chodzenie po zakupy, odprowadzanie dzieci na zajęcia, spacer z psem, itp.) nie związane z dojściem lub powrotem z miejsca pracy/uczelni czy szkoły?

- poniżej 10 min
- ok. 15-25 min
- 30-59 min
- 60-89 min
- 90-120 min
- od dwóch do czterech godzin
- powyżej czterech godzin

8. Proszę określić ile czasu spędza Pan/Pani codziennie w pozycji siedzącej lub leżącej (nie biorąc pod uwagę snu w godzinach nocnych). Proszę wziąć pod uwagę zarówno czas spędzony w pozycji siedzącej w pracy (na uczelni czy w szkole), jak i okresie wolnym od pracy:

- poniżej 1 godziny
- od 1-3 godzin
- od 4-6 godzin
- od 7-9 godzin
- ponad 10 godzin

9. Proszę podać czy uprawia Pan/Pani w sposób systematyczny jakiś sport lub inną formę ćwiczeń fizycznych:

- nie, wcale
- tak, ale bardzo rzadko i niesystematycznie
- tak, systematycznie (min. 2 razy w tygodniu), ale nie uprawiam sportu wyczynowo – *proszę przejść do pyt.*
- tak, systematycznie, uprawiam sport wyczynowy i należę do klubu sportowego – *proszę przejść do pyt.*

10. Jeśli uprawia Pan/Pani w sposób systematyczny jakiś sport lub inne ćwiczenia fizyczne (np. taniec, siłownia, yoga, aerobic, fitness, itp.) proszę podać rodzaj treningu (można wymienić kilka uprawianych rodzajów ćwiczeń lub dyscyplin sportu):

-
-
-

- ile razy w tygodniu wykonuje Pan/Pani ćwiczenia lub treningi?

-

- ile czasu tygodniowo poświęca Pan/ Pani łącznie na wszystkie ćwiczenia lub treningi sportowe

-

11. Jeśli uprawia Pan/Pani sport wyczynowo (w klubie sportowym) to proszę podać dyscyplinę sportu (np. piłka nożna, tenis lub karate):

-
-
-

- ile razy tygodniowo wykonuje Pan/Pani treningi sportowe?

-
-
-

- ile czasu tygodniowo poświęca Pan/Pani łącznie na wszystkie zajęcia i treningi sportowe?

-
-
-

12. Czy chciałby/chciałaby Pan/Pani zwiększyć w niedalekiej przyszłości aktywność fizyczną i uczestniczyć w zajęciach sportowych lub innych ćwiczeniach fizycznych?

- zdecydowanie tak – *proszę przejść do pyt.*
- raczej tak – *proszę przejść do pyt.*
- raczej nie
- zdecydowanie nie
- nie wiem

Wersja rozszerzona (Healthy Life Check)

13. Jeżeli zamierza Pan/Pani zwiększyć w niedalekiej przyszłości aktywność fizyczną i rozpocząć systematyczne ćwiczenia, to jaki rodzaj wysiłku fizycznego (lub treningu sportowego) najbardziej Panu/Pani odpowiada? (można wymienić kilka rodzajów ćwiczeń, np.: siatkówka, tenis stołowy, taniec towarzyski, pływanie, piłka nożna, itp.)

-
-
-
-

14. Gdyby pojawiły się nowe atrakcyjne możliwości udziału w ćwiczeniach fizycznych lub w zajęciach sportowych w pobliżu Pana/Pani miejsca zamieszkania, to czy byłby/byłaby Pan/Pani gotów w nich uczestniczyć?

- zdecydowania nie
- raczej nie
- zdecydowanie tak – *proszę przejść do pyt.*
- raczej tak – *proszę przejść do pyt.*
- nie wiem

15. Gdyby pojawiły się nowe atrakcyjne możliwości udziału w ćwiczeniach fizycznych lub zajęciach sportowych w pobliżu Pan/Pani miejsca zamieszkania, to czy byłby Pan/Pani gotowy/gotowa do wyłożenia pewnej kwoty pieniędzy za możliwość systematycznego uczestnictwa?

- zdecydowanie nie
- raczej nie
- zdecydowanie tak – *proszę przejść do pyt.*
- raczej tak – *proszę przejść do pyt.*

- nie wiem
16. Jaką kwotę w skali miesiąca byłby/byłaby Pan/Pani gotowa wydać z własnych pieniędzy na udział w zajęciach sportowych?
- nie więcej niż 20 zł miesięcznie
 - od 30-50 złotych
 - od 60-90 złotych
 - od 100 do 150 złotych
 - w razie konieczności nawet powyżej 150 złotych miesięcznie

MODUL AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ – WERSJA KRÓTKA

1. W jaki sposób zazwyczaj przebywa (przebywał) Panu/Pani drogę z domu do pracy (szkoły, uczelni) i z powrotem? *(Proszę wskazać tylko jedną odpowiedź)*
 - środkami komunikacji publicznej - *przejdź do pyt.*
 - samochodem osobowym - *przejdź do pyt.*
 - chodzę pieszo lub jeżdżę rowerem

2. Ile minut dziennie zajmuje Panu/Pani dojście lub dojechanie rowerem do pracy (szkoły, uczelni) i z powrotem?
 - mniej niż 15 min.
 - od 15 do 30 min.
 - od 31-60 min.
 - ponad godzinę

3. Czy Pana/Pani praca zawodowa ma charakter:
 - pracy ciężkiej fizycznie (przynajmniej 50% czasu spędza Pan(i) na wykonywaniu ciężkiej fizycznej pracy)
 - pracy siedzącej (więcej niż połowę czasu pracy spędza Pan(i) siedząc lub stojąc)
 - innej, nie mieszczącej się w wymienionych dwóch rodzajach
 - aktualnie nie pracuję zawodowo

4. Czy zdarza się Panu/Pani w czasie wolnym od pracy wykonywać ćwiczenia fizyczne (np. biegać, jeździć na rowerze, pływać, gimnastykować się, praca na działce itp.) przez co najmniej 30 min. bez przerwy?
 - tak
 - nie - *przejdź do pyt.*

5. Jak często jest Pan/Pani tak aktywny(a):
 - codziennie
 - prawie każdego dnia (4-6 razy w tygodniu)
 - co drugi lub trzeci dzień
 - raz w tygodniu
 - dwa lub trzy razy w miesiącu
 - raz w miesiącu lub rzadziej
 - jestem aktywny tylko sezonowo (np. zimą na nartach lub latem na działce)

6. Dlaczego nie wykonuje Pan/Pani ćwiczeń fizycznych? *(Proszę wybrać tylko jedną odpowiedź)*
 - brak czasu
 - nie mam ochoty
 - nie mam takiej potrzeby
 - stan zdrowia nie pozwala
 - pracuję ciężko fizycznie
 - nie mam możliwości wykonywania ćwiczeń fizycznych/sportu w pobliżu miejsca zamieszkania

7. Proszę określić ile czasu dziennie poświęca Pan/Pani zazwyczaj na chodzenie (np.: spacer, chodzenie po zakupy, odprowadzanie dzieci na zajęcia, spacer z psem, itp.) nie związane z dojściem lub powrotem z miejsca pracy/uczelni czy szkoły?
- poniżej 10 min
 - ok. 15-25 min
 - 30-59 min
 - 60-89 min
 - 90-120 min
 - od dwóch do czterech godzin
 - powyżej czterech godzin
8. Proszę określić ile czasu spędza Pan/Pani codziennie w pozycji siedzącej lub leżącej (nie biorąc pod uwagę snu w godzinach nocnych). Proszę wziąć pod uwagę zarówno czas spędzony w pozycji siedzącej w pracy (na uczelni czy w szkole), jak i okresie wolnym od pracy:
- poniżej 1 godziny
 - od 1-3 godzin
 - od 4-6 godzin
 - od 7-9 godzin
 - ponad 10 godzin
9. Proszę podać czy uprawia Pan/Pani w sposób systematyczny jakiś sport lub inną formę ćwiczeń fizycznych:
- nie, wcale
 - tak, ale bardzo rzadko i niesystematycznie
 - tak, systematycznie (min. 2 razy w tygodniu), ale nie uprawiam sportu wyczynowo – *proszę przejść do pyt.*
 - tak, systematycznie, uprawiam sport wyczynowy i należę do klubu sportowego – *proszę przejść do pyt.*

MODUL OPIEKI ZDROWOTNEJ

PYTANIA można stosować w wariantach a) i b)):

a) dotyczy ostatniej wizyty

b) dotyczy osób, które korzystały z opieki zdrowotnej co najmniej kilkakrotnie w ciągu roku

1. Jak generalnie ocenia Pan/Pani jakość opieki zdrowotnej? (0=ocena negatywna, 1=ocena niska, 2=ocena średnia, 3=ocena wysoka, 4=ocena bardzo wysoka, 9=nie dotyczy)
 - a) Sprawność dokonywania formalności związanych z rejestracją i przyjmowaniem pacjentów w przychodni
0 1 2 3 4 9
 - b) Ustalone godziny i zasady dokonywania rejestracji do lekarza
0 1 2 3 4 9
 - c) Możliwość zarejestrowania się do lekarza (dostępność usługi lekarskiej)
0 1 2 3 4 9
 - d) Dotrzymanie ustalonej godziny przyjęcia do lekarza lub pielęgniarki
0 1 2 3 4 9
 - e) Uprzejmość, życzliwość i jakość obsługi personelu rejestracji i personelu administracyjnego
0 1 2 3 4 9
 - f) Dostępność do opieki lekarskiej w godzinach popołudniowych, nocnych i świątecznych
0 1 2 3 4 9
 - g) Dostępność do opieki pielęgniarskiej w godzinach popołudniowych, nocnych i świątecznych
0 1 2 3 4 9
 - h) Dostępność do świadczeń lekarskich z zakresu ginekologii i położnictwa
0 1 2 3 4 9
 - i) Dostępność do świadczeń lekarskich z zakresu stomatologii
0 1 2 3 4 9
 - j) Otwartość na zgłaszane uwagi i skargi dotyczące funkcjonowania przychodni i zgłaszane potrzeby zmian organizacyjnych
0 1 2 3 4 9
 - k) Dostępność i sprawność wykonywania badań (czas oczekiwania w kolejce, czystość, wydawanie wyników badań)
0 1 2 3 4 9
 - l) Stan higieniczny i techniczny pomieszczeń medycznych, poczekalni, łazienek i toalet
0 1 2 3 4 9
 - m) Uprzejmość, życzliwość i jakość obsługi przez lekarzy i personel medyczny
0 1 2 3 4 9
 - n) Reakcja lekarzy na prośby i potrzeby zgłaszane przez pacjentów
0 1 2 3 4 9
 - o) Otwartość lekarzy na kierowanie pacjenta na dodatkowe konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne bądź zabiegi fizjoterapeutyczne
0 1 2 3 4 9
 - p) Reakcja pielęgniarek na prośby i potrzeby zgłaszane przez pacjentów
0 1 2 3 4 9

- q) Wsparcie, wyjaśnienie i zainteresowanie potrzebami pacjenta ze strony lekarzy
0 1 2 3 4 9
- r) Udzielanie informacji i wyjaśnień o zasadach udzielania pomocy medycznej
0 1 2 3 4 9
- s) Zainteresowanie pacjentem i jego problemami
0 1 2 3 4 9
- t) Ocena wykorzystania przez lekarza możliwości diagnostycznych tj. skierowania do specjalistów, badania, porady
0 1 2 3 4 9
- u) Długość oczekiwania na wizytę lekarską domową
0 1 2 3 4 9
- v) Ocena pracy pracowników administracji przychodni
0 1 2 3 4 9
2. Ogólna ocena 0 1 2 3 4 9

MODUL DLA OSÓB STARSZYCH

Wypadki i upadki (ankieta dla osób >65roku życia)

Proszę o podanie kilku informacji na temat najbardziej poważnego z tych zranień lub wypadków, które miały miejsce w ciągu ostatnich 12 miesięcy

118. Czy w wyniku upadku doznał(a) Pan/Pani złamania kości lub innych obrażeń?
- a) Złamanie kości udowej
Tak Nie
 - b) Złamanie innej kości
Tak Nie
 - c) Potłuczenia, ran bez złamania
Tak Nie

Zdrowie jamy ustnej

119. Czy spożywanie przez Pana/Panią posiłku odbywa się:
- a) W sposób normalny – tzn. zjadam wszystkie rodzaje pokarmu bez ich modyfikacji
 - b) Zjadam pokarmy samodzielnie, ale nieznacznie zmienione, np. małe łyki , małe kęsy, popijane płynem
 - c) Zjadam pokarmy rozdrobnione lub zmiksowane
 - d) Przyjmuję płyny zagęszczone, by unikać krztuszenia się
 - e) Karmienie odbywa się przez sondę (zgiębnik nosowo-gardłowy)
 - f) Karmienie drogą pozajelitową (kroplówka)
 - g) Odmowa odpowiedzi
120. Jaki jest Pana/Pani wiek?
- a) 60-74 ocena 0
 - b) 75-84 ocena 1
 - c) 85+ ocena 3
121. Jak ocenia Pan/Pani swój stan zdrowia?
- a) Wspaniałe lub dobre – tak =0
 - b) Przeciętne lub złe – tak =1
122. Czy ma Pan/Pani znaczne trudności z wykonaniem poniższych czynności lub ich wykonanie jest niemożliwe:
- a) Pochylanie, kucanie, klękanie
Tak Nie
 - b) Podnoszenie, dźwiganie przedmiotów o wadze około 4,5kg
Tak Nie
 - c) Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barków
Tak Nie
 - d) Pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów
Tak Nie
 - e) Przejście około 400 metrów
Tak Nie
 - f) Ciężka praca domowa jak mycie podłóg lub okien
Tak Nie

123. Czy z powodu złego stanu zdrowia lub ograniczeń w sprawności ma Pan/i trudności z wykonywaniem następujących czynności lub ich nie wykonuje:
- Zakupy produktów na potrzeby własne np. produkty toaletowe, leki, żywność
 - Rozporządzanie własnymi pieniędzmi : śledzenie wydatków, opłacanie rachunków
 - Przejsie przez pokój (również przy pomocy kuli, laski, lub balkonika)
 - Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu)
 - Kąpiel w wannie lub pod prysznicem
124. Korzysta Pan/Pani z następujących pomocy stale lub przez większość czasu?
- Laski, trójnogu, kuli łokciowej
Tak Nie
 - Wózka inwalidzkiego
Tak Nie
 - Protez kończyn
Tak Nie
 - Materaca przeciw odleżynom
Tak Nie
 - Pieluchomajtek
Tak Nie
 - Łóżka ortopedycznego
Tak Nie
 - Butów ortopedycznych, gorsetu
Tak Nie
 - Aparatu słuchowego
Tak Nie
 - CPAP
Tak Nie
 - Sprzętu do stomii
Tak Nie
 - Cewnika do dróg moczowych
Tak Nie
 - Respiratora
Tak Nie
 - Inhalatora
Tak Nie
125. Proszę ocenić swoje ogólne samopoczucie w ciągu ostatnich 2 tygodni zakreślając właściwą odpowiedź:
- Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) zadowolona?
Tak Nie
 - Czy ma Pan(i) uczucie pustki w życiu?
Tak Nie
 - Czy obawia się Pan(i), że coś złego może się Panu(i) przydarzyć ?
Tak Nie
 - Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?
Tak Nie

Zaburzenia funkcji poznawczych

126. Orientacja w czasie i miejscu

- a) Jaki jest teraz rok?
.....[]
- b) Na którym piętrze się obecnie znajdujemy?
.....[]

Zapamiętywanie

127. Wymienię teraz trzy słowa. Kiedy skończę, proszę, aby je Pan/Pani powtórzył(a).
Poniższe słowa wypowiadamy wolno i wyraźnie (jedno słowo na sekundę).

BYK [] MUR [] LAS []

Proszę je zapamiętać, bo zapytam o nie powtórnie za kilka minut.

Uwaga i liczenie

128. Proszę odejmować kolejno od 20 po 1 wstecz, aż powiem stop
[] [] [] [] [] []

Przypominanie

129. Proszę wymienić trzy słowa, które Pan/Pani miał (a) wcześniej zapamiętać
BYK [] MUR [] LAS []

130. Ile rodzajów leków zażywa Pan/Pani stale codziennie?

- a) 0
- b) 1-5
- c) 6-10
- d) Więcej niż 10

131. Czy zażywa Pan/Pani stale leki nasenne, uspokajające, przeciwdepresyjne,
przeciwpadaczkowe lub przeciwurojeniowe?

- a) Tak
- b) Nie

132. Przeciętnie ile szklanek płynu (tzn. 200ml) wypija Pan/Pani codziennie ?

- a) 2
- b) 3-4
- c) 5-6
- d) 7-8
- e) 9-10
- f) Więcej niż 10 szklanek

133. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy nastąpiła u Pana/Pani utrata 10% masy ciała, jeśli
Pan/Pani się nie odchudzał(a) ?

- a) Tak

b) Nie

134. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy nastąpiła u Pana/Pani utrata apetytu ?

a) Tak

b) Nie

Przypominanie

135. Proszę wymienić po raz drugi trzy słowa, które Pan/Pani miał(a) wcześniej zapamiętać

BYK [] MUR [] LAS []

Relacje społeczne

136. Jak często widuje się Pan/Pani ze swoimi krewnymi lub przyjaciółmi?

a) Zawsze kiedy tego chcę

b) Nie tak często jak bym chciał(a)

c) Nie widuję się

137. Czy ma Pan/Pani kogoś, kto w jakikolwiek sposób pomógłby Panu/Pani w razie choroby lub niesprawności?

a) Tak

b) Nikogo kto by chciał i był w stanie pomóc

c) Nie wiem

138. Jeśli TAK to na jaki czas?

a) Bezterminowo, tzn. tak długo jak to byłoby potrzebne

b) Przez krótki okres tzn. kilka tygodni do 6-ciu miesięcy

c) Doraźnie np. wioząc do lekarza lub przygotowując posiłki

d) Nie wiem