

JAK POPRAWIĆ STAN ZDROWIA  
I WPLYWAĆ NA REDUKOWANIE NIERÓWNOŚCI  
SPOŁECZNYCH W ZDROWIU  
W SPOŁECZNOŚCIACH LOKALNYCH?





Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego  
- Państwowy Zakład Higieny

## **JAK POPRAWIĆ STAN ZDROWIA I WPŁYWAĆ NA REDUKOWANIE NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH W ZDROWIU W SPOŁECZNOŚCIACH LOKALNYCH?**

Modelowe programy promocji zdrowia  
i profilaktyki chorób przewlekłych  
dla społeczności powiatów i gmin

pod redakcją naukową  
Wojciecha Drygasa  
i Zofii Stońskiej

Warszawa 2017

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO  
- PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY

© Copyright by Ministerstwo Zdrowia, 2017

Przedruk materiałów w całości lub w części jest możliwy  
wyłącznie za zgodą Ministerstwa Zdrowia  
oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego  
- Państwowego Zakładu Higieny.  
Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych  
dozwolone za podaniem źródła.

**Recenzja naukowa:**  
Dr hab. med. Piotr Tyszko

ISBN 978-83-89379-79-5

Koszty związane z przygotowaniem i publikacją zostały pokryte  
ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego  
na lata 2009-2014.

**Redakcja techniczna:**  
Katarzyna Istynowicz (Instytut Kardiologii)

**Projekt okładki:**  
Katarzyna Istynowicz (Instytut Kardiologii)

**Opracowanie graficzne i skład:**  
Anna Maciejewska i Maciej Ostojka-Lniski

**Wydawca:**  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego  
- Państwowy Zakład Higieny  
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa  
tel. 22 54 21 229  
e-mail: bogdan@pzh.gov.pl  
www.pzh.gov.pl

**Druk i oprawa:**  
TOTEM.COM.PL  
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław



## SPIS TREŚCI

<b>1. Wprowadzenie .....</b>	<b>7</b>
WOJCIECH DRYGAS, ZOFIA SŁOŃSKA	
<b>2. Sytuacja zdrowotna ludności Polski na tle innych krajów .....</b>	<b>13</b>
WOJCIECH DRYGAS, BOGDAN WOJTYNIAK	
<b>3. Ocena potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej. Jak wybierać priorytety w zakresie poprawy sytuacji zdrowotnej i niwelowania różnic społecznych w zdrowiu? .....</b>	<b>29</b>
WOJCIECH DRYGAS, ZOFIA SŁOŃSKA	
<b>4. Koalicje i ich rola w lokalnych programach zdrowotnych .....</b>	<b>36</b>
ZOFIA SŁOŃSKA, WOJCIECH DRYGAS	
<b>5. Tworzenie długofalowego programu działania na rzecz poprawy stanu zdrowia i zmniejszenia społecznych nierówności w zdrowiu w społeczności lokalnej .....</b>	<b>49</b>
ZOFIA SŁOŃSKA, WOJCIECH DRYGAS	
<b>6. Jak wykorzystać istniejące zasoby materialne i kadrowe oraz dostępne ogólnopolskie programy w zakresie wczesnej diagnostyki i profilaktyki chorób przewlekłych? .....</b>	<b>68</b>
MAGDALENA KWAŚNIEWSKA, WOJCIECH DRYGAS	
<b>7. Wyrównywanie nierówności społecznych w zdrowiu poprzez wpływ na zachowania zdrowotne (palenie tytoniu, konsumpcję alkoholu, redukcję otyłości i nadwagi). Przegląd najlepszych praktyk z innych krajów .....</b>	<b>79</b>
DOROTA KALETA	
<b>8. Propozycje wybranych programów z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych - ukierunkowanych na wyrównanie nierówności społecznych w zdrowiu - rekomendowanych do wdrożenia w polskich powiatach i gminach .....</b>	<b>110</b>
<b>8.1. Doświadczenia norweskie w redukowaniu nierówności społecznych w zdrowiu - przykłady z okręgu Møre i Romsdal .....</b>	<b>110</b>
WOJCIECH DRYGAS, MAGDALENA KWAŚNIEWSKA	

---

8.2. Doświadczenia brytyjskie w redukowaniu nierówności społecznych w zdrowiu .....	116
MAGDALENA KWAŚNIEWSKA, WOJCIECH DRYGAS	
8.3. Przegląd wybranych programów zagranicznych ukierunkowanych na redukcję nierówności społecznych w zdrowiu. Część I (USA, Kanada) .....	122
DOROTA KALETA	
8.4. Przegląd wybranych programów zagranicznych ukierunkowanych na redukcję nierówności społecznych w zdrowiu. Część II (Austria, Hiszpania, Irlandia) .....	136
AGNIESZKA JANOTA	
9. Projekt Piotrkowski „Twoje Serce Twoim Życiem”. Wykorzystanie potencjału społeczności lokalnej na rzecz realizacji wieloletniej strategii poprawy stanu zdrowia i redukowania następstw nierówności społecznych w zdrowiu .....	151
DANUTA RATAJSKA, JANUSZ TAMILLA	
10. Załączniki .....	213
11. Noty biograficzne autorów .....	223

## WPROWADZENIE

Poprawa stanu zdrowia mieszkańców wszystkich regionów naszego kraju oraz dążenie do wyrównywania nierówności w zdrowiu powinny należeć do priorytetowych celów polityki zdrowotnej i polityki społecznej. W międzynarodowych porównaniach obiektywnych mierników stanu zdrowia prowadzonych systematycznie przez WHO czy organizację OECD Polska zdecydowanie ustępuje krajom należącym do tzw. „starej” Unii Europejskiej. Zarówno średnia długość życia mieszkańców naszego kraju, wskaźniki umieralności przedwczesnej czy rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób przewlekłych (np. hipercholesterolemii, nadciśnienia tętniczego czy otyłości) różnią nas niekorzystnie od sąsiadów z północy czy zachodu Europy. Podobnie w publikowanych regularnie tzw. konsumencjach ocenach systemów ochrony zdrowia w krajach europejskich aktualna pozycja naszego kraju (29 miejsce wśród 33 klasyfikowanych krajów) zdecydowanie odbiega od oczekiwań i ... potencjalnych możliwości naszego kraju.

Od przynajmniej pięćdziesięciu lat dominującą przyczyną umieralności ogólnej i umieralności przedwczesnej w Polsce są choroby przewlekłe - w pierwszej kolejności choroby serca i naczyń oraz choroby nowotworowe - którym można w znacznym stopniu skutecznie zapobiegać. Choroby przewlekłe są znaczącą przyczyną chorobowości, hospitalizacji, absencji w pracy i generują bardzo wysokie i stale rosnące koszty leczenia. Niestety nadal wskaźniki chorobowości, umieralności ogólnej i przedwczesnej z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych w Polsce są niezadowalające i odbiegają od podobnych wskaźników w krajach Europy Zachodniej. Wśród wielu przyczyn tej niekorzystnej sytuacji należy wymienić - jako jedną z najważniejszych - zbyt małe zainteresowanie tworzeniem i wdrażaniem skutecznych programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych. Niestety, również poziom finansowania owych programów w Polsce zdecydowanie odbiega od standardów obowiązujących w krajach skandynawskich, Wielkiej Brytanii czy RFN.

Dzięki badaniom epidemiologicznym o zasięgu ogólnopolskim, regionalnym i lokalnym, których wyniki są dostępne w licznych publikacjach, dysponujemy obecnie wystarczającą wiedzą na temat rozpowszechnienia i zróżnicowania terytorialnego czynników ryzyka wspólnych dla wielu chorób przewlekłych m.in.

nadciśnienia tętniczego, zaburzeń gospodarki lipidowej, nadwagi i otyłości. Znane i dostępne są wiarygodne informacje na temat palenia tytoniu, aktywności fizycznej, sposobu żywienia czy konsumpcji alkoholu a więc zachowań zdrowotnych mających kapitalne znaczenia dla zdrowia. Zainteresowanych tą problematyką Czytelników zachęcamy do zapoznania się z wynikami badań: WOBASZ, NATPOL, CINDI WHO, PURE, PONS, POLSCREEN, HBSC (dotyczące dzieci i młodzieży) oraz publikacjami Polskiego Forum Profilaktyki. Warto z uznaniem podkreślić, że wiele badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Polsce w okresie po 1989 cechuje wysoka jakość metodologiczna, a ich wyniki są wykorzystywane m.in. w międzynarodowych badaniach porównawczych i metaanalizach publikowanych w najbardziej prestiżowym piśmiennictwie naukowym m.in. w NEJM, Lancecie czy British Medical Journal.

Wydaje się, że wiedza na temat programów z zakresu promocji zdrowia czy profilaktyki chorób przewlekłych realizowanych w naszym kraju w okresie ostatnich 10-20 lat jest skromna nawet wśród ekspertów z dziedziny zdrowia publicznego. Wynika to z wielu powodów: do najważniejszych należy z pewnością brak publikacji naukowych przedstawiających wspomniane programy lub ograniczony dostęp do owych publikacji. Bardzo rzadko przedmiotem publikacji było porównanie rozmaitych krajowych i zagranicznych programów z zakresu promocji zdrowia czy profilaktyki chorób przewlekłych, ocena skuteczności (m.in. efektów zdrowotnych czy edukacyjnych) oraz efektywności ekonomicznej realizowanych programów.

Nie mniej istotną kwestią jest problem wyrównywania nierówności w zdrowiu, o której warto w naszym kraju nie tylko głośno mówić, ale przede wszystkim poszukiwać skutecznych sposobów niwelowania tych różnic. Trudno zgodzić się bowiem z faktem, że znaczna część społeczeństwa zapada na choroby możliwe do uniknięcia (np. cukrzycę typu II, chorobę niedokrwienną serca, udar mózgu czy raka płuc) i umiera przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Trudno zaakceptować fakt, że mieszkańcy niektórych regionów kraju np. powiatów czy gmin lub nawet niektórych dzielnic dużych miast żyją o kilka, a nawet kilkanaście lat krócej niż osoby zamieszkałe zaledwie o kilkanaście kilometrów dalej. Oczywiście, przyczyny tych nierówności w zdrowiu mają bardzo zróżnicowane uwarunkowania, wśród których poziom wykształcenia, warunki materialne życia, wsparcie społeczne, poziom edukacji zdrowotnej, dostęp do opieki zdrowotnej mają podstawowe znaczenie.

Tej szeroko rozumianej sprawie poprawy stanu zdrowia społeczności lokalnych oraz wyrównywania nierówności społecznych w zdrowiu poświęcone jest nasze opracowanie.

Wyjątkowym walorem naszego opracowania jest skoncentrowanie się na praktycznych sposobach działania na rzecz poprawy stanu zdrowia i wyrównywania

społecznych różnic w zdrowiu. Stąd staraliśmy się ograniczyć do niezbędnego minimum rozważania teoretyczne i „wiedzę akademicką” na rzecz prezentowania przykładów dobrych praktyk z kilkunastu krajów oraz praktycznych wskazówek skierowanych przede wszystkim do inicjatorów działań z zakresu zdrowia publicznego na terenie powiatów i gmin, samorządów lokalnych i środowiska medycznego. Wśród przykładów tych dobrych praktyk nie zabrakło rzecz jasna przykładów z obszaru naszego kraju.

**Doświadczenia norweskie wskazują, że można tworzyć na szczeblu lokalnym skuteczne, wieloletnie programy promocji zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych finansowane zarówno ze środków państwowych, jak i własnych lokalnych funduszy. Budujące jest to, że wokół tych projektów można zgromadzić dużą grupę partnerów, koalicjantów oraz pozyskać współpracę i uznanie ze strony licznych grup mieszkańców.**

Jednym z istotnych celów niniejszego opracowania jest przedstawienie wybranych - naszym zdaniem najlepszych i godnych naśladowania - programów z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych realizowanych w kilkunastu krajach, a także w Polsce w okresie ostatnich 10-20 lat. Ze względów praktycznych skoncentrowano się przede wszystkim na tych programach, których cele, sposób realizacji i uzyskane wyniki mogą być interesujące i przydatne dla realizatorów lokalnych programów z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych w Polsce. Zdaniem autorów opracowania przedstawione programy mogą być z jednej strony inspiracją, z drugiej zaś dawać przydatne wskazówki autorom i realizatorom programów lokalnych.

Dla celów praktycznych przyjęto założenie, że każdy z programów zostanie przedstawiony w ujednolicony sposób, zaś opis każdego z nich winien być zwięzły i nie przekraczać objętości kilku stron maszynopisu. W opisie programów zwrócono uwagę m.in. na instytucje realizujące program, czasokres realizacji programu, cele, grupę docelową, sposób realizacji/rozwiązania organizacyjne, koszt programu, uzyskane efekty oraz ewaluację programu. Niestety w wielu przypadkach znalezienie informacji dotyczących kosztów realizowanych programów, metod i wyników ewaluacji programów, a zwłaszcza efektywności ekonomicznej nie było możliwe.

Kluczowe wydaje się znalezienie odpowiedzi na pytanie czy przedstawione w opracowaniu programy mogą przyczynić się do przeciwdziałania i ograniczenia różnic w zdrowiu, zwłaszcza różnic o charakterze społecznym. W większości przypadków odpowiedź brzmi jednoznacznie: TAK!

Uważny Czytelnik zwróci z pewnością uwagę, że wśród kilkudziesięciu przedstawionych programów zagranicznych i krajowych najwięcej miejsca poświęciliśmy programowi „Twoje Serce Twoim Życiem” realizowanemu w ramach Pro-

gramu PL 13 w powiecie piotrkowskim. Powiat piotrkowski należy do grupy 30 powiatów w Polsce o najwyższych wskaźnikach umieralności z powodu chorób serca i naczyń, a zarazem do grupy najuboższych powiatów w Polsce.

Program Piotrkowski „Twoje Serce Twoim Życiem” należy naszym zdaniem do wyjątkowych i wyróżniających się programów ukierunkowanych nie tylko na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnej, lecz także na wyrównywanie nierówności społecznych w zdrowiu. Twórcy i realizatorzy Programu Piotrkowskiego wykorzystali znaczne środki finansowe dostępne w konkursie ogłoszonym przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) na stworzenie wieloczynnikowego długofalowego programu zdrowotnego, którego celem nadrzędnym jest ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu na terenie powiatu poprzez podniesienie świadomości społecznej w zakresie czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz zmianę postaw w zakresie kluczowych czynników mających znacznie w przeciwdziałaniu CHUK, takich jak sposób odżywiania, aktywność fizyczna i palenie tytoniu. Program ten skierowany był do szerokiego grona mieszkańców powiatu - kobiet i mężczyzn, osób dorosłych, a także młodzieży, lecz w szczególny sposób adresowany do grupy osób korzystających z pomocy społecznej, a więc osób należących do grup o niższym statusie społecznym i gorszym niż populacja ogólna stanie zdrowia. Program oferował jego podopiecznym, tj. osobom korzystającym z pomocy społecznej, szybki i bezpłatny dostęp do wczesnej diagnostyki w placówkach publicznej i niepublicznej służby zdrowia.

Liderzy Programu Piotrkowskiego opisują w bardzo dokładny, wręcz drobiazgowy sposób, kolejne etapy tworzenia Programu, m.in. budowanie szerokiej lokalnej koalicji, angażowania do współpracy władz i samorządów poszczególnych gmin, działania edukacyjne kierowane do lekarzy i pielęgniarek i przedstawiają zainteresowanie mieszkańców powiatu działalnością stworzonych w ramach Programu: Akademii Zdrowego Żywienia, Akademii Ruchu i Akademii Dobrej Rady.

Trudno w kilku linijkach streścić receptę na sukces realizatorów Programu „Twoje Serce Twoim Życiem”, ale z pewnością wymienić należy: wiedzę praktyczną i kompetencje zawodowe liderów Programu, mocne wsparcie ze strony Starostwa powiatu, władz poszczególnych gmin oraz lokalnych mediów, umiejętność zaangażowania do realizacji Programu szerokiego grona personelu medycznego i pracowników pomocy społecznej, bardzo dobrą organizację i systematyczność działania, dobre monitorowanie efektów i właściwą ewaluację Programu i wreszcie ... „last not least” korzystanie z pomocy środowiska akademickiego, w tym przypadku pracowników naukowych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Oczywiście, dwa lata realizacji Programu to okres zbyt krótki dla oceny jego trwałego wpływu na poprawę stanu zdrowia społeczności powiatu piotrkowskiego oraz skuteczności działań zmierzających do niwelowania nierówności w zdrowiu.

Przedstawiany bardzo często, jako wzorcowy w zakresie niwelowania różnic w zdrowiu w społeczności lokalnej Program North Karelia Study realizowany w Finlandii trwał ponad 20 lat, zaś program kanadyjski PARTICIPATION promujący większą aktywność fizyczną był realizowany przez ponad 30 lat! Sukces Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy w Polsce czy organizowanych przez wiele lat ogólnopolskich kampanii zdrowotnych „Rzuć Palenie Razem z Nami” wynikał z pewnością z entuzjazmu liderów, wsparcia mediów i powszechnej akceptacji społecznej tych pożytecznych działań, lecz istotne znaczenie ma zawsze odpowiednie zaplecze ludzkie, organizacyjne i finansowe oraz stworzenie możliwości wieloletnich i konsekwentnych działań.

Autorami poszczególnych rozdziałów niniejszego opracowania są zarówno eksperci akademicy z dziedziny zdrowia publicznego, posiadający wiedzę i doświadczenie praktyczne w zakresie opracowywania i wdrażania innowacyjnych programów zdrowotnych o zasięgu ogólnopolskim, regionalnym i lokalnym, jak również wywodzący się z grona samorządowców doświadczeni twórcy i realizatorzy rozmaitych programów zdrowotnych na szczeblu lokalnym.

Jesteśmy bardzo wdzięczni ekspertom norweskim za pomoc w realizacji Projektu PL 13, a w szczególności Sveinowi Neerladowi, menedżerowi odpowiedzialnemu za programy zdrowia publicznego w prowincji Møre i Romsdal w północno-zachodniej części Norwegii. Bardzo cenną pomocą była stała współpraca z profesorem Chrisem Bentleyem, wybitnym angielskim ekspertem w dziedzinie zdrowia publicznego, konsultantem Biura Europejskiego WHO. Opracowania przygotowane specjalnie dla nas przez prof. Bentleya, kilkakrotne spotkania i wspólne konferencje z Jego udziałem były wielce pomocne i inspirujące.

Dziękujemy także kierownictwu Programu PL 13 „Wyrównywanie nierówności społecznych w zdrowiu”, a zwłaszcza prof. Bogdanowi Wojtyniakowi, dr Pawłowi Goryńskiemu oraz dr Michałowi Markowi za bardzo dobrą współpracę, wsparcie merytoryczne i wiele inspirujących spotkań i dyskusji.

Mamy nadzieję, że nasza publikacja znajdzie się w bibliotece nie tylko ekspertów w dziedzinie zdrowia publicznego, ale także każdego samorządowca, któremu zależy na poprawie stanu zdrowia mieszkańców polskich powiatów i gmin. Sądzimy także, że nasze opracowanie może stanowić wartościowy materiał dydaktyczny, przydatny w kształceniu studentów, szczególnie kierunku zdrowia publicznego.

Jesteśmy przekonani, że przedstawione w naszym opracowaniu informacje wzbogacą wiedzę na temat problematyki nierówności społecznych w zdrowiu w Polsce, szczególnie zaś dostarczą autorom i realizatorom lokalnych programów z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych przykładów dobrych praktyk, modelowych rozwiązań, niekiedy także bardzo szczegółowych informacji dotyczących organizacji i finansowania programów ukierunkowanych

na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnej. Jesteśmy bardzo zadowoleni, że wśród kilkudziesięciu przykładów dobrych praktyk i modelowych rozwiązań organizacyjnych z Norwegii, Wielkiej Brytanii i kilkunastu innych krajów, nie zabrakło przykładów z naszego kraju.

Wyrazy podziękowania kierujemy także pod adresem naszych koleżanek z Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii w Warszawie. Dziękujemy mgr Katarzynie Istynowicz, dr Anicie Aranowskiej oraz Jadwidze Zabielewicz za pomoc techniczną w przygotowaniu niniejszego opracowania.

*Wojciech Drygas i Zofia Słońska*



## SYTUACJA ZDROWOTNA LUDNOŚCI POLSKI NA TLE INNYCH KRAJÓW

Wojciech Drygas, Bogdan Wojtyniak

Jak ocenić stan zdrowia mieszkańców naszego kraju? Jeśli porównamy aktualne statystyki z podobnymi danymi sprzed 1989 roku lub z okresu przed II wojną światową, to z pewnością możemy powiedzieć, że żyjemy znacznie dłużej, a szereg obiektywnych wskaźników obrazujących stan zdrowia społeczeństwa uległo istotnej poprawie. Dotyczy to przede wszystkim znaczącej redukcji chorobowości i umieralności z powodu chorób zakaźnych (a wśród nich gruźlicy, chorób wieku dziecięcego czy chorób wenerycznych), redukcji umieralności z powodu chorób serca i naczyń czy znaczącej redukcji umieralności noworodków i niemowląt, małych dzieci oraz rodzących kobiet.

Kiedy jednak porównamy nasze polskie statystyki z podobnymi danymi z krajów Europy Zachodniej, to obraz ten będzie znacznie mniej optymistyczny. Polacy (dotyczy to zwłaszcza mężczyzn) żyją znacznie krócej niż Szwedzi, Niemcy czy Hiszpanie, chorują częściej na zawały serca i udary mózgu, znacznie częściej umierają przed osiągnięciem wieku emerytalnego. Także subiektywna ocena stanu zdrowia dorosłych Polaków jest niższa niż mieszkańców tzw. „starej Unii Europejskiej”. Odsetek osób dorosłych oceniających swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry jest zdecydowanie niższy niż w krajach Europy Zachodniej, znacznie częściej natomiast Polacy oceniają swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły. Ta subiektywnie niska ocena stanu zdrowia znajduje odzwierciedlenie w oficjalnych statystykach. A zatem chorujemy częściej niż nasi sąsiedzi z zachodu czy północy, mamy wśród nas więcej osób pobierających renty chorobowe z powodu znacznej niepełnosprawności, ulegamy częściej poważnym wypadkom drogowym, których przyczyną jest, jakże często, nadmierne spożycie alkoholu. Rosnąca liczba pacjentów korzystających z pomocy poradni zdrowia psychicznego oraz duża liczba samobójstw są zjawiskami bardzo niepokojącymi, dotyczącymi zresztą nie tylko naszego kraju.

Wprawdzie mamy ponad 700 szpitali publicznych i prywatnych, lecz dostęp do opieki szpitalnej czy ambulatoryjnych, konsultacji lekarzy specjalistów (np.

kardiologów czy endokrynologów) jest trudny, a w przypadku niektórych zabiegów operacyjnych - należy czekać przez kilka - a w opisywanych sporadycznie przez media przypadkach - nawet kilkanaście lat.

Wśród niepokojących zjawisk zdrowotnych należy wymienić wysoką częstość występowania takich chorób jak nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki tłuszczowej, otyłość, cukrzyca oraz powszechne występowanie chorób zwyrodnieniowych układu ruchu będących znaczącą przyczyną ograniczenia sprawności fizycznej, jakości życia oraz absencji chorobowej.

Choroby te w dużym stopniu wynikają z naszych błędów popełnianych w życiu codziennym: wadliwego żywienia, niedostatecznej aktywności fizycznej, palenia tytoniu i nadmiernej konsumpcji alkoholu czy wreszcie z braku wiedzy dotyczącej dbałości o własne zdrowie (odpowiednia dawka snu, właściwy odpoczynek, umiejętność radzenia sobie ze stresem). Coraz częściej nadwaga, otyłość i nadciśnienie tętnicze pojawiają się już u dzieci i młodzieży. Niestety, zainteresowanie społeczeństwa polskiego badaniami profilaktycznymi (nawet tymi które są bezpłatne i łatwo dostępne) jest minimalne. Dodajmy do tego zanieczyszczenie środowiska naturalnego w wielu regionach kraju a zwłaszcza powietrza w dużych aglomeracjach miejskich czy siedliskach położonych przy trasach o dużym natężeniu ruchu drogowego. Dlatego, zbyt mała w stosunku do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa liczba lekarzy, pielęgniarek, dietetyków czy edukatorów zdrowotnych, nie jest w stanie przeciwdziałać szkodliwym czynnikom związanym z naszym stylem życia i zagrożeniom środowiskowym.

## 2.1. Choroby przewlekłe jako priorytetowy problem zdrowotny

Od ponad 50 lat wiodącymi przyczynami umieralności mieszkańców Polski są choroby przewlekłe (obecnie ponad 90% zgonów!!!) wśród których dominującą rolę odgrywają niezmiennie choroby serca i naczyń oraz choroby nowotworowe. Według najnowszych dostępnych danych choroby serca i naczyń stanowią obecnie ok. 45% przyczyn umieralności ogólnej, zaś choroby nowotworowe ok. 25% (tabela 1). Kolejną dużą grupę przyczyn umieralności stanowią urazy, wypadki, samobójstwa i zatrucia, które stanowią ok. 7% umieralności, jednak są najpoważniejszą przyczyną umieralności przedwczesnej w grupie młodych mężczyzn (poniżej 30 roku życia).

Choroby układu sercowo-naczyniowego (ChUS-N) można uznać za jeden z najważniejszych, jeżeli nie najważniejszy, problem zdrowia publicznego w Polsce. Stanowią one główne zagrożenie życia Polaków, które wprawdzie systematycznie zmniejsza się, ale jest wciąż na znacznie wyższym poziomie niż w większości krajów Unii Europejskiej. Ponadto, tempo zmniejszania się współczynników

zgonów z powodu tych chorób na tle sytuacji w krajach UE15 jest wciąż zbyt wolne, by w realnej przyszłości osiągnąć przeciętny poziom umieralności w tamtych krajach.

ChUS-N są najczęstszą przyczyną hospitalizacji ludności Polski. Dostyć stabilny poziom współczynników chorobowości hospitalizowanej może świadczyć o braku wyraźnej poprawy w odniesieniu do chorobowości spowodowanej ChUS-N, aczkolwiek wyraźna poprawa ma miejsce w przypadku umieralności Polaków z powodu tej grupy chorób.

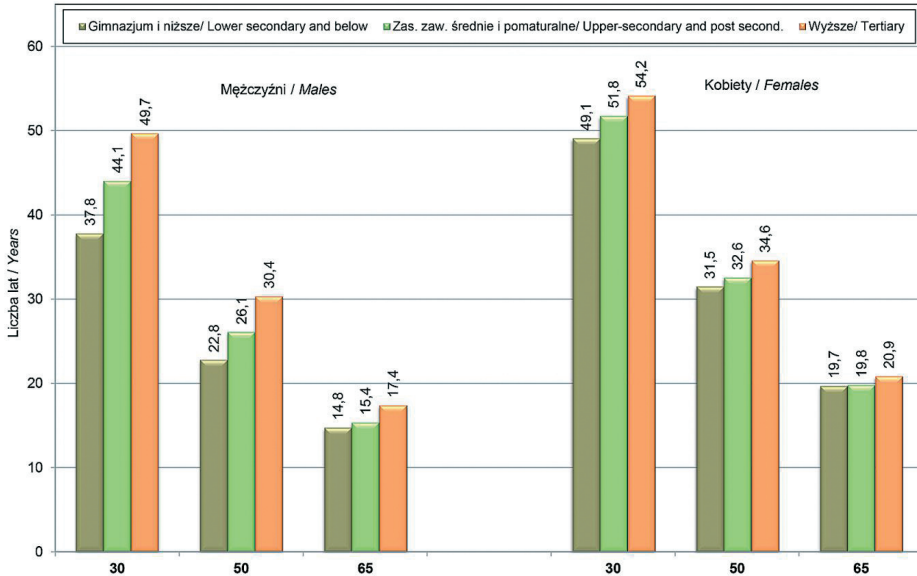
**Tabela 1.**

Struktura zgonów wg przyczyn w Polsce w latach 1960-2014

Przyczyny zgonów	1960	1970	1980	1991	2000	2008	2014
Ogółem	100	100	100	100	100	100	100
Choroby układu krążenia	27,4	38,1	48,2	52,7	47,7	45,6	45,1
Nowotwory złośliwe	11,8	17,5	17,0	18,5	23,0	24,5	25,4
Wypadki i zatrucia	5,7	7,4	7,7	7,8	7,0	6,7	5,7
Choroby układu oddechowego	10,1	8,4	5,6	3,7	5,0	5,1	5,4
Choroby pasożytnicze i zakaźne	8,7	3,8	1,6	0,7	0,7	0,7	0,5
Inne przyczyny	36,3	24,8	19,9	16,5	16,7	17,4	17,9

ChUS-N są głównym sprawcą nie tylko krótszej niż w wielu innych krajach europejskich długości życia Polaków, ale również większej liczby utraconych lat życia w zdrowiu. Różnica między rozmiarem szkód w zdrowiu jakie te choroby czynią w Polsce w porównaniu z rozmiarem tych szkód w większości krajów Unii Europejskiej jest wyraźnie większa niż w przypadku innych grup chorób. Choroby te są przyczyniają się w największym stopniu do nierówności w zdrowiu ludności Polski.

Trzeba podkreślić, że różnice w umieralności z powodu ChUS-N są najważniejszą przyczyną nierówności w zdrowiu Polaków należących do różnych grup społecznych. To, że życie mężczyzn jest znacznie bardziej zagrożone z powodu z powodu tych chorób niż życie kobiet w największym stopniu przyczynia się do tego, że mężczyźni żyją krócej. Również z tego samego powodu osoby o niższym poziomie wykształcenia żyją krócej niż osoby z wykształceniem wyższym. Umieralność z powodu ChUS-N osób o wykształceniu zasadniczym zawodowym lub podstawowym jest ponad dwa razy większa niż osób z wykształceniem wyższym zaś przeciętne dalsze trwanie życia zdecydowanie niższe.



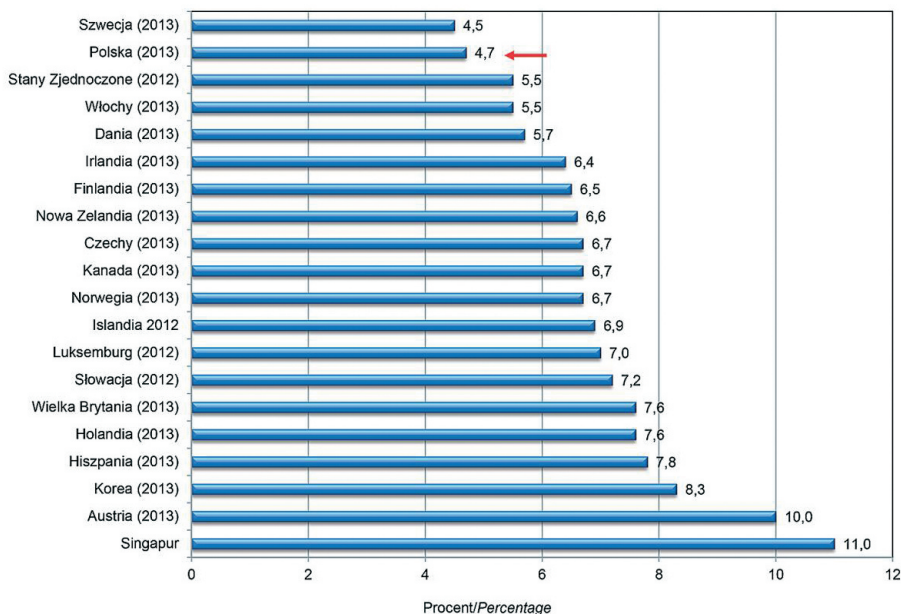
Rycina 1.

Przeciętne dalsze trwanie życia w wieku 30, 45 i 65 lat wg płci i poziomu wykształcenia w Polsce w latach 2012-2013 r. (dane Eurostat)

## 2.2. Chorobowość hospitalizowana

Choroby układu sercowo-naczyniowego są najczęstszą przyczyną hospitalizacji mieszkańców Polski i są odpowiedzialne za ponad milion hospitalizacji w ciągu roku (w 2013 r. 2858/100 tys. ludności). Mężczyźni są hospitalizowani o ok. 10% częściej niż kobiety, ale ta nieduża różnica wynika z niejednakowych struktur wieku obu populacji. Standaryzowany względem wieku współczynnik hospitalizacji mężczyzn jest o 52% wyższy niż kobiet.

Standaryzowane współczynniki hospitalizacji mieszkańców Polski z powodu ChUS-N w okresie 2005-2013 charakteryzuje bardzo słaby, nieistotny statystycznie, trend wzrostowy w przypadku mężczyzn i prawie stagnacja w przypadku kobiet.



Rycina 2.

Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu zawału serca w 2013 r. w krajach OECD (dane OECD)

### 2.3. Choroby serca i naczyń jako wiodąca przyczyna umieralności i nierówności społecznych w zdrowiu w Polsce

Choroby serca i naczyń pozostają od ponad pięćdziesięciu lat wiodącą przyczyną umieralności w Polsce. Z najnowszych danych wynika, że w 2011 z powodu chorób serca i naczyń zmarło łącznie prawie 170 tysięcy osób, w tym 90.526 kobiet i 79.346 mężczyzn, co stanowi ponad 45% ogółu zgonów w naszym kraju. Niestety prawie 30.000 kobiet i mężczyzn zmarło przedwcześnie, przed ukończeniem 65 roku życia.

Z przeprowadzonych analiz własnych wynika, że wśród najczęstszych przyczyn zgonów z powodu chorób układu krążenia (CHUK) dominują zdecydowanie choroby o etiologii miażdżycowej: choroba niedokrwienna serca (w tym zawał serca) oraz choroby naczyniowe mózgu. Te dwie grupy chorób należą także do wiodących przyczyn umieralności ogólnej oraz hospitalizacji w naszym kraju. Zgony z powodu tych dwóch grup chorób stanowią 51% zgonów z powodu CHUK wśród mężczyzn oraz ok. 47% wśród kobiet. Te grupy chorób dominują także jako przyczyny umieralności przedwczesnej (w wieku 25-64) z powodu CHUK zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet. Wśród innych najbardziej rozpowszechnionych

przyczyn umieralności z powodu CHUK w Polsce należy wymienić miażdżycę, niewydolność serca oraz zgony nagłe (z przyczyn kardiologicznych).

Odsetek zgonów z powodu nadciśnienia tętniczego sięga 3-4%. Odsetek zgonów z powodu wad serca, kardiomiopatii, czy zatoru płucnego nie przekracza 4,5-5,3% zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.

W okresie 2000-2014 standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu CHUK uległy obniżeniu - zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet i praktycznie we wszystkich grupach wieku. Ten korzystny spadek umieralności z powodu CHUK dotyczy także umieralności przedwczesnej (w wieku 25-64 lata).

Zjawiskiem bardzo pomyślnym jest bardzo wyraźny spadek umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca oraz chorób naczyń mózgowych obserwowany w latach 2000-2015, choć dynamika zmian w latach 2006-2011 jest zdecydowanie mniejsza niż w latach 2000-2005. W analizowanym okresie czasu wybitnie (o ponad 50%) obniżyły się standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu zawału serca, obniżyła się także znacząco śmiertelność szpitalna wczesna w przebiegu leczenia zawału serca (rycina 2). Wiąże się to ze zwiększeniem dostępności pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi do specjalistycznych ośrodków kardiologicznych (których obecnie jest ponad 150 w całym kraju) oraz wysokiej skuteczności leczenia inwazyjnego (PTCA) oferowanego w tych ośrodkach. Pomogły także zapewne kampanie medialne edukujące ogół społeczeństwa o objawach OZW (zawału serca) i konieczności szybkiego dotarcia pacjentów do specjalistycznych ośrodków (Programy POLKARD „Pamiętaj o Sercu” oraz kampania Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego „Nie zawał, wybierz życie!”).

Dzięki realizacji narodowych programów profilaktyki i leczenia udarów mózgu (finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia w ramach programu Polkard POLKARD) zmniejszyły się także (o 25-35%) standaryzowane współczynniki umieralności w chorobach naczyniowych mózgu. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn oraz wszystkich przedziałów wieku. Nie dotyczy to wszakże pacjentów u których rozpoznano zawał mózgu.

Korzystne zmiany dotyczące redukcji liczby zgonów z powodu CHUK w okresie ostatnich 10-20 lat w Polsce nie powinny jednak przestonić kilku znacznie mniej pozytywnych faktów:

1. W dalszym ciągu standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu chorób serca i naczyń w naszym kraju są ok. dwukrotnie wyższe niż w wielu krajach Europy Zachodniej, zaś wskaźniki umieralności przedwczesnej w Polsce są nawet 2-3 krotnie wyższe. Dotyczy także umieralności z powodu najważniejszych przyczyn tj. choroby niedokrwiennej serca oraz chorób naczyń mózgowych.

2. W okresie ostatnich 15 lat zmniejszyła się wprawdzie w sposób znaczący liczba zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca i zawału serca (zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet) oraz chorób naczyniowych mózgu, co jest zjawiskiem bardzo pozytywnym, wzrosła natomiast liczba zgonów nagłych, liczba zgonów z powodu niewydolności serca oraz nadciśnienia tętniczego u mężczyzn.
3. Wielu kardiologów i specjalistów zdrowia publicznego zwraca uwagę, że wobec poprawy skuteczności leczenia choroby niedokrwiennej serca (m.in. coraz powszechniej stosowanego leczenia inwazyjnego), wobec wysokiej częstości nadciśnienia tętniczego oraz wskutek zjawiska starzenia się społeczeństwa wrośnie, w sposób znaczący, liczba pacjentów z niewydolnością serca. Zapewne także niewydolność serca będzie coraz bardziej znaczącym powodem umieralności i niepełnosprawności, a także ograniczenia zdolności do pracy. Niepokojącym zjawiskiem obserwowanym w naszym kraju jest wzrost liczby nagłych zgonów, szczególnie wśród mężczyzn.

#### **2.4. Rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób przewlekłych i wieloletnie trendy zmian**

W okresie ostatnich 25 lat w Polsce przeprowadzono szereg badań epidemiologicznych ukierunkowanych na analizę rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób przewlekłych oraz zachowań zdrowotnych. Wśród tych badań szczególne miejsce mają badania WOBASZ i NATPOL, jako ogólnopolskie reprezentatywne badania populacyjne oraz badania WHO POL-MONICA prowadzone w prawobrzeżnej części Warszawy i województwie tarnobrzeskim, pozwalające na wieloletnią ocenę trendów zmian. Warto także wymienić wartościowe badania dotyczące populacji osób starszych (POLSENIOR, WOBASZ Senior), badania wykonane w wybranych populacjach lokalnych lub regionalnych (m.in. CINDI WHO, HAPIEE, PURE, PONS, WAWKARD) oraz badanie POLSCREEN przeprowadzone w bardzo licznej (ponad 360.000 kobiet i mężczyzn) choć nie wybranej losowo populacji pacjentów POZ.

Wyniki najważniejszych badań epidemiologicznych przeprowadzonych w okresie ostatnich dwudziestu lat wskazują na bardzo duże rozpowszechnienie najważniejszych czynników ryzyka chorób serca i naczyń wśród osób dorosłych w Polsce. Częstość hipercholesterolemii w populacji ogólnopolskiej (ponad 60% dorosłych kobiet i mężczyzn), nadciśnienia tętniczego (w granicach 35-40%), otyłości (ok. 25%), zespołu metabolicznego (ponad 20%) wśród dorosłych Polaków jest wysoka i w odniesieniu do niektórych czynników ryzyka ma tendencję rosnącą. Odsetek osób o wysokim poziomie globalnego ryzyka (> 5% wg SCORE) w największym w Polsce badaniu WOBASZ wśród dorosłych kobiet wynosi 21%, zaś wśród mężczyzn aż 46 % (Broda i wsp. 2009).



Wśród osób z hipercholesterolemią ok. 59% było nieświadomych jej obecności, 22% wiedziało o tym lecz nie leczyło się, ok. 8% leczyło się nieskutecznie, zaś niespełna 11% leczyło się skutecznie (TC < 190 mg/dl). Wśród osób z nadciśnieniem tętniczym odsetek świadomych NT w badaniu NATPOL 2011 wyniósł ok. 72%, prawidłową kontrolę NT stwierdzono u ok. 23%. (ok. 20,5% i 24,7% kobiet). Warto podkreślić, że zarówno wyniki badania NATPOL 2011 jak i nie opublikowane jeszcze dane z najnowszego badania WOBASZ II wskazują na wyraźną poprawę skuteczności leczenia NT ponad 25% skutecznie leczonych) w Polsce. Wyniki wcześniejszych badań: WOBASZ I oraz NATPOL Plus wykazywały skuteczność leczenia NT w granicach 10-14% (odpowiednio u mężczyzn i kobiet). W badaniach epidemiologicznych z lat 90-tych skuteczność leczenia NT w Polsce nie przekraczała kilku %. Warto wszakże porównać skuteczność leczenia NT w Polsce z wiodącymi w tej dziedzinie krajami np. z Kanadą i USA, w których skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego przekracza 55-60%.

Z informacji tych jednoznacznie wynika, że zarówno częstość wczesnego wykrywania zaburzeń lipidowych, nadciśnienia tętniczego a także cukrzycy, jak również skuteczność leczenia tych chorób w Polsce, jest daleka od optymalnej.

Wysoki odsetek osób o niedostatecznej aktywności fizycznej (ponad 50% dorosłych Polaków), palących papierosy (25-30%) czy niewłaściwie odżywiających się zwraca uwagę na konieczność dalszych i bardziej skutecznych działań z zakresu promocji zdrowia, które powinny obejmować nie tylko osoby dorosłe, ale także dzieci i młodzież.

Autorzy badania NATPOL 2011 oszacowali, że na początku drugiej dekady XXI stulecia ok. 18 milionów dorosłych Polaków ma hipercholesterolemię, ponad 10 mln nadciśnienie tętnicze, 8 mln pali regularnie papierosy, zaś liczba osób otyłych przekracza 6 milionów. Wyniki badań NATPOL 2011 i WOBASZ wskazują jednoznacznie na wzrost rozpowszechnienia w populacji osób dorosłych w Polsce nadciśnienia tętniczego, otyłości i cukrzycy, brak znaczących zmian w częstości hipercholesterolemii oraz, co należy uznać za pozytywne, zmniejszenie częstości palenia tytoniu, szczególnie wśród mężczyzn. W tej analizie porównano wyniki badania NATPOL z 2011 z przeprowadzonym w podobny sposób badaniem z roku 2002.

Wstępne, niestandardyzowane wyniki najnowszego, a zarazem największego w Polsce reprezentatywnego ogólnopolskiego badania epidemiologicznego WOBASZ II, które objęło ponad 6 tysięcy losowo dobranych kobiet i mężczyzn, potwierdzają wysokie rozpowszechnienie czynników ryzyka i niekorzystnych zachowań zdrowotnych w populacji objętej badaniem. Szczególnie niepokojący jest wzrost częstości występowania nadciśnienia tętniczego, otyłości oraz cukrzycy. Z badania WOBASZ II (tabela 2 i 3 oraz rycina 3) wynika, że zaledwie ok. 10% dorosłych kobiet i mężczyzn w Polsce nie jest obciążonych ani jednym



z sześciu klasycznych czynników ryzyka (hipercholesterolemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość, cukrzyca, niski poziom aktywności fizycznej). Ponad 33% posiada trzy lub cztery czynniki ryzyka, zaś pięć lub sześć czynników - co dwudziesta badana osoba (tabela 3). Wyniki badania WOBASZ II koordynowanego przez Instytut Kardiologii w Warszawie, przy współpracy z wiodącymi ośrodkami akademickimi w Gdańsku, Krakowie, Katowicach, Łodzi i Poznaniu są systematycznie publikowane (m.in. Drygas i wsp 2016, Pająk i wsp 2016, Kwaśniewska i wsp. 2016, Stepaniak i wsp. 2016, Waśkiewicz i wsp. 2016) i przedstawione w czasie krajowych i międzynarodowych konferencji naukowych.

**Tabela 2.**

Częstość występowania wybranych czynników ryzyka w populacji osób dorosłych w Polsce na podstawie badania WOBASZ II\*

Czynniki ryzyka	Częstość (%)
Hipercholesterolemia (cholesterol $\geq 5,0$ lub leki)	61%
Mała aktywność fizyczna	55%
Nadciśnienie tętnicze ( $\geq 140/90$ lub leki)	43%
Otyłość	26%
Palenie tytoniu (aktualny palacz)	25%
Cukrzyca	10%

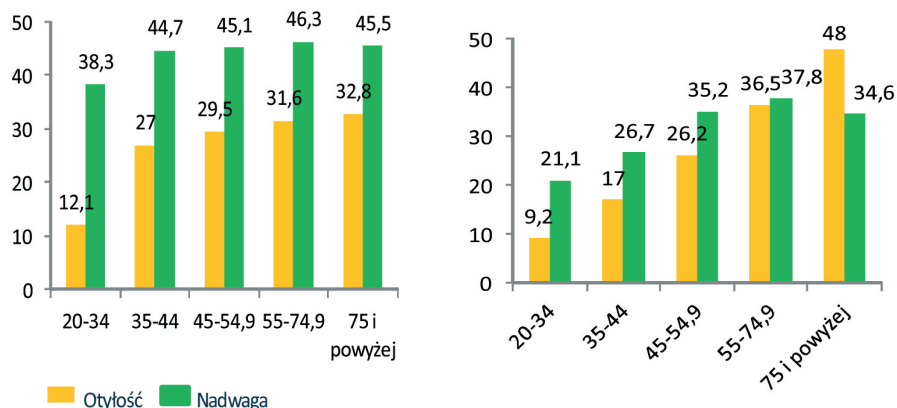
\* kobiety i mężczyźni w wieku 20-74 lat, odsetki niestandardyzowane  
Drygas i wsp. 2015

**Tabela 3.**

Częstość skumulowanego występowania sześciu wybranych czynników ryzyka\* w badaniu WOBASZ II (kobiety i mężczyźni w wieku 20-74 )

Liczba czynników ryzyka	Kobiety	Mężczyźni	Razem
0	8,7	10,9	9,9
1	21,2	26,8	24,3
2	29,4	27,9	28,6
3	23,8	20,0	21,7
4	13,1	11,3	12,1
5	4,6	4,6	4,6

\* palenie, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, cukrzyca, otyłość, mała aktywność fizyczna  
Drygas i wsp. 2015



Rycina 3.

Otyłość i nadwaga w badaniu WOBASZ II

Stepaniak U, Micek A, Pająk A, Drygas W i wsp. Wyniki badania WOBASZ II, PAMW, 2016

Bardzo ważnym i niepokojącym problemem, nie tylko w naszym kraju, jest rosnąca częstość czynników ryzyka i nieprawidłowych zachowań zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży, a zwłaszcza nadwagi i otyłości, niedostatecznej aktywności fizycznej oraz nieprawidłowego żywienia. Problematyka ta jest przedmiotem wielu wartościowych opracowań m.in. publikacji i wytycznych Polskiego Forum Profilaktyki, raportów Stowarzyszenia „Zdrowe Pokolenia” oraz licznych publikacji naukowych polskich autorów (m.in. Litwin, Kułaga, Socha, Mazur, Woynarowska, Ostrowska-Nawarycz, Małecka-Tendera, Weker i wielu innych). Szersza dyskusja na ten temat wykracza poza ramy niniejszego opracowania.

Wysoki poziom rozpowszechnienia czynników ryzyka i niedostateczny poziom ich kontroli stwierdza się także u pacjentów z rozpoznanymi i leczonymi chorobami serca i naczyń (prewencja wtórna). Z danych opublikowanych w 2014 przez Jankowskiego wynika, że ok.70% pacjentów z CHN-S ma zbyt wysokie stężenie cholesterolu LDL (choć 87% przyjmuje systematycznie leki obniżające poziom lipidów), 17% nadal pali papierosy, 30 % jest otyłych, zaś 35% ma zbyt wysokie wartości ciśnienia tętniczego.

W kontekście opracowania długofalowej strategii profilaktyki i leczenia chorób serca i naczyń w Polsce warto podkreślić, że autorzy badania NATPOL 2011 przewidują do 2035 roku wyraźny wzrost liczby chorych z nadciśnieniem tętniczym, otyłością i cukrzycą. Na podstawie modelowych analiz przedstawionych przez Zdrojewskiego i wsp. liczba pacjentów z cukrzycą zwiększy się ok. dwukrotnie i przekroczy 3 mln osób, zaś osób z nadciśnieniem tętniczym sięgnie 14 mln.

## 2.5. Nierówności społeczne w zdrowiu

Ten jakże skomplikowany obraz pozytywnych i negatywnych skutków życia w społeczeństwach XXI wieku dodatkowo potęguje zjawisko nierówności w zdrowiu. Nierówności te, które bardziej szczegółowo scharakteryzujemy w kolejnych rozdziałach tego opracowania (rozdział 5, rozdział 8 oraz 9), mają bardzo różne podłoże: historyczne, kulturowe, geograficzne lecz najczęściej społeczno-ekonomiczne. Trudno w dzisiejszych czasach zaakceptować fakt, że mieszkańcy niektórych regionów świata (np. najuboższych krajów afrykańskich) żyją zaledwie 40-45 lat, cierpią na przewlekłe niedożywienie, zaś co 10-te dziecko nie ma szansy osiągnięcia wieku dojrzałego.

Ale także w społeczeństwach zamożnych i dobrze zorganizowanych istnieją grupy osób narażonych szczególnie na ryzyko poważnych chorób zakaźnych i przewlekłych, przedwczesnej śmierci czy wieloletniej niepełnosprawności. W naszym kraju są to osoby należące do następujących grup społeczeństwa:

- osoby bezdomne,
- bezrobotni,
- osoby należące do mniejszości etnicznych (np. ludność pochodzenia romskiego),
- cudzoziemcy nie znający języka polskiego, szczególnie zaś uchodźcy z terenów objętych działaniami wojennymi, przebywający w naszym kraju,
- osoby korzystające z pomocy społecznej,
- osoby o niskim poziomie wykształcenia (niepełne podstawowe, podstawowe, zasadnicze zawodowe),
- osoby o niskim poziomie dochodów materialnych, rodziny wielodzietne,
- osoby starsze, szczególnie mieszkające samotnie,
- dzieci i młodzież z patologicznych ognisk domowych.

Niepokojącym zjawiskiem są bardzo duże dysproporcje w średniej długości życia oraz poziomie umieralności z powodu chorób serca i naczyń w niektórych miastach, regionach kraju, a nawet dzielnicach dużych miast. Zjawisko nierówności społecznych w poziomie stanu zdrowia, a także poziomie wiedzy, tzw. kompetencji zdrowotnych oraz dostępności do świadczeń profilaktycznych i leczniczych jest wyraźnie widoczne w naszym kraju i wymaga nie tylko dalszych badań ale odpowiednich środków zaradczych.

Ograniczone ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na bardziej szczegółową analizę aktualnej sytuacji epidemiologicznej dotyczącej CHUK oraz przyczyn obserwowanych w okresie ostatnich 10 lat zmian. Należy wszakże zaakcentować następujące zjawiska:

Wyniki najważniejszych badań epidemiologicznych przeprowadzonych w latach 1990-2005 (POL-MONICA, WOBASZ, NATPOL, CINDI, POLSCREEN) wskazują ciągle na bardzo duże rozpowszechnienie w naszym kraju najważniejszych czynników ryzyka chorób serca i naczyń (a także innych chorób przewlekłych). Częstość hipercholesterolemii (ponad 50% dorosłych), nadciśnienia tętniczego (w granicach 30-40%), otyłości (ok. 20-25%), zespołu metabolicznego (ponad 20%) wśród dorosłych Polaków jest wysoka i w odniesieniu do niektórych ma tendencję rosnącą. Wysoki odsetek osób o niedostatecznej aktywności fizycznej (ponad 50% dorosłych Polaków), palących papierosy czy niewłaściwie odżywiających się zwraca uwagę na konieczność dalszych i bardziej skutecznych działań z zakresu promocji zdrowia, które powinny obejmować nie tylko osoby dorosłe, ale także dzieci i młodzież (m.in. Broda i wsp. 2005, Zdrojewski i wsp. 2004, Tykarski i wsp. 2005, Podolec i wsp. 2006, Litwin 2007, Drygas i wsp. 2009, Bandosz i wsp. 2012, Słońska 2012, Szymborski 2012).

Poziom wiedzy społeczeństwa polskiego na temat czynników ryzyka i metod prewencji chorób serca i naczyń jest nadal niezadowalający, zaś udział publicznych mediów w misji edukacyjnej, szczególnie telewizyjnej, zbyt skromny (m.in. Piwońska i wsp. 2012, Słońska 2012, Drygas 2012).

**Dalsza poprawa sytuacji zdrowotnej w Polsce, a w szczególności ograniczenie umieralności ogólnej i przedwczesnej z powodu CHUK jest możliwe. Wskazują na to zarówno doświadczenia naszego kraju z okresu ostatnich 10-20 lat, a także krajów, które w dziedzinie profilaktyki i leczenia CHUK osiągnęły największe sukcesy (m.in. kraje Europy Zachodniej, USA, Japonia, Kanada). Należy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że znacząca poprawa w tej w dziedzinie będzie trudniejsza niż poprzednio.**

Wynika to zarówno z opisywanego wcześniej zjawiska starzenia się populacji, wysokiej częstości rozpowszechnienia chorób serca i naczyń w Polsce, wysokiego poziomu warunkujących te choroby czynników ryzyka, jak i konieczności intensyfikacji i zwiększenia skuteczności działań we wszystkich istotnych obszarach tj. polityki zdrowotnej państwa, promocji zdrowia, profilaktyki oraz diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób serca i naczyń.

Autorzy najnowszego raportu Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA) „Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States” opublikowanego niedawno na łamach najbardziej prestiżowego na świecie pisma kardiologicznego CIRCULATION przewidują do roku 2030 znaczący wzrost liczby chorób serca i naczyń w USA, jak i ogromny wzrost kosztów ich leczenia. Podobnie jak w Polsce zasadniczą przyczyną będzie starzenie się populacji i bardzo duża częstość warunkujących te choroby czynników ryzyka. Koszty bezpośrednie leczenia mogą wzrosnąć z 273 mlrd US do gigantycznej kwoty 818 mlrd US \$. Autorzy Raportu wielokrotnie podkreślają, że chorobom serca i naczyń można skutecznie

zapobiegać zaś podstawową strategią w walce z epidemią CHUK w USA powinno być przeorientowanie systemu ochrony zdrowia w kierunku skutecznej promocji zdrowia i profilaktyki (Heidenreich i wsp. 2011, Lloyd i wsp. 2011). Podobne wnioski wynikają z europejskiego dokumentu European Healthy Heart Charter, opracowanego wspólnie przez ekspertów UE, WHO i wielu współpracujących ze sobą europejskich towarzystw naukowych.

Niezwykle interesujące i oryginalne analizy ekspertów polskich zaprezentowane w czasie Debaty Sejmowej w Warszawie w dniu 17 listopada 2012 z udziałem przedstawicieli kierownictw Ministerstwa Zdrowia, NFZ, Ministerstwa Finansów oraz reprezentantów wielu środowisk lekarskich i naukowych wskazują, że w 2012 roku suma kosztów bezpośrednich i pośrednich związanych z leczeniem chorób serca i naczyń wyniosła ok. 42 miliardów zł (z czego ponad 15,3 mld zł stanowią koszty opieki medycznej i leków). Z prognoz przedstawionych w czasie debaty i dostępnych w formie raportu (Raport KPMG, Warszawa 2012) wynika także, że w roku 2030 kwota ta może osiągnąć gigantyczny poziom 93 miliardów zł, z czego koszt bezpośrednie (leczenie i leki) wyniosą 39,0 mld zł.

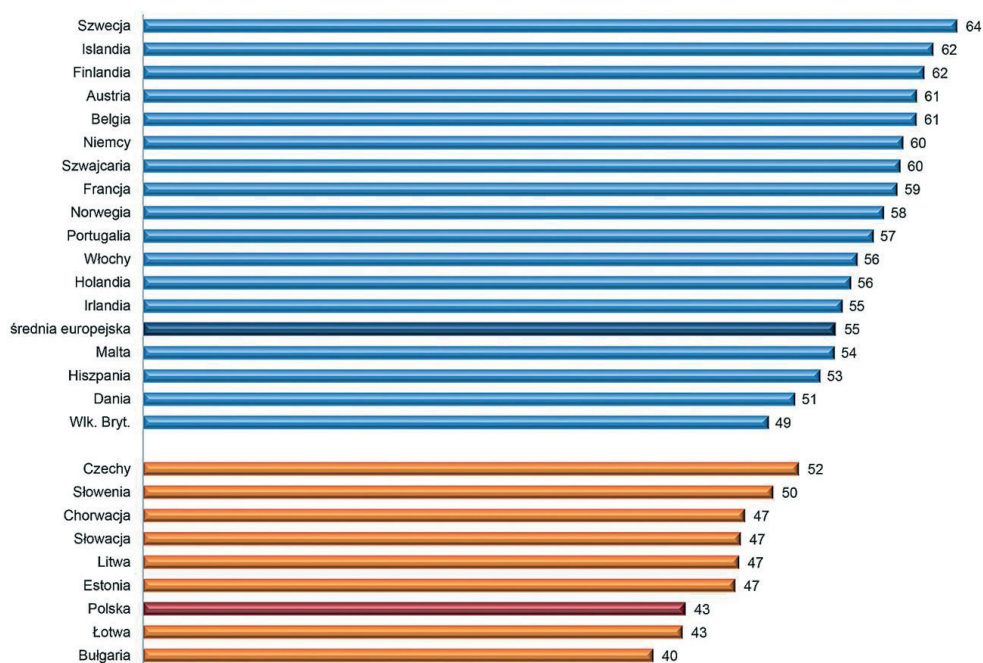
Nie ulega wątpliwości, że także w naszym kraju niezbędne jest skoncentrowanie większej uwagi na możliwości ograniczenia skutków zagrożenia CHUK i innych chorób przewlekłych w niedalekiej przyszłości. W sytuacji Polski konieczne jest uwzględnienie zarówno możliwości lepszej organizacji, odpowiedniego finansowania i poprawy dostępności diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób przewlekłych, jak też zdecydowana orientacja w kierunku nowoczesnej promocji zdrowia oraz skutecznej i podjętej odpowiednio wcześniej profilaktyki. (m.in. Drygas 2012, Słońska 2012, Szymborski 2012, Drygas i wsp. 2009).

Rosnąca częstość nadwagi i otyłości, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy i małej aktywności fizycznej większości społeczeństwa (szczególnie dzieci i młodzieży) o czym wielokrotnie wspomniano, stwarza już w tej chwili poważne zagrożenie dla zdrowia mieszkańców Polski - i co podkreśla się często - będzie jeszcze większym zagrożeniem dla zdrowia i życia w perspektywie kolejnych 20-30 lat. Stąd działania zmierzające do racjonalizacji sposobu żywienia, podnoszenia aktywności fizycznej oraz kontroli innych istotnych czynników ryzyka powinny być podejmowane jak najwcześniej, od najmłodszych okresów życia dziecka.

Ograniczone ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na szerszą dyskusję i przedstawienie innych działań w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki pierwotnej i wtórnej, a także organizacji i finansowania leczenia ambulatoryjnego, szpitalnego i kompleksowej rehabilitacji, które mogą przyczynić się do zmniejszenia chorobowości i redukcji umieralności, szczególnie umieralności przedwczesnej, z powodu chorób serca i naczyń, chorób nowotworowych, chorób układu oddechowego czy innych chorób przewlekłych w naszym kraju.

Działania te wydają się niezbędne i pilne jako, że prognozy dotyczące sytuacji demograficznej w naszym kraju, w okresie najbliższych 20-30 lat, są bardzo niekorzystne (m.in. Poznańska i wsp. 2011, Szymborski 2012), zaś dystans dzielący Polskę od wiodących krajów Unii Europejskiej jeśli chodzi o wskaźniki umieralności ogólnej i przedwczesnej, jest nadal niepokojąco wysoki.

Problematyka ta została szeroko przedstawiona w opublikowanym niedawno wydawnictwie Rządowej Rady Ludnościowej „Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa” pod red. Janusza Szymborskiego (2012), w przygotowanym pod auspicjami WHO wydawnictwie „Nierówności społeczne w zdrowiu”, a także w publikacjach naukowych m.in. w pracach Bandosza i wsp. (2012), Wojtyniaka i wsp. (2012) oraz wcześniejszych raportach przygotowywanych w ramach Programu POLKARD dla kierownictwa Ministerstwa Zdrowia (m.in. Drygas i wsp. 2009, Piotrowski i wsp. 2012, Wojtyniak 2015, Drygas 2015).



#### Rycina 4.

Wskaźniki 5-letnich przeżyć (%) w krajach europejskich w latach 2000-2007.

Nowotwory złośliwe ogółem

Wojtyniak B. i wsp., NIZP-PZH 2016

Zachęcamy Czytelników do zapoznania się z najnowszym obszernym opracowaniem ekspertów z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, a także z opracowaniami

dotyczącymi porównania sytuacji zdrowotnej, a w szczególności umieralności z powodu rozmaitych przyczyn w polskich powiatach. Cennymi informacjami dotyczącymi chorobowości i umieralności z powodu chorób nowotworowych służą publikacje Witolda Zatońskiego oraz Joanny Didkowskiej i wsp. z Centrum Onkologii w Warszawie. Nie sposób wreszcie pominąć wśród rekomendowanych pozycji piśmiennictwa obszernej i starannie wydanej „Epidemiologii i Prewencji Chorób Serca i Naczyń” pod redakcją Grzegorza Kopcia i wsp.

## PIŚMIENNICTWO

(wybrane pozycje)

1. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W: Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku. Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009.
2. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013.
3. Drygas W, Niklas AA, Piwońska A, Piotrowski W, Flotyńska A, Kwaśniewska M, Nadrowski P, Puch-Walczak A, Szafranec K, Bielecki W, Kozakiewicz K, Pająk A, Tykarski A, Zdrojewski T: Multi-centre National Population Health Examination Survey (WOBASZ II study): assumptions, methods and implementation. *Kardiol Pol.* 2016; 74(7):681-90. doi:10.5603/KP.a2015.0235.
4. Drygas W, Słońska Z: Program Polcard-Media „Pamiętaj o Sercu”. pod red: Grzegorz Kopec, Piotr Jankowski, Andrzej Pająk, Wojciech Drygas. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2015, ISBN 978-83-7430-469-6, 123-128.
5. Drygas W, Bielecki W, Kozakiewicz K, Pająk A, Piotrowski W, Tykarski A, Wyrzykowski B, Zdrojewski T w imieniu wykonawców programu WOBASZ: Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności - WOBASZ. *Epidemiologia i prewencja chorób układu krążenia*. pod red: Grzegorz Kopec, Piotr Jankowski, Andrzej Pająk, Wojciech Drygas. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2015, ISBN 978-83-7430-469-6, 41-56.
6. Jankowski P, Zdrojewski T, Bandosz P, Bartuś S, Chwojncki K, Drygas W, Gaciong Z, Hoffman P, Kalarus Z, Kaźmierczak , Kopec G, Mamcarz A, Opolski G, Pająk A, Piotrowicz R, Podolec P, Rutkowski M, Rynkiewicz A, Siwińska A, Stępińska J, Windak A, Wojtyniak B: System oceny ryzyka sercowo-naczyniowego dla populacji Polski - Pol-SCORE 2015. pod red: Grzegorz Kopec, Piotr Jankowski, Andrzej Pająk, Wojciech Drygas. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2015, ISBN 978-83-7430-469-6, 213-216.
7. Kwaśniewska M, Drygas W: Programy Profilaktyki i wczesnego Wykrywania Chorób Układu Krążenia Narodowego Funduszu Zdrowia. pod red: Grzegorz Kopec, Piotr Jankowski, Andrzej Pająk, Wojciech Drygas. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2015, ISBN 978-83-7430-469-6, 133-140.
8. Kwaśniewska M, Słońska Z, Drygas W: Przegląd wybranych polskich programów promocji zdrowia i prewencji chorób przewlekłych zrealizowanych w XXI wieku ze szczególnym uwzględnieniem programów ukierunkowanych na redukcję społecznych nierówności w zdrowiu. Warszawa 2015.
9. Neerland S: Działania w zakresie zdrowia publicznego na poziomie miejskim i powiatowym. Zbiór przykładów z Nowegii, ze szczególnym uwzględnieniem powiatów Møre i Romsdal. Warszawa 2017.
10. Rdzany R: Raport na temat lokalnych programów z zakresu profilaktyki chorób przewlekłych oraz promocji zdrowia, przewidzianych do realizacji na szczeblu powiatów i gmin, zgłoszonych do Agencji Oceny Technologii Medycznych. AOTM, Warszawa 2015.



11. Rządowa Rada Ludnościowa: Stanowisko RRL w sprawie ograniczenia zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia w obliczu wyzwań demograficznych w Polsce. Warszawa 2016.
12. Potrykowska A, Strzelecki Z, Szyborski J, Witkowski J: Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014. ISBN 978-83-7027-573-0.
13. Stepaniak U, Micek A, Waśkiewicz A, Bielecki W, Drygas W, Janion M, Kozakiewicz K, Niklas A, Puch-Walczak A, Pająk A: Prevalence of general and abdominal obesity and overweight among adults in Poland. Results of the WOBASZ II study (2013-2014) and comparison with the WOBASZ study (2003-2005). *Pol Arch Med. Wewn.* 2016 Aug 18; 126(9):662-671. doi:10.20452/pamw.3499.
14. Strzelecki Z, Szyborski J: Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015. ISBN 978-83-7027-595-2.
15. Veronesi G, Ferrario MM, Kuulasmaa K, Bobak M, Chambless LE, Salomaa V, Soderberg S, Pajak A, Jørgensen T, Amouyel P, Arveiler D, Drygas W, i wsp. Educational class inequalities in the incidence of coronary heart disease in Europe. *Heart.* 2016 Jun 15; 102(12):958-65. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308909.
16. Waśkiewicz A, Szczenińska D, Szostak-Węgierek D, Kwaśniewska M, Pająk A, Stepaniak U, Kozakiewicz K, Tykarski A, Zdrojewski T, Zujko ME, Drygas W: Are dietary habits of the Polish population consistent with the recommendations for prevention of cardiovascular disease? - WOBASZ II Project. *Kardiologia Pol.* 2016;74(9):969-77. doi:10.5603/KP.a2016.0003.
17. Wojtyniak B, Goryński P: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania NIZP-PZH. Warszawa 2016. ISBN 978-83-89379-49-8.
18. Zdrojewski T, Rutkowski M, Bandosz P, Gaciong Z, Solnica B, Drygas W, Wojtyniak B, Stokwiczewski J, Pencina M, Wołkiewicz E, Piwoński J, Jędrzejczyk T, Grodzicki T, Wyrzykowski B: Ocena rozpowszechnienia i kontroli czynników ryzyka chorób serca i naczyń w Polsce - badania NATPOL 1997, 2002, 2011. *Epidemiologia i prewencja chorób układu krążenia*. pod red: Grzegorz Kopec, Piotr Jankowski, Andrzej Pająk, Wojciech Drygas. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2015, ISBN 978-83-7430-469-6, 57-64.
19. Zdrojewski T, Drygas W, Naruszewicz M, Kawecka-Jaszcz K, Jankowski P: Nadciśnienie tętnicze w populacji ogólnej. w: *Hipertensjologia. Patogeneza, diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego*. pod red. Więcek A, Januszewicz A, Szczepańska-Sadowska E, Narkiewicz, Prejbisz A, Cudnoch-Jędrzejewska A. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2015, ISBN 978-83-7430-468-9, 1-17.
20. Zdrojewski T, Wierucki Ł, Rutkowski M, Bałwicki Ł, Szczęch R, Zarzecka-Baran M, Grodzicki T, Januszewicz A, Narkiewicz K, Głuszek J, Drygas W, Zatoński W, Wyrzykowski B, w imieniu Rady Polskiego Projektu 400 Miast: *Polski Projekt 400 Miast 2003-2008 - program wyrównujący dysproporcje zdrowotne powstałe podczas transformacji w Polsce*. pod red: Grzegorz Kopec, Piotr Jankowski, Andrzej Pająk, Wojciech Drygas. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2015, ISBN 978-83-7430-469-6, 147-156.



## OCENA POTRZEB ZDROWOTNYCH SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ. JAK WYBIERAĆ PRIORYTETY W ZAKRESIE POPRAWY SYTUACJI ZDROWOTNEJ I NIWELOWANIA RÓŻNIC SPOŁECZNYCH W ZDROWIU?

Wojciech Drygas, Zofia Słońska

Decyzja o wyborze programów zdrowotnych, które będą realizowane w społecznościach lokalnych nie jest decyzją łatwą i wymaga starannego rozważenia. Wielu wybitnych ekspertów o międzynarodowym autorytecie i wieloletnim praktycznym doświadczeniu w dziedzinie polityki zdrowotnej podkreśla, że zawsze potrzeby zdrowotne społeczności kraju, regionu czy lokalnej społeczności są większe niż możliwości realizacji, biorąc pod uwagę zarówno ograniczenia finansowe, jak i bariery w postaci ograniczonych zasobów ludzkich czy też dostępnego czasu.

Aby podjąć właściwe i adekwatne do potrzeb zdrowotnych decyzje musimy odpowiedzieć na szereg istotnych pytań. Wymieńmy niektóre z nich:

1. Czy zależy nam na szybkich, lecz być może krótkotrwałych efektach w postaci poprawy niektórych obiektywnych mierników stanu zdrowia? Czy chcemy raczej prowadzić długofalowe dobrze skonstruowane działania których efekty będą satysfakcjonujące i trwałe, ale widoczne dopiero po 5-ciu, 10-ciu lub może 20-latach?

Jeżeli chcemy uzyskać efekty bardzo szybko np. po kilku miesiącach lub najwyżej po paru latach, wówczas najbardziej odpowiednią strategią działania jest zwiększenie dostępności opieki medycznej, tak szpitalnej jak i ambulatoryjnej, zmniejszenie okresu oczekiwania na zabiegi operacyjne np. z powodu zaćmy czy konieczności implantacji stawu biodrowego lub kolannowego, skrócenie kolejek do lekarzy specjalistów i ułatwienie osobom chorym (zwłaszcza przewlekłe) zakupu niezbędnych leków. W ramach tych działań możemy wymienić powszechne i skuteczne badania przesiewowe umożliwiające wczesne wykrycie cukrzycy czy nadciśnienia tętniczego lub niektórych

nowotworów (np. szyjki macicy czy nowotworów jelita grubego) i podjęcie optymalnego leczenia dla tej licznej w naszym kraju grupy osób chorych. Wśród tych działań możemy wymienić finansowanie ze środków samorządowych niektórych szczepień np. przeciwko grypie u osób starszych lub z przewlekłymi chorobami serca i naczyń.

Tego typu działania są z pewnością skuteczne, lecz wymagają znacznych środków finansowych, a w ich realizacji wiodącą rolę odgrywa sektor medyczny. Przedmiotem dyskusji może być czy tego typu działania realizowane poprzez sektor medyczny mogą przyczynić się niwelowania społecznych różnic w zdrowiu.

2. Jaka grupa docelowa ma być przedmiotem naszego szczególnego zainteresowania? Czy chcemy kierować nasze programy do dzieci i młodzieży, kobiet w wieku rozrodczym czy raczej mężczyzn w wieku średnim których cechuje wysoka chorobowość i wysokie wskaźniki umieralności przedwczesnej? Czy też priorytetem naszych działań powinna być grupa osób najstarszych, cechująca się z oczywistych względów najgorszym stanem zdrowia, wielochorobowością i nierzadko pozbawiona pomocy i wsparcia ze strony rodziny?

Udzielenie odpowiedzi na tak postawione pytanie/pytania jest niezwykle trudne.

3. W jakim siedlisku zamierzamy realizować nasze programy zdrowotne? Czy chcemy kierować je do ogółu społeczeństwa (np. programy promujące powszechną, regularną aktywność fizyczną), czy do pewnych wyodrębnionych środowisk np. dzieci przedszkolnych, dzieci i młodzieży szkolnej, osób zatrudnionych w zakładach pracy, pacjentów szpitalnych czy... więźniów osadzonych w zakładach karnych?
4. Czy w naszych działaniach chcemy skoncentrować się na promocji zdrowia i działaniach edukacyjnych np. realizując programy antytytoniowe, programy zachęcające do racjonalnego żywienia, ograniczenia szkodliwej dla zdrowia konsumpcji alkoholu czy wspomnianej uprzednio większej powszechnej aktywności fizycznej?
5. Czy nasze działania, korzystne dla poprawy stanu zdrowia społeczności powiatów czy gmin będą przyczyniać się także do niwelowania różnic społecznych w zdrowiu? Czy raczej w paradoksalny i niezamierzony sposób będą pogłębiać nierówności w zdrowiu?

Jeżeli z programu badań przesiewowych czy też poradnictwa w zakresie zdrowego żywienia, aktywności fizycznej lub zdrowia psychicznego będą korzystały w znacznie większym stopniu osoby lepiej wykształcone, bardziej majątne, wywodzące się z grona bardziej uprzywilejowanych środowisk społecznych, a nasze działania nie zyskają akceptacji wśród osób gorzej wykształconych, uboż-

szych, bezrobotnych lub należących do grona mniejszości narodowych, to paradoksalnie dobry w założeniach projekt zdrowotny może przyczynić się do poprawy stanu zdrowia społeczności lokalnej, ale pogłębi nierówności w zdrowiu.

Czy łatwo jest zatem podjąć optymalne decyzje o wyborze priorytetów w zakresie lokalnej polityki zdrowotnej i wyborze określonych programów?

Odpowiedź brzmi: NIE !!!

**Co zatem zwiększa szanse, że wybór priorytetów będzie właściwy, adekwatny do potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności a zarazem przyjęty program lub programy działań w zakresie promocji zdrowia i/lub profilaktyki chorób okażą się możliwe do wykonania i skuteczne?**

Wymieńmy w tym miejscu kilka podstawowych warunków:

- Podejmowanie decyzji przez wyłonioną we właściwy sposób Koalicję/Partnerstwo dla Zdrowia.
- Przeprowadzenie analizy potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej.
- Wykorzystanie możliwości lepszej realizacji w lokalnej społeczności dostępnych programów zdrowotnych finansowanych przez NFZ, Ministerstwo Zdrowia lub inne organizacje lub instytucje (patrz rozdział 6).
- Wybór zaledwie kilku wiodących priorytetów zdrowotnych i skoncentrowanie większości sił i środków (także finansowych) na sprawnej realizacji wybranych projektów lub tylko jednego projektu.

### 3.1. Rada ds. Zdrowia (Rada Polityki Zdrowotnej)

Z doświadczeń własnych Autorów, jak też wynikających ze starannej lektury międzynarodowego i krajowego piśmiennictwa wynika, że w celu dokonania optymalnego wyboru należy w pierwszej kolejności powołać/utworzyć społeczną **Radę ds. Zdrowia (Radę Polityki Zdrowotnej)** na szczeblu powiatu. W skład tej społecznej Rady winni wejść przedstawiciele różnych instytucji i organizacji, posiadający przydatną wiedzę teoretyczną i praktyczną oraz reprezentujący rozmaite sektory społeczeństwa, nie tylko sektor ochrony zdrowia.

#### 3.1.1. Przykładowy skład Rady:

- Starosta powiatu lub delegowana przez niego Osoba reprezentująca władze lokalne Powiatu,
- Przedstawiciele dwóch wybranych gmin (wójt lub delegowana osoba),
- Przedstawiciele środowiska medycznego: dwie lub trzy osoby - lekarz np. ordynator jednego z oddziałów szpitalnych bądź dyrektor szpitala, lekarz reprezentujący środowisko POZ, pielęgniarka,

- Reprezentanci środowiska pedagogicznego np. dyrektor szkoły lub delegowana przez niego osoba, nauczyciel wychowania fizycznego lub trener,
- Przedstawiciele: policji, straży pożarnej i/lub jednostki wojskowej (dwie lub trzy osoby),
- Przedstawiciel środowiska mediów - dziennikarz,
- Przedstawiciele organizacji pozarządowych; koła gospodyń wiejskich, stowarzyszeń, fundacji, klubów sportowych, itp. związanych z problematyką zdrowia, kultury fizycznej itp. (dwie osoby lub trzy osoby),
- Przedstawiciele: środowiska pomocy społecznej, stacji sanitarno-epidemiologicznej, powiatowego urzędu pracy itp. (dwie lub trzy osoby).

W przedstawionym powyżej przykładzie Rada składa się nominalnie z 12-18 osób. Biorąc pod uwagę praktykę należy oczekiwać, że w regularnych posiedzeniach będzie ok. 60-70% jej uczestników, czyli 8 - 12 osób, co stanowi idealny zespół.

### **3.1.2. Zadaniem Rady będzie między innymi:**

- Ocena sytuacji zdrowotnej w społeczności lokalnej,
- Ocena potrzeb zdrowotnych w społeczności lokalnej,
- Opracowanie szerokiej listy/zestawienia najważniejszych problemów zdrowotnych w społeczności lokalnej,
- Decyzja o wyborze wąskiej grupy projektów prozdrowotnych przewidzianych do realizacji w okresie 3-5 lat,
- Podjęcie decyzji o wyborze realizatorów/koordynatorów programów, stworzeniu możliwości organizacyjnych oraz przeznaczeniu odpowiednich środków finansowych na realizację wybranych przez Radę Programów,
- Nadzór nad realizacją wybranych programów, okresowa ocena/ewaluacja realizacji, dokonywanie ewentualnych korekt, itp.

Szczegółowe informacje dotyczące partnerstwa dla zdrowia i tworzenia koalicji na rzecz zdrowia w społeczności lokalnej przedstawiono w innych rozdziałach tego opracowania (patrz rozdział 4 oraz rozdział 9). W tym miejscu wspomnijmy jedynie, że niezwykle ważne jest, aby w Radzie ds. Zdrowia na szczeblu powiatu znalazły się osoby reprezentujące różne sektory społeczeństwa, nie tylko sektor medyczny, ale także środowisko pedagogiczne, pomocy społecznej, przedstawiciele policji, straży pożarnej, organizacji pozarządowych, mediów oraz przedstawiciele wybranych gmin. W skład rady powinien wchodzić starosta lub wydelegowana przez niego osoba reprezentująca władze lokalne powiatu.

### 3.2. Ocena potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej (Health Needs Assessment, HNA)

W ocenie stanu zdrowia społeczności lokalnej należy wykorzystać rozmaite dostępne opracowania, z których można pozyskać szereg cennych informacji dotyczących stanu zdrowia np. dane dotyczące przyczyn umieralności, chorobowości szpitalnej czy rozpowszechnienia czynników ryzyka. Do podstawowych i przydatnych informacji należą te dotyczące liczby i rodzaju placówek medycznych świadczących pomoc lekarską: tj. oddziałów szpitalnych, specjalistycznych placówek opieki ambulatoryjnej oraz, co szczególnie ważne, podstawowej opieki zdrowotnej. Dane dotyczące liczebności personelu medycznego; lekarzy, pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych oraz innych pracowników systemu ochrony zdrowia zatrudnionych w publicznych i niepublicznych placówkach pozwolą na oszacowanie potencjału kadrowego w opiece zdrowotnej w społeczności powiatu.

Oczywiście bardzo pożytecznym i pomocnym narzędziem w diagnozie stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności jest przeprowadzenie własnych badań. Ocena Potrzeb Zdrowotnych (Health Needs Assessment) jest narzędziem wykorzystywanym zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym oraz lokalnym. W niektórych krajach np. w Wielkiej Brytanii, Norwegii czy Słowenii HNA jest stałym elementem polityki zdrowotnej i społecznej.

W jaki sposób przeprowadzić Ocenę Potrzeb Zdrowotnych społeczności lokalnej np. w powiecie?

Bardzo dobrą i jednocześnie zwięzłą ilustracją procesu Oceny HNA jest rozdział poświęcony tej problematyce w opracowaniu norweskiego eksperta Sveina Neerlanda.

Svein Neerland opisuje kolejne etapy zdobywania wiedzy o stanie zdrowia społeczności lokalnej wykorzystując zarówno dostępne informacje posiadane przez sektor ochrony zdrowia, środowisko pedagogiczne, inspekcję sanitarną, policję, organizacje pozarządowe, media itp., jak też zachęca do sięgania po dostępne opracowania naukowe i raporty przygotowane przez instytuty naukowe, uczelnie czy na zlecenie instytucji centralnych.

Gorąco zachęcamy do zapoznania się z Jego opracowaniem, dostępnym w języku polskim. O tym opracowaniu piszemy znacznie bardziej szczegółowo w kolejnym rozdziale niniejszego podręcznika.

Znacznie obszerniejszym źródłem informacji, bezcennym dla władz samorządowych i realizatorów programów zdrowotnych w społecznościach lokalnych w naszym kraju, jest opracowanie autorów krakowskich z renomowanego Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Dr med. Roman Topór-Mądry wraz z prof. dr. hab. med. Andrzejem Pająkiem i grupą współpracowników przeanalizowali metody oceny potrzeb zdrowotnych w różnych krajach. Szczególną uwagę zwrócili na materiały opracowane przez ekspertów brytyjskich i praktykę oceny HNA w warunkach brytyjskiego systemu ochrony zdrowia. Tę bogatą wiedzę teoretyczną, popartą wielomiesięczną współpracą z wybitnym ekspertem angielskim prof. Chrisem Bentleyem, wykorzystali w celu opracowania materiałów i zaleceń dla polskich ekspertów.

Efektom długotrwałej i systematycznej pracy kolegów z Krakowa, w której uczestniczyli obok wspomnianego wcześniej prof. Bentleya, także eksperci norwescy, koordynatorzy Programu PL 13 z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) oraz autorzy niniejszego rozdziału, jest opracowanie pt.: „Model badania potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym - pojęcia, bazy danych, narzędzia” Kraków 2017. Opracowane przez Zespół Krakowski narzędzia diagnostyczne zostały zweryfikowane w badaniach terenowych przeprowadzonych na terenie dwóch wybranych polskich powiatów i są dostępne zarówno w wersji drukowanej, jak i w wersji elektronicznej.

Dla wszystkich samorządowców oraz ekspertów wspierających proces tworzenia programów zdrowotnych na poziomie powiatów i gmin warto polecić wykorzystanie kilku innych bardzo przydatnych opracowań.

Mamy na myśli, w pierwszej kolejności, doświadczenia Zespołu Piotrkowskiego realizującego Projekt „Twoje Serce Twoim Życiem”. Szczegółowy opis wszystkich etapów tworzenia Projektu, jego realizacji, wraz z bardzo szczegółowym opisem działań ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia społeczności powiatu piotrkowskiego i niwelowania nierówności społecznych w zdrowiu został przedstawiony przez Danutę Ratajską oraz Janusza Tamillę, liderów Projektu w rozdziale 9 niniejszego opracowania. Autor tego rozdziału miał możliwość uczestniczenia w kilku konferencjach i spotkaniach na terenie powiatu piotrkowskiego i przekonania się na własne oczy, jak wielkie zainteresowanie szerokiego grona współrealizatorów i uczestników, a także mediów wywołał ten właśnie Projekt.

W rozdziale 9 przedstawiono w sposób bardzo precyzyjny kolejne etapy tworzenia i realizacji tego wzorcowego Projektu z uwzględnieniem warunków organizacyjnych i finansowych, a także z przedstawieniem praktycznych problemów na jakie trafiają koordynatorzy i realizatorzy dużych samorządowych projektów zdrowotnych.

Wśród innych pomocnych narzędzi w ocenie potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności, a zwłaszcza w procesie tworzenia projektów zdrowotnych należy wymienić bardzo dobre opracowanie doświadczonych samorządowców M. Wójcika, B. Kłosowskiej i wsp. na temat realizacji samorządowych programów zdrowotnych oraz przygotowany w ramach Projektu PL 13 raport eksperta AOTM dr Rafała Rdzanego na temat programów z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki

chorób przewlekłych realizowanych w społecznościach powiatów i gmin. Obydwa opracowania przedstawiają cenne wskazówki i praktyczne porady jak przygotować dobre wnioski projektowe i zawierają informacje jakie błędy popełniają najczęściej mało doświadczeni lub niedostatecznie przygotowani autorzy projektów zdrowotnych kierowanych do oceny AOTM.

Nie ulega wątpliwości, że najtrudniejszym zadaniem jest przygotowanie wieloletniego programu zdrowotnego, który nie tylko przyczyni się do poprawy stanu zdrowia społeczności powiatów czy gmin, ale także do redukowania nierówności w zdrowiu. Przykłady takich projektów z całego świata przedstawiamy w kolejnych rozdziałach naszego opracowania. Przedstawiony na końcu opracowania, w bardzo szczegółowy sposób, Projekt Piotrkowski „Twoje Serce Twoim Życiem” adresowany nie tylko do ogółu mieszkańców regionu, ale w celowany sposób do grupy mieszkańców powiatu korzystających z pomocy społecznej, stanowi naszym zdaniem modelowy przykład nowoczesnego programu zdrowotnego o bardzo ambitnych, lecz jednocześnie realistycznych założeniach.

## PIŚMIENNICTWO

(wybrane pozycje)

1. Neerland S: Działania w zakresie zdrowia publicznego na poziomie miejskim i powiatowym. Zbiór przykładów z Norwegii, ze szczególnym uwzględnieniem powiatów Møre i Romsdal. Warszawa 2017.
2. Rdzany RS: Raport na temat lokalnych programów z zakresu profilaktyki chorób przewlekłych oraz promocji zdrowia, przewidzianych do realizacji na szczeblu powiatów i gmin, zgłoszonych do agencji oceny technologii medycznych. AOTM, Warszawa 2015.
3. Topór-Mądry R (red): Model badania potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym - pojęcia, bazy danych, narzędzia. Kraków 2017.
4. Wójcik M, Kłowska B, Rudka R i wsp. Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować? Poradnik dla pracowników jednostek samorządu terytorialnego. Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2014.

## KOALICJE I ICH ROLA W LOKALNYCH PROGRAMACH ZDROWOTNYCH

Zofia Stońska, Wojciech Drygas

Pogląd, bardzo popularny w XX wieku, mówiący o tym, że zdrowie zawdzięczamy przede wszystkim medycynie naprawczej, nie wytrzymał próby czasu. W drugiej połowie dwudziestego wieku został kategorycznie podważony, z jednej strony poprzez potwierdzenie, w oparciu o wyniki badań populacyjnych, istnienia tzw. anomalii Cochrane'a, czyli braku związku między nakładami na opiekę zdrowotną a poprawą sytuacji epidemiologicznej (Włodarczyk 1992), z drugiej strony poprzez jednoznaczne wskazanie na styl życia (Lalonde 1974), jako czynnik mający największy, ponad pięćdziesięcioprocentowy wpływ na zmienność stanu zdrowia populacji.

Mimo istnienia dowodów na ograniczone możliwości medycyny naprawczej, na polu opanowywania epidemii chorób przewlekłych uzależnionych od stylów życia, teza mówiąca o dominującym znaczeniu indywidualnych i zbiorowych zachowań wśród uwarunkowań stanu zdrowia, umniejszająca rolę świadczeń medycznych w tym względzie, z trudem zyskiwała uznanie wśród profesjonalistów medycznych drugiej połowy XX wieku, zarówno tych reprezentujących opiekę zdrowotną, jak i zdrowie publiczne. Dziś, między innymi dzięki rosnącej liczbie wyników badań naukowych, wspierających zasadność zajmowania się ludzkimi zachowaniami, jako czynnikami istotnie wpływającymi na stan zdrowia populacji, doszło do powszechnej akceptacji omawianego związku, także w Polsce i znacząco rzadziej można znaleźć takie osoby, które go nie uznają.

Akceptacja, przez środowiska zajmujące się zdrowiem, faktu istnienia związku między ludzkimi zachowaniami a stanem zdrowia nie wystarczyła jednak do tego, by związek ten potraktowano jako uzasadnienie dla konieczności tworzenia w ramach lokalnych programów zdrowotnych koalicji dla zdrowia.

Punktem zwrotnym było dostrzeżenie powiązań między występowaniem określonych zachowań wpływających na stan zdrowia a warunkującymi je czynnikami społecznymi, społeczno-ekonomicznymi, społeczno-kulturowymi i społeczno-politycznymi. Do zmiany sytuacji znacząco przyczynił się, zapoczątkowany w po-



łowie lat 80. ubiegłego wieku dynamiczny rozwój promocji zdrowia, która powstała właśnie dlatego by zainicjować oddziaływanie na style życia poprzez wpływ na ich środowiskowe, w tym społeczne determinanty.

W Karcie Ottawskiej ds. Promocji Zdrowia (1986), dokumencie obejmującym najważniejsze wytyczne dotyczące skutecznego, a więc przyczynowego oddziaływania na zachowania pro i anty zdrowotne, w sposób kategoryczny stwierdzono, że aby ludzie mogli osiągać stan dobrego zdrowia musi być spełnione szereg fundamentalnych warunków, bez których trudno wyobrazić sobie powszechne sukcesy w tym względzie. Zdaniem autorów Karty, jeśli ludzie nie mają zagwarantowanego życia w pokoju, sprawiedliwości, równości i stabilności, nie mają schronienia, pokarmu, wykształcenia oraz dochodu ich zdrowie jest zagrożone. To prawdziwe, choć nieco patetyczne stwierdzenie, odnoszące się do sytuacji ekstremalnych, przekłada się na wymóg codziennego rutynowego podejmowania działań ograniczających negatywny wpływ czynników pozamedycznych - z naciskiem na różne odmiany determinantów społecznych, na zachowania ludzi i ich zdrowie.

Bardzo ważna jest świadomość faktu, że to jak się zachowujemy w codziennym życiu nie bierze się znikąd i jest wynikiem naszych możliwości i ograniczeń. To, że świadomie podejmujemy określone zachowania z intencją wzmacniania zdrowia czy też świadomie decydujemy się na zachowania, o których wiemy, że mogą zaszkodzić zdrowiu zależy od naszej wiedzy, naszych umiejętności, aspiracji i motywacji, wpływu rodzin oraz społeczności w których żyjemy oraz cenionych przez nich wartości i tradycji kulturowych, posiadania pracy bądź jej braku, wysokości dochodów, poziomu warunków mieszkaniowych, posiadania bądź nieposiadania pomocy innych, łatwego lub trudnego dostępu do opieki zdrowotnej, a także opieki społecznej. Ta lista, choć niepełna, pokazuje w jak skomplikowanych warunkach kształtują się zachowania. Stąd w Karcie Ottawskiej podkreśla się konieczność przystosowywania programów promocji zdrowia do potrzeb i możliwości konkretnych społeczności z uwzględnieniem społecznych, kulturowych i ekonomicznych warunków w których przychodzi im funkcjonować.

Skuteczne oddziaływanie na bardzo zróżnicowane uwarunkowania ludzkich zachowań w sferze zdrowia wymaga wyjścia poza placówki opieki zdrowotnej i inicjowania współpracy interdyscyplinarnej i międzysektorowej na różnych poziomach organizacji życia społecznego, np. powiatów czy gmin, na rzecz wytwarzania łatwo dostępnych zasobów niezbędnych dla zdrowia. Chodzi o to, by stworzyć ludziom realne warunki umożliwiające prozdrowotne zachowania. Jeśli dążymy do tego by członkowie społeczności masowo jeździli na rowerach nie wystarczy upowszechnianie wiedzy na temat korzyści zdrowotnych wynikających z uprawiania tego sportu. Pamiętając o zróżnicowaniu możliwości ludzi wynikających z warunków w których żyją, w ramach programów zdrowotnych powinno się zadbać o to by każdy bez względu na pozycję społeczno-ekono-

miczną mógł kupić bądź wypożyczyć rower, miał do dyspozycji ścieżki rowerowe oraz akceptację otoczenia dla takiego zachowania. Konieczność interdyscyplinarnego i międzysektorowego wsparcia ludzi w ich prozdrowotnych wyborach dotyczy wszystkich typów zbiorowości, począwszy od całych społeczeństw a skończywszy na małych społecznościach lokalnych. Spełnienie powyższych wymogów stwarza m.in. potrzebę zapewnienia warunków dla rozwoju partnerstwa na rzecz zdrowia, czyli budowania koalicji.

Koalicja to czasowy sojusz zawierany przez ludzi z zamiarem współdziałania na rzecz realizacji wspólnego celu. W jej skład wchodzi zazwyczaj organizacje i instytucje reprezentujące różne sfery życia, a tym samym realizujące na co dzień własne, zróżnicowane cele. Konkretny skład koalicji zależy od problemu przewidzianego do rozwiązania w danym programie prozdrowotnym. Identyfikacja obszarów życia w których tkwią przyczyny danego problemu oraz identyfikacja jego przyczyn prowadzi do wyboru właściwych partnerów koalicyjnych.

#### **4.1. Dlaczego istnienie koalicji jest tak ważne dla działań prozdrowotnych?**

Przede wszystkim dzięki zróżnicowanym kompetencjom, zasobom i obszarom oddziaływania członków koalicji istnieje możliwość wielokierunkowego i stabilnego oddziaływania na społeczności objęte interwencją. Koalicja to platforma rozwijania interdyscyplinarnej i wielosektorowej współpracy oraz skuteczna forma aktywizacji na rzecz zdrowia tych społeczności w których i z którymi realizowane są skuteczne programy zdrowotne. Zawiązanie i współpraca w ramach koalicji poprzez wspólne działanie umożliwia powstawanie na terenie społeczności nowych i zacieśnianie starych więzi międzyludzkich, narastanie wzajemnego zaufania oraz rodzenie się norm ułatwiających koordynację i kooperację dla wspólnego dobra. Innymi słowy można powiedzieć, że efektywnie działająca koalicja może być uznana za źródło kapitału społecznego oraz jego przejaw. Zaś wytworzony przez nią kapitał społeczny, czyli zdolność społeczności do, opartej na zaufaniu, współpracy na rzecz wspólnych celów może sprzyjać trwaniu starych i rodzeniu się nowych koalicji w przyszłości.

W przypadku lokalnych programów zdrowotnych koalicje takie trwają zazwyczaj przez czas realizacji danego programu zdrowotnego, choć nie należy wykluczać, że stworzona w ramach danej społeczności koalicja w przyszłości, w całości lub części, będzie się podejmowała realizacji innych wspólnych celów zdrowotnych.

Współczesny stan wiedzy pozwala na wysunięcie tezy o niewielkim wpływie na zdrowie tych interwencji, które podporządkowują się orientacji indywidual-

nej i behawioralnej nie uwzględniają wpływu czynników środowiskowych, przede wszystkim społecznych na ludzkie zachowania. Interwencje te oparte głównie na psychologicznych teoriach zmiany zachowań mają znaczący wpływ w najlepszym razie na 25% populacji objętych interwencją (Gillies 1998). Przegląd 43 badań oceniających skuteczność partnerstwa dokonany przez Pamelę Gillies (1998) wskazuje na to, że niezależnie od tego do osiągnięcia jakich celów zdrowotnych dążono, kim byli partnerzy, im silniejsza była reprezentacja społeczności i większe jej zaangażowanie w działania, tym większe osiągnano korzyści.

Już na przelocie lat 80. i 90. ubiegłego wieku w ramach promocji zdrowia społeczeństwa amerykańskiego inwestowano miliony dolarów w rozwój koalicji (Butterfoss i in. 1993). Realizacji tego celu miała m.in. służyć inicjatywa CDC Atlanta pod nazwą PATCH - the Planned Approach to Community Health) (U.S. Department of Health and Human Services)

Obecnie ogromna ilość programów zdrowotnych na świecie opiera się na partnerstwie m.in. seria programów australijskich pod nazwą Act belong commit skierowanych także do szkół (zobacz - The Mentally Healthy Schools Program, <https://www.actbelongcommit.org.au/about-us/programs.html>).

Mamy także polską tradycję w tym względzie czego przykładem może być realizowany od ponad dwudziestu lat program Szkoły Promujące Zdrowie czy Program Zdrowe Miasta. Na uwagę zasługuje także Program Budowy Infrastruktury dla Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Układu Krążenia 'Czas dla Serca' realizowany we współpracy z Bankiem Światowym w latach 2001-2002, którego jednym z kluczowych zadań była budowa koalicji (Słońska 2002). W ramach programu udało się włączyć do działania ponad 700 partnerów instytucjonalnych.

Z dotychczasowych rozważań można byłoby wysnuć fałszywy wniosek, że koalicja z natury niesie ze sobą same zyski i zawsze, w mniejszym lub większym stopniu, realizuje stawiane przed nią cele. Niestety zdarzyć się mogą koalicje nieskuteczne.

## 4.2. Jakie warunki muszą być spełnione by koalicja była skuteczna?

- Członkowie koalicji powinni znać i właściwie rozumieć cel programu zdrowotnego w którym uczestniczą, a także swoje zadania w procesie osiągania tego celu.
- Partnerzy tworzący koalicję muszą być prawdziwie zainteresowani realizacją wspólnego celu, a nie wykorzystywaniem koalicji do realizacji własnych celów.
- Od samego początku budowania koalicji trzeba mieć na uwadze unikanie takich partnerów, którzy są skonfliktowani z powodu różnic interesów poza

koalicją. Jeśli jednak z różnych względów nie można z nich zrezygnować z pomocą przyjąć może kolejny warunek wymagający spełnienia, a mianowicie wprowadzenie podziału ról między partnerami koalicji, zasad współdziałania oraz wyznaczenie zakresu autonomii w reprezentowaniu koalicji w społeczności objętej programem zdrowotnym i poza nią.

- Nie należy także dopuszczać do tego by którykolwiek z partnerów miał większe wpływy lub prawa do kontroli niż pozostali członkowie koalicji, chyba że istnieje taka konieczność, zaakceptowana przez resztę partnerów, a wynikająca z przydzielonych mu zadań.
- Wiele w przebiegu pracy koalicji zależy od zarządzającego nią lidera. Powinien nim być koordynator lokalnego programu zdrowotnego zatrudniony w urzędzie gminy.
- Szanse osiągnięcia sukcesów przez koalicję rosną, gdy osoba sprawująca funkcję koordynatora posiada autorytet i cechy charyzmatycznego przywódcy, umie negocjować w sytuacjach konfliktowych z zastosowaniem technik perswazyjnych, potrafi pozyskiwać fundusze oraz utrzymywać dobre kontakty z decydentami.

### 4.3. Jak budować koalicje w ramach realizacji lokalnych programów zdrowotnych?

#### KROK PIERWSZY:

##### Pozyskiwanie partnerów

Jeśli chcemy osiągnąć sukces członkami koalicji powinny być instytucje, organizacje oraz osoby ważne dla rozwiązania problemu. Do koalicji włączamy nie tyle takich partnerów, których dobrze znamy, ile takich, którzy dysponują zasobami przydatnymi w realizacji celu programu zdrowotnego i wolą dzielenia się nimi, np. profesjonalną kadrą. Konkretny skład koalicji zależy od problemu przewidzianego do rozwiązania w danym programie prozdrowotnym. Identyfikacja obszarów życia w których tkwią przyczyny danego problemu oraz identyfikacja przyczyn prowadzi do wyboru właściwych partnerów koalicyjnych. Niwelowanie lub ograniczanie wpływu danych przyczyn to właśnie zadanie poszczególnych koalicjantów. Jeśli problem w danej społeczności stanowi niewłaściwe odżywianie naszymi partnerami koalicyjnymi mogą być przedszkola i szkoły - potrzebna jest bowiem edukacja żywieniowa dzieci oraz ich rodziców, koła gospodyń wiejskich, które pełnią rolę edukacyjną i opiniotwórczą w małych społecznościach, placówka/ki zdrowia, władze lokalne, organizacje pozarządowe, media lokalne oraz placówki akademickie zajmujące się problematyką żywienia.

Do typowania partnerów powinno dojść już na etapie wstępnego ustalania problemu, który chcemy rozwiązać. Zadanie to spoczywa przede wszystkim na lokalnym koordynatorze.

Rekrutacja potencjalnych partnerów/realizatorów lokalnego programu zdrowotnego przebiegać może różnymi drogami. Na ogół proces rekrutacji zaczyna się od wysyłania przez koordynatora programu listów zapraszających do udziału w jego realizacji. Wskazane jest także nawiązywanie osobistych kontaktów z przyszłymi partnerami np. po wysłaniu listu zapraszającego lub w innych okolicznościach.

Istotną rolę w zdobywaniu przyszłych realizatorów programu może odegrać także badanie opinii liderów lokalnych (Lignowska 2002), które przeprowadza się w celu uzyskania opinii osób znaczących, reprezentujących różne środowiska i sfery życia, o występujących w społeczności zagrożeniach zdrowotnych oraz ich uwarunkowaniach.

Sytuacja wywiadu zakłada przedstawienie osobie pytanego podstawowych danych o programie. Wartością dodaną ww. informacji bywa narodzić się zainteresowania u osoby badanej osobistym udziałem w jego realizacji. Jak pokazują wyniki badań przeprowadzonych w ramach projektu CZAS DLA SERCA (Słońska 2002) wywiad kończył się często ofertą współpracy, wychodzącą ze strony badanej osoby.

Propozycje współpracy mogą pojawiać się także samorzutnie ze strony instytucji i organizacji wcześniej nieuwzględnionych.

## **KROK DRUGI:**

### **Organizacja spotkania z potencjalnymi partnerami wywodzącymi się ze społeczności lokalnej**

Spotkanie takie służyć ma z jednej strony zapoznaniu potencjalnych partnerów z projektem - jego celem, czasem trwania, zasadami organizacji i komunikowania w obrębie projektu i poza nim, zadaniami do wykonania oraz sposobem finansowania programu. Z drugiej strony chodzi o dowiedzenie się tego co potencjalni partnerzy mogą wnieść do programu i czego oczekują.

Trzeba pamiętać o tym by, niezależnie od przedstawienia oczekiwań kierowanych w stronę przyszłych partnerów, pokazać korzyści, które poszczególni partnerzy instytucjonalni mogą uzyskać w związku z pracą na rzecz programu.

Ponadto w trakcie spotkania należy zebrać informacje na temat umiejętności przyszłych partnerów w zakresie planowania i realizacji programów zdrowotnych. Może się okazać, że potrzebne będzie zorganizowanie specjalnego szkolenia z tego zakresu.

Przyszłym partnerom, instytucjom i organizacjom należy także przedstawić formalną stronę współpracy. Niezwykle istotne jest bowiem zawarcie z każdym

z nich formalnej umowy o współpracy formułującej zobowiązania obu stron tj. instytucji koordynującej program oraz instytucji czy organizacji zobowiązującej się do wykonania określonych zadań, w określonym czasie, na warunkach wynegocjowanych przez obie strony.

### **KROK TRZECI:**

#### **Ustalanie kierunku działania - precyzyjne określenie szczegółowych celów i zadań dla każdego partnera**

Z badań wynika (Słomska 2002, O'Neil i in. 1997), że potencjalni partnerzy koalicyjni chętniej przystępują do współpracy, jeśli dostaną konkretne zadania do wykonania.

### **KROK CZWARTY:**

#### **Tworzenie struktury koalicji**

Sprawne zarządzanie i płynna, bezkolizyjna współpraca wymaga stworzenia struktury w obrębie koalicji poprzez wyznaczenie osób odpowiedzialnych za poszczególne zadania, wyznaczenie reguł komunikowania się w obrębie koalicji, sposobu prowadzenia dokumentacji oraz podziału odpowiedzialności między koordynatorem programu a osobami kierującymi zespołami zadaniowymi, jeśli takie zostały stworzone w obrębie koalicji, a także reguł reprezentowania programu na zewnątrz.

### **KROK PIĄTY:**

#### **Włączenie partnerów koalicyjnych do procesu tworzenia diagnozy społeczności oraz planowania programu zdrowotnego**

Zadaniem lokalnego koordynatora programu jest doprowadzenie, we współpracy z pozostałymi członkami zespołu zarządzającego oraz koalicją, do identyfikacji najważniejszego problemu zdrowotnego w społeczności objętej interwencją, a po identyfikacji przyczyn danego problemu oraz możliwych sposobów jego rozwiązania, ustalenia celu głównego oraz zadań programu zdrowotnego. Może się wtedy okazać, że wystąpiły zadania „nieobsadzone” i należy szukać kolejnych partnerów w społeczności lokalnej, a czasami nawet poza nią.

### **KROK SZÓSTY:**

#### **Potrzeby koalicji związane z ewaluacją programu zdrowotnego**

Trzeba być gotowym, a nawet z góry założyć konieczność edukacji partnerów koalicyjnych w zakresie zadań nietypowych, np. ewaluacji programu.

#### 4.4. Media jako szczególny partner koalicyjny

Udział mediów w realizacji programów zdrowotnych jest zróżnicowany w zależności od kilku czynników. W pierwszym rzędzie zależy on od rodzaju programu zdrowotnego.

Jeśli program zdrowotny to nic innego jak edukacyjna kampania medialna partnerzy medialni mają tu kluczowe znaczenie i przede wszystkim instytucje reprezentujące media odgrywają niezwykle znaczącą rolę w powstającej koalicji. Program „Pamiętaj o Sercu” (Drygas, Stońska 2015) koordynowany przez Instytut Kardiologii we współpracy z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym oparty był przede wszystkim na udziale mediów: telewizji, radia i prasy. Program odniósł sukces, ale wymagał wielu zabiegów negocjacyjnych i organizacyjnych. Podstawą w tym programie było podpisanie porozumień o współpracy z kluczowymi instytucjami medialnymi, które skutkowały powstaniem umów o wzajemnych świadczeniach koordynatorów programu i instytucji medialnych, a te z kolei umożliwiły korzystanie za symboliczną złotówkę z kanałów telewizyjnych i radiowych. Kampania edukacyjna „Pamiętaj o Sercu” dostarczyła wielu doświadczeń, które m.in. zwróciły uwagę na kluczowe problemy na jakie możemy napotkać w ramach współpracy z mediami np. czas emisji przypadkowy, niewłaściwy z punktu widzenia rodzaju adresatów informacji, rzadkie emisje, zbyt krótki okres emitowania informacji, sekwencja emisji treści edukacyjnych powiązana z emisją produktów farmaceutycznych.

W koalicjach tworzonych w ramach lokalnych programów zdrowotnych, media zdecydowanie powinny być obecne, choć nie odgrywają tak istotnej roli, jak w kampaniach medialnych. Każdy program zdrowotny potrzebuje promocji, a także szybkiego i profesjonalnego upowszechniania treści edukacyjnych związanych z realizacją celów programu oraz informacji o wydarzeniach związanych z programem, a do tej funkcji najlepiej nadają się media.

Jeśli jednak współpraca z mediami ma być zgodna z oczekiwaniami wykonawców lokalnego programu zdrowotnego musi spełniać pewne warunki m.in. dotyczące komunikacji z dziennikarzami.

Do pracy z dziennikarzami trzeba się przygotować. Tak jak w przypadku innych partnerów powinniśmy dokonać analizy „dziennikarskiego rynku”. Z jednej strony potrzebne są dane adresowe i kontaktowe przydatnych instytucji medialnych: telewizji, radia i prasy, ale najważniejsze są dane kontaktowe i adresowe konkretnych dziennikarzy. Jeżeli organizujemy konferencję prasową i zależy nam na obecności wielu przedstawicieli mediów należy kontaktować się bezpośrednio z dziennikarzami. Listy z zaproszeniem wysyłane do dyrektorów zostają zbyt często na dyrektorskich biurkach.



Końcowym produktem gromadzenia informacji powinny być listy dziennikarzy i instytucji medialnych uznanych za potencjalnych partnerów.

Z myślą o współpracy z dziennikarzami należy prowadzić dokumentację wykonywanych prac i organizowanych wydarzeń wraz z dokumentacją zdjęciową.

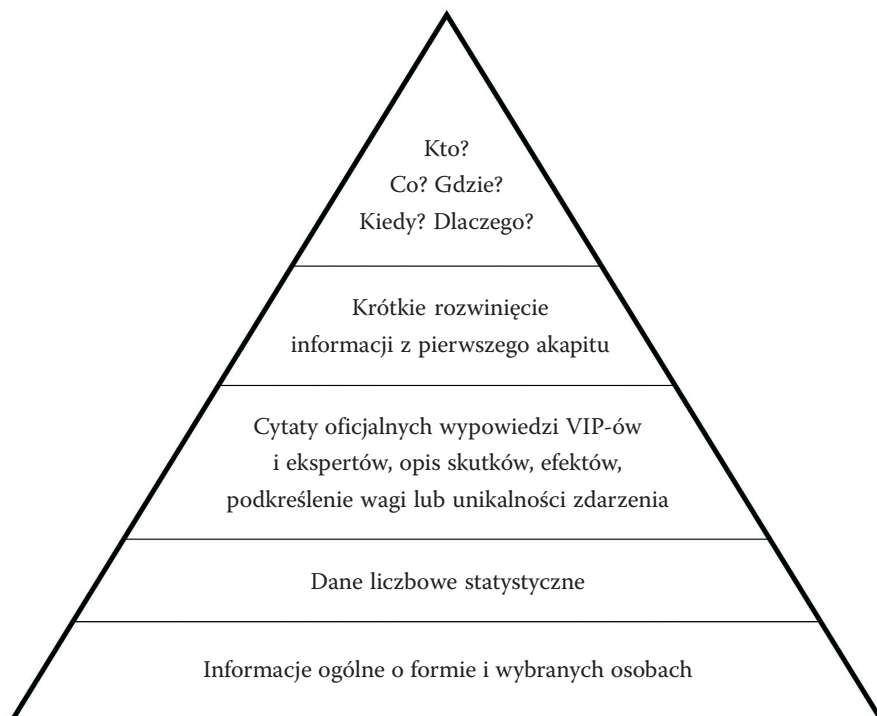
#### **4.5. Jak zachęcić dziennikarzy do stałej współpracy w ramach realizowanego programu zdrowotnego?**

Trzeba pamiętać o tym, że najważniejsza dla dziennikarzy jest informacja ciekawa, wnosząca coś nowego, wyróżniająca się w gąszczu upowszechnianych wiadomości. Koordynatorzy programu zdrowotnego muszą mieć coś „do sprzedania”. Ciekawy może być sam program zdrowotny, jeśli dotyczy ważnych w społeczeństwie problemów zdrowotnych i społecznych, ważne mogą być zdarzenia związane z programem w których uczestniczą ważne osoby np. stymulująca do uczestnictwa w danym zdarzeniu może być wizyta ministra zdrowia, posłów, ale także aktorów i innych osób publicznych będących twarzą programu, ważne mogą być osiągnięcia programu, ale także kłopoty na które się napotyka w trakcie jego realizacji.

W przypadku programów zdrowotnych związanych z problemem redukcji społecznych nierówności w zdrowiu tematy ważne i ciekawe nasuwają się same. Program tego rodzaju musi obejmować swoim działaniem osoby, których zdrowie jest szczególnie narażone z powodów społecznych, np. młodzież nieuczącą się i niepracującą. Kwestie szczególnych zagrożeń, niesprawiedliwości społecznej i jej konsekwencji, nowatorskich rozwiązań spraw trudnych stanowią od zawsze przedmiot zainteresowania środowiska dziennikarskiego.

Jedną z form przyciągania i aktywizacji dziennikarzy jest briefing, który ze względu na krótki czas trwania jest dla dziennikarzy bardzo atrakcyjny. Dziennikarze zawsze się spieszą, szczególnie ci najbardziej znani. Briefing jest okazją do przekazania im krótkich, zwięzłych, nieprzekraczających dwóch stron materiałów prasowych, możliwych do bezpośredniego wykorzystania i przygotowanych wg obowiązującego wzoru informacji prasowej. Struktura informacji prasowej powinna mieć kształt piramidy (Idziakowski 2002) i wyglądać jak poniżej.





**Rycina 5.**  
Struktura informacji prasowej (Idziakowski 2002)

Do innych już bardziej rozbudowanych form aktywizacji dziennikarzy należy konferencja prasowa, która może mieć charakter rozbudowanego briefingu, np. konferencja prasowa organizowana na początku realizacji programu, bądź może być bardziej zbliżona do paneli i konferencji naukowych.

Przedstawione wcześniej uwagi dotyczące spotkań z dziennikarzami dotyczą także konferencji prasowych. Warto w tym miejscu przypomnieć, że bardzo istotne jest by w trakcie planowania spotkania z dziennikarzami lub z ich udziałem sprawdzić czy w czasie planowanym na to spotkanie nie ma wydarzeń konkurencyjnych, np. innych konferencji prasowych, obrad Sejmu czy ważnych wydarzeń politycznych.

Formą, która sprzyja dobrym relacjom osobistym z dziennikarzami jest np. wysyłanie życzeń świątecznych i noworocznych.

## 4.6. Zasady kontaktów bezpośrednich z dziennikarzami

Przede wszystkim należy pamiętać, że podstawowym celem dziennikarzy nie jest pomaganie nam tylko zdobycie informacji. Stąd w kontaktach bezpośrednich należy kierować się określonymi zasadami by nie narazić realizacji programu na kłopoty. Bardzo użyteczny zestaw takich zasad stworzył Zbigniew Idziakowski (2002). Przedstawiona poniżej lista zasad powstała częściowo na kanwie propozycji cytowanego autora, częściowo w oparciu o doświadczenia własne autorów tego tekstu.

Oto lista:

- nigdy nie należy przekazywać dziennikarzowi informacji poufnie, chyba, że nam właśnie zależy na tym by ta informacja ukazała się w prasie. To co poufne i przekazane prywatnie, dla dziennikarza, jest najciekawsze,
- nigdy nie należy zmuszać dziennikarza do zajęcia się danym programem zdrowotnym. To on ma podejmować decyzję kierując się tematem, jakością przygotowanej dla niego informacji, a także jej przydatnością dla redakcji w której pracuje. Naciskając na dziennikarza możemy uzyskać efekt odwrotny,
- nigdy nie należy kłamać. Dziennikarz może wiedzieć więcej niż jego rozmówca, a jeśli tak nie jest, wprowadzony w błąd zrobi z tego faktu użytek,
- nie należy pozwolić na to by dziennikarz wkładał w usta rozmówcy własne tezy i słowa oraz tezy i słowa innych osób, co również się zdarza. Stąd z zasady, zawsze kiedy to jest możliwe należy żądać możliwości autoryzacji tekstu,
- nie należy wdawać się w potyczki słowne z dziennikarzem, ponieważ i tak nie ma się szans na wygraną,
- z góry należy wiedzieć jak przedstawić dany fakt i nie dać się zbić z tropu pytaniami dziennikarza,
- nie należy dać się wyprowadzić z równowagi. Dziennikarz śledzi nie tylko to co mówi dana osoba, ale także to jaki jest jej język ciała. Jeśli sygnały są sprzeczne zaczyna badać z czego to wynika i może posądzać rozmówcę o nie-szczerość. Nadmierna pewność siebie oraz usprawiedliwianie także przyciąga uwagę dziennikarza. Powinno się wyglądać jak osoba stanowcza, ale pogodna i sympatyczna. W sytuacji stresu stworzenie takiego wizerunku nie jest proste, dlatego jeśli nie mamy doświadczenia trzeba potrenować,
- nie należy odpowiadać bez zastanowienia. Nawet jeśli milczy się przez chwilę to niej jest powód do zdenerwowania. Milczenie nie jest dowodem na niewiedzę, zastanawianie się, oczywiście niezbyt długie, świadczy o poważnym traktowaniu pytania. Milczenie może być także orężem. Jeżeli osoba wypowiadająca się jest zakrzykiwana i nagle przerwie wypowiedź skupia na sobie uwagę,

- nie należy zachowywać się w sposób lekceważący w stosunku do dziennikarza. Spóźnianie się, niedotrzymywanie słowa, dostarczanie nieprawdziwych informacji to dowody świadczące o lekceważeniu,
- nie należy nazbyt ufać swojemu przygotowaniu do rozmowy z dziennikarzem. Dobrze ustalić przed rozmową z nim czym jest szczególnie zainteresowany bo może się okazać, że będziemy musieli poświęcić nieco czasu na przygotowanie.

#### **4.7. Jak powinien wyglądać skład koalicji kiedy program zdrowotny ma m.in. na celu obniżanie nierówności społecznych w zdrowiu?**

Taka koalicja powinna być wzbogacona o instytucje oraz przedstawicieli środowisk szczególnie narażonych na zagrożenia zdrowotne z powodów społecznych. Punktem wyjścia dla podjęcia działań prozdrowotnych w takich zbiorowościach musi być bardzo dobra diagnoza społeczna, społeczno-ekonomiczna oraz kulturowa oraz rozpoznanie potrzeb zdrowotnych tych grup.

### **PIŚMIENNICTWO**

1. Drygas W, Słońska Z. Program Polkard-Media „Pamiętaj o Sercu”. W: G. Kopeć, P. Jankowski, A. Pająk, W. Drygas. Medycyna Praktyczna, Kraków 2015, 123-128.
2. Butterfloss FD, Goodman RM, Wandersman A. Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Education Research* 1993, 8.3:315-330.
3. Gillies P. Effectiveness of Alliance and partnership for health promotion. *Health Promotion International* 1998, 13.2:99-120.
4. Idziakowski Z. Zasady współpracy z mediami. W: Z. Słońska, B. Woynarowska (red). Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej. Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa 2002, 211-223.
5. Lalonde M. A New perspective on the health of Canadians: a working dokument. Health and Welfare Canada, Ottawa 1974.
6. Lignowska I, Jaszczuk M. Koalicje dla realizacji programu dla zdrowia. W: Z. Słońska, B. Woynarowska (red). Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej. Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa 2002, s. 69-76.
7. Lignowska I. 2002. Dane na temat behawioralnych uwarunkowań zdrowia - metody ich pozyskiwania. W: Z. Słońska, B. Woynarowska (red). Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej. Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa 2002, s. 115-134.
8. O’Neil M, Lemieux, V, Groleau G, Fortin J-P, Lamarche PA. Coalition theory as a framework for understanding and implementing intersectoral health-related inter-vention. *Health Promotion International* 1997, 12.1:79-85.

9. Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization Europe. Health and Welfare Canada Canadian Public Health Gealth Association, Ontario 1986.
10. Słońska Z. Model Rozwoju infrastruktury dla promocji zdrowia i prewencji chorób układu krążenia na poziomie gminy. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 2002. Rocznik IX, 22:51-75.
11. Włodarczyk C. Promocja zdrowia a polityka zdrowotna. W: J.B. Karski, Z. Słońska, B. Wasilewski (red.) *Promocja Zdrowia*. IGNIS. Warszawa 1992.
12. U.S. Department of Health and Human Services. *Planned Action to Community Health: Guide for local coordinator*. Atlanta GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (bez roku wydania).

## TWORZENIE DŁUGOFALOWEGO PROGRAMU DZIAŁANIA NA RZECZ POPRAWY STANU ZDROWIA I ZMNIEJSZENIA SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ

Zofia Słońska, Wojciech Drygas

Bez względu na to gdzie zapada decyzja o finansowaniu i realizacji programu zdrowotnego, czy to jest poziom województwa, powiatu czy gminy, jego wdrażanie przebiega na poziomie zbiorowości terytorialnych.

Z punktu widzenia potrzeb związanych z realizacją programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób ważna jest świadomość z jakim rodzajem zbiorowości terytorialnej mamy do czynienia. Sukces programu zdrowotnego w znacznym stopniu zależy bowiem od stopnia zaangażowania zbiorowości w proces planowania, wdrażania i ewaluacji programu. Aktywnego udziału zbiorowości w realizacji programu zdrowotnego oraz wieloletniego zaangażowania w jego kontynuację można oczekiwać przede wszystkim wtedy, kiedy zbiorowość terytorialna ma cechy społeczności lokalnej i akceptuje cele programu.

Istnieje wiele definicji społeczności lokalnej. Poniższa definicja autorstwa Adama Markuszewskiego wydaje się oddawać najważniejsze cechy charakteryzujące już ukształtowaną społeczność lokalną. Według tego autora społeczność lokalna to „zbiorowość ludzi zamieszkująca niewielki obszar geograficzny (wieś, gminę, miasto, dzielnicę, osiedle) połączona siecią więzi społecznych, interesów i potrzeb wynikających z bliskiego zamieszkania. Jej członkowie i członkinie mają poczucie przynależności i tożsamości związane z zamieszkiwanym obszarem i obecną na jego terenie kulturą” (Markuszewski 2017).

Ujęcie ekologiczne rozszerza sposób rozumienia społeczności lokalnej przez nawiązanie do procesu jej kształtowania się i opisuje środowisko w którym zamieszkuje społeczność lokalna jako bezpieczne, doskonale znane, własne miejsce, wytworzone przez członków zbiorowości w procesie wzajemnej adaptacji człowieka i środowiska. Z upływem lat zamieszkiwania na wspólnym terytorium zbiorowość wytwarza wspólny kodeks etyczny, rodzi się tradycja, rozwija się

codzienna aktywność społeczna, kształtują się style życia oraz co ważne z punktu widzenia zagrożeń zdrowia, powstają także nierówności społeczne (Leśniak-Moczuk, 2011).

Zamieszkiwanie na wspólnym terytorium ma kluczowe znaczenie dla struktury społeczności lokalnej, pełnionych przez nią funkcji, jak i rodzaju więzi łączących mieszkańców. Zarówno jednostki, jak i zbiorowości oraz instytucje i organizacje społeczne funkcjonujące na danym terytorium podlegają zjawiskom i procesom, które na nim występują (Szczepański 1970). Stąd społeczności lokalne różnią się od siebie w istotny sposób.

Terytorium dostarcza społecznościom lokalnym środków do zaspokojenia potrzeb wszystkich zamieszkujących na jego terenie, m.in. miejsc pracy. Gęstość zaludnienia terytorium decyduje o tym jak członkowie społeczności są rozmieszczeni w przestrzeni. Między innymi dystanse terytorialne wymuszają określone zachowania np. częstsze lub rzadsze kontakty.

Postępując się wyłącznie kryterium terytorialnym, trzeba pamiętać, że wśród zbiorowości terytorialnych z którymi ma być rozpoczęta współpraca można natrafić nie tylko na społeczności lokalne, ale także na takie zbiorowości, które nie mają cech społeczności lokalnych.

### 5.1. Społeczność lokalna a zbiorowość terytorialna

Cechą wyróżniającą każdą społeczność lokalną jest emocjonalna więź z terytorium zamieszkania. Podobnie jak zbiorowość terytorialna, społeczność lokalna zamieszkuje na terytorium, możliwym do wyodrębnienia i mającym swoją nazwę. Różnica między zbiorowością terytorialną i społecznością lokalną polega na tym, że członkowie społeczności lokalnej utożsamiają się z terytorium na którym zamieszkują i uznają je za terytorium wspólne, czego nie obserwuje się w przypadku zbiorowości terytorialnych, niebędących społecznościami lokalnymi.

Społeczność lokalna odczuwa potrzebę budowania zbiorowego wizerunku zamieszkiwanego terytorium, w czym pomaga jej wspólna dla jej członków historia miejsca i ludzi (Wolski 2014). Społeczność lokalną łączy pamięć minionych zdarzeń, historie rodzin oraz znaczących ludzi, którzy zamieszkiwali w przeszłości na jej terenie. Dla zbiorowości sprawy te nie mają wielkiego znaczenia.

Kolejną cechą społeczności lokalnych są trwałe więzi międzyludzkie. Dzieli się je na więzi nieformalne, czyli więzi osobiste o dużym ładunku emocjonalnym, rodzące się w trakcie bliskich kontaktów między ludźmi oraz na więzi formalne, powstające w trakcie kontaktów członków społeczności z formalnymi instytucjami np. z urzędami, czy pałacami usługowymi. Nieformalne, bliskie więzi międzyludzkie stanowią podstawę do przekształcania się zbiorowości we wspólnotę. Takiej siły oddziaływania nie mają więzi formalne.

Każda ukształtowana społeczność lokalna jest wspólnotą. Oznacza to, że członkowie społeczności lokalnych są powiązani między sobą silnymi więzami emocjonalnymi oraz dysponują kapitałem społecznym budowanym dzięki istniejącym więzom. Kapitał społeczny to nic innego jak: wzajemne otwarcie się na siebie członków społeczności, wzajemne obdarzanie się zaufaniem, wzajemna wola i umiejętność współdziałania w oparciu o podzielane normy oraz pozostawanie we wzajemnie akceptowanych powiązaniach, służących między innymi realizacji celów grupowych. Putnam zdefiniował kapitał społeczny jako „cechy organizacji społecznej, takie jak sieci, normy oraz zaufanie społeczne, które to ułatwiają koordynację i współpracę dla wzajemnej korzyści” (1995). Z punktu widzenia osiągania sukcesów w tworzeniu i realizacji programu zdrowotnego, współpraca ze społecznościami lokalnymi o cechach wspólnoty i o wysokim kapitale społecznym może, przy akceptacji przez nią celów programu, bardzo ułatwić jego wdrażanie. „Na przykład grupa, której członkowie wykazują, że są godni zaufania i ufają innym będzie w stanie osiągnąć znacznie więcej niż porównywalna grupa, w której brak jest zaufania [...]” (Putnam 2008).

Poczucie wspólnoty członków społeczności leży u podłoża patriotyzmu lokalnego przejawiającego się przywiązaniem do „małej ojczyzny”, stawianiem jej spraw ponad sprawy innych społeczności oraz sprawy krajowe. Wysoki poziom patriotyzmu lokalnego może wpłynąć na wysoki poziom zaangażowania członków społeczności w program zdrowotny. I tu znowu, tak jak w przypadku lokalnego kapitału społecznego, społeczność musi uznać program zdrowotny za ważny dla zdrowia mieszkańców a zarazem prestiżowy.

W ramach społeczności lokalnych, podobnie jak w zbiorowościach terytorialnych, przebiega życie rodzinne, sąsiedzkie, towarzyskie i zawodowe. Różnica polega jednak na tym, że codziennym zachowaniem wszystkich członków społeczności lokalnej towarzyszy społeczna kontrola nieformalna, co nie ma miejsca w zbiorowości terytorialnej podlegającej przede wszystkim kontroli formalnej sprawowanej przez instytucje.

Społeczna kontrola nieformalna sprawowana jest nie przez urzędy, lecz rodzinę, sąsiadów i znajomych. Osoby te poprzez swoje reakcje na, niezgodne z obowiązującymi w społeczności lokalnej zwyczajami i obyczajami, zachowania innych członków społeczności, wymierzają nagrody np. poprzez pochwały oraz kary poprzez nadawanie sygnałów o braku akceptacji dla danego zachowania a nawet w sytuacjach skrajnych o marginalizacji bądź odrzuceniu osoby, której zachowania budzą sprzeciw. Osoby, które w odbiorze społeczności lokalnej w sytuacjach ważnych społecznie zachowują się nagannie, w znacznie mniejszym stopniu mogą liczyć na pomoc społeczności niż te, które są akceptowane.

Zagrożenie związane z funkcjonowaniem kontroli nieformalnej polega na tym, że to co akceptowalne przez społeczność lokalną w sferze zachowań np. rekreacyjnych, nie musi być zarazem korzystne dla zdrowia. Stąd każda społeczność

lokalna powinna być objęta edukacją zdrowotną, zanim rozpocznie się związane z programem zdrowotnym działania bezpośrednio stymulujące zachowania prozdrowotne np. organizację aerobiku dla kobiet. Można sobie wyobrazić, że w małych, konserwatywnych społecznościach propozycja korzystania z aerobiku, bez wcześniejszego przygotowania członków społeczności, może spotkać się w wyniku nacisku otoczenia ze zdecydowaną odmową kobiet.

Trzeba także pamiętać o tym, że wciąż są wiejskie społeczności lokalne, gdzie uzdrowiciele lub tzw. „szeptuchy” po dzień dzisiejszy zajmują się leczeniem i profilaktyką chorób (Piątkowski, Majchrowska 2015) wpływając na świadomość i zachowania członków społeczności.

Jeśli członkowie społeczności lokalnej zaakceptują cele programu kontrola nieformalna może służyć wsparciu prawidłowego przebiegu programu zdrowotnego, poprzez wsparcie i egzekwowanie od członków społeczności aktywnego włączania się oraz akceptacji i popularyzacji treści programowych.

Zakres, częstość i charakter kontaktów bezpośrednich zależy od wielkości terytorium na którym dana społeczność zamieszkuje oraz liczby jej mieszkańców. W tym kontekście znaczenia nabiera podział społeczności na wiejskie i miejskie, jako jedno z głównych źródeł różnicowań społeczności lokalnych.

Mając na uwadze odmienną wiejskich i miejskich społeczności lokalnych, należy odrębnie oceniać lokalne potrzeby zdrowotne w środowisku wiejskim i miejskim oraz możliwości ich zaspokojenia w ramach programów zdrowotnych, z wykorzystaniem lokalnego potencjału kulturowego, organizacyjnego, kadrowego i finansowego, będącego w dyspozycji konkretnych społeczności.

### 5.1.1. Wiejska społeczność lokalna

Ze względu na to, że wiejska społeczność lokalna ma na ogół niewielką liczbę członków, cechuje ją niska gęstość zaludnienia, jest mało zróżnicowana pod względem społeczno-kulturowym i społeczno-ekonomicznym, a większość ludności zajmuje się rolnictwem, powstają w jej przypadku warunki niezwykle sprzyjające rozwojowi więzi osobistych, a tym samym rozwojowi wspólnoty i wspomnianego wcześniej kapitału społecznego, tworów niezwykle istotnych z punktu widzenia realizacji programu zdrowotnego.

Struktura lokalnej społeczności wiejskiej jest daleko mniej złożona niż społeczności miejskiej, a składają się na nią przede wszystkim grupy rodzinno-sąsiedzkie oraz nieliczne instytucje np. urząd gminy czy szkoła. Stąd członkowie społeczności wiejskiej mają możliwość wzajemnego poznania, ich kontakty są bliskie i na ogół wzajemnie cenione. Więzy osobiste (nieformalne) dominują nad więziami formalnymi (rzeczymi) wynikającymi z kontaktów z urzędami i innymi formalnymi instytucjami i organizacjami.



Istnieją podstawy by przyjąć, że polskie społeczności wiejskie wciąż są bardziej tradycyjne bardziej odporne na nowe idee oraz bardziej religijne niż miejskie. Poziom religijności na wsi jest wciąż wysoki i wyższy niż miastach, choć od 2005 roku podobnie jak w mieście, obserwuje się jej spadek (CBOS 2014).

W społecznościach wiejskich znacznie większą rolę niż w społecznościach miejskich odgrywa społeczna kontrola nieformalna.

### 5.1.2. Miejska społeczność lokalna

Miejska społeczność lokalna zamieszkuje na terytorium większym, o wyższej gęstości zaludnienia niż społeczność wiejska. Ma także większą liczbę członków. Terytorium zamieszkałe przez społeczność miejską jest bardzo zróżnicowane. W jego granicach oprócz licznych domów mieszkalnych znajduje się wiele instytucji i organizacji przeznaczonych do świadczenia mieszkańcom dóbr i usług i będących zarazem miejscem pracy.

Ludność miejska jest bardzo zróżnicowana pod względem społeczno-kulturowym i społeczno-ekonomicznym. Cechuje ją także, wyższy niż w społeczności wiejskiej, poziom uzależnienia od wielu udogodnień cywilizacyjnych związanych z miejscem zamieszkania, pracy i rekreacji. Ważne jest także to, że społeczność miejska jest mniej religijna niż społeczność wiejska.

Z racji dużego terytorium, ludzi dzielą znaczne odległości, a kontaktowanie się z innymi osobami czy instytucjami lub organizacjami wymaga w większości przypadków korzystania ze środków transportu, co powodować może, że kontakty osobiste np. w dalszej rodzinie, między przyjaciółmi czy znajomymi są rzadsze niż w wiejskiej społeczności lokalnej. Taki stan rzecz nie sprzyja tworzeniu się kapitału społecznego.

Członkowie społeczności miejskiej kontaktują się bardzo często z bardzo wieloma osobami, ale te kontakty są zazwyczaj bardzo powierzchowne. Stąd więzi osobiste mają niewielki zasięg, a przeważają więzi formalne. Wiąż formalna ma zazwyczaj charakter rzeczowy, a powstaje w ramach kontaktów z formalnymi instytucjami i organizacjami.

W związku z tym, że wiąż formalna nie prowadzi do pogłębionych związków między ludźmi, w społecznościach miejskich znacznie niższa jest społeczna nieformalna kontrola, a rośnie kontrola formalna, sprawowana w ramach obowiązującego prawa przez desygnowane do tego instytucje.

Inny jest także rodzaj i poziom kapitału społecznego. W społecznościach miejskich, bardziej zatowiszowanych, rolę w tworzeniu kapitału społecznego przejmują różnego rodzaju organizacje i zrzeszenia, a także bywa, że grupy rodzinno-sąsiedzkie, które poczuwają się do współdziałania w sytuacji konieczności rozwiązywania wspólnych problemów np. współdziałanie mieszkańców jednego budynku w sprawach dotyczących tego budynku i jego bezpośredniego otoczenia.

### 5.1.3. Współczesne przemiany społeczności lokalnych

Od co najmniej trzydziestu lat zwraca się uwagę na znaczące zmiany zachodzące w polskich społecznościach lokalnych. Podkreśla się, że dotyczą one głównie wiejskich społeczności lokalnych, w których (Piekara 1986, 1994, 2000 cyt. za Leśniak-Moczuk 2011) w wyniku procesów transformacji systemowej następuje polaryzacja członków tych wspólnot na lokalnych rolników i mieszkańców niezwiązanych z rolnictwem, często zatrudnionych poza miejscem zamieszkania. Występowanie tego zjawiska wymaga uwagi i powinno być rozważane w trakcie opracowywania strategii dla programów zdrowotnych przewidzianych na takich terenach.

### 5.1.4. Liderzy w społecznościach lokalnych

Przeprowadzona w Polsce pod koniec lat 90. ubiegłego wieku analiza czynników sukcesu lokalnego (Gorzelać, Jałowicki, Dziemianowicz, Roszkowski, Zarzycki 1998) wskazała na kluczową rolę lidera w rozwoju lokalnym. Zdaniem autorów cytowanej analizy, jeśli na czele władzy samorządowej znajdzie się człowiek, który potrafi umiejętnie wykorzystać zasoby materialne, organizacyjne, kadrowe będące w dyspozycji społeczności oraz zalety danego terenu, np. krajobrazowe, jeśli potrafi zintegrować lokalne elity szansa na sukces niepomierne rośnie.

Dla organizatorów programów prozdrowotnych taka osoba jest nie do przecenienia i jeśli nie może bezpośrednio włączyć się w prace koalicji stworzonej przy programie zdrowotnym, bardzo nadaje się na tzw. „twarz programu”.

Liderzy lokalni to nie tylko członkowie władzy samorządowej. Każda instytucja czy organizacja działająca w społeczności lokalnej ma co najmniej jednego lidera. Szefowe kół gospodyń wiejskich, osoby przewodzące ochotniczej straży pożarnej, dziennikarze, dyrektorzy szkół, lekarze, księża, przewodniczący towarzystw miłośników danych miejscowości, to tylko kilka przykładów liderów, których cechy przywódcze i charyzma oraz znajomość społeczności mogą być wykorzystane w ramach koalicji tworzonej przy wdrażanych programach zdrowotnych (więcej na temat koalicji w rozdziale 4).

Liderzy pojawiają się także wśród zwykłych mieszkańców, a ich wysoka pozycja wynika przede wszystkim z cech, które posiadają. Takie osoby, które zyskują wysoką pozycję w społeczności lokalnej dzięki osobistym cechom określa się mianem liderów nieformalnych. Najlepsza sytuacja ma miejsce wtedy gdy lider formalny np. wójt jest zarazem liderem nieformalnym.

## 5.2. Nierówności społeczne w zdrowiu: czym są i jak je rozpoznawać w społecznościach lokalnych?

Zacząć należy od wyjaśnienia, że różnice społeczne i nierówności społeczne to nie to samo. Członkowie wszystkich społeczeństw różnili się, różnią się i będą się różnić między sobą i nie ma w tym nic dziwnego ani niepokojącego. Nierówności społeczne, które niepokoją przywódców wielu państw i organizacji międzynarodowych, pojawiają się dopiero wtedy, kiedy różnice między ludźmi wynikające z zajmowanych przez nich pozycji społecznych są źródłem nierównych szans w różnych sferach życia, w tym w sferze zdrowia.

U źródeł nierówności społecznych, z którymi spotykamy się na poziomie społeczności lokalnych w konkretnych krajach, leżą czynniki będące w znacznym stopniu poza zasięgiem oddziaływania osób, które im podlegają. O tym co dzieje się w konkretnych społeczeństwach w dziedzinie nierówności społecznych, w istotnym stopniu decydują czynniki globalne, takie jak sytuacja na światowych rynkach, znaczenie praw człowieka, rola demokracji, stopień degradacji środowiska, rozwój technologiczny i dostęp do jego wytworów, wpływ kultury masowej, dostęp do kanałów komunikacji np. Internetu. Przejawem tych oddziaływań jest istnienie społeczno-kulturowych oraz społeczno-ekonomicznych różnic między regionami świata, krajami oraz terytoriami i zbiorowościami ludzi w ich obrębie.

Nierówności społeczne występują w skali globalnej i dotyczą wszystkich krajów (Bobak 1998, Bryant i in. 1998, Marmot i in. 2008; Marmot i in. 2010) - niezależnie od stopnia zamożności - przy zachowaniu co oczywiste - zróżnicowania stopnia nasilenia tego zjawiska oraz jego konsekwencji społecznych i zdrowotnych w poszczególnych krajach. W Polsce obserwuje się narastanie społecznych nierówności w zdrowiu (Marek i in. 2012).

Nie oznacza to jednak, co już ćwierć wieku temu słusznie zauważyła Pamela Gillies (1990), że rządy krajów są bezsilne w kwestii ograniczania negatywnego wpływu sytuacji globalnej czy krajowej na sytuację społeczną i zdrowotną swoich obywateli. Ta uwaga ma zastosowanie także wtedy, kiedy w danym kraju przechodzimy z pozycji centralnej na poziom lokalny sprawowania władzy. Istnieją dowody pochodzące z badań epidemiologicznych oraz ewaluacji programów interwencyjnych, że jeśli uwzględnia się w nich oddziaływanie na społeczne, ekonomiczne i środowiskowe determinanty zdrowia następuje redukcja nierówności społecznych, a wraz z nią zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu (Karl 1994; Parker 1996, Gillies 1998).

U źródeł nierówności społecznych w każdej społeczności lokalnej leży uformowana struktura społeczna oraz tworzące ją pozycje społeczne, a także poziom jej rozwoju społeczno-ekonomicznego.

Co w praktyce oznacza pozycja społeczna? To prestiż jaki jest nam przyznawany przez otoczenie społeczne i miejsce jakie w jego wyniku zajmujemy w społeczności i całym społeczeństwie. To czy nasz prestiż jest większy czy mniejszy zależy od tego w jakim stopniu spełniamy kryteria związane z cenionymi społecznie wartościami. W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskiego kręgu kulturowego, należy do nich przede wszystkim wykształcenie, dochód oraz zajmowana pozycja społeczno-zawodowa. Pozycja społeczna określa zakres powinności i przywilejów jednostki, która ją zajmuje, wpływa na jej przekonania, sądy i oceny związane z rzeczywistością społeczną, decyduje o możliwościach i rodzajach relacji z innymi ludźmi oraz wyznacza zakres indywidualnego dostępu do znaczących dóbr (Sztompka 1989). Za ten ostatni wymiar odpowiada bezpośrednio główny wymiar pozycji społecznej, tj. status społeczno-ekonomiczny mierzony m.in. za pomocą wskaźników takich jak poziom wykształcenia, wysokość dochodu lub wysokość pozycji społeczno-zawodowej.

Co łączy pozycję społeczną, a w jej ramach status społeczno-ekonomiczny ze zdrowiem? Jak wcześniej wspomniano, posiadany status społeczno-ekonomiczny w decydujący sposób wpływa na dostęp do zasobów, które decydują zarówno o sukcesie społecznym, jak i umożliwiają ochronę i rozwój zdrowia jednostkom i zbiorowościom. Co konkretnie zapewnia bądź czego nie zapewnia status społeczno-ekonomiczny i powiązany z nim prestiż wynikający z zajmowanej pozycji społecznej?

Z pewnością prozdrowotne zachowania, których obecność jest tak istotna w procesie leczenia, profilaktyki i rehabilitacji, są możliwe wtedy, gdy ludzie dysponują odpowiednim poziomem wiedzy ogólnej i zdrowotnej, żyją w dobrych warunkach mieszkaniowych, wykonują pracę niezagrażającą zdrowiu, dysponują dochodem pozwalającym nie tylko na zaspakajanie potrzeb egzystencjalnych, ale także na prozdrowotne wybory w życiu codziennym oraz mają łatwy dostęp do usług medycznych w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne. Tego rodzaju zasobami dysponują z reguły osoby o wysokiej pozycji społecznej i wysokim statusie społeczno-ekonomicznym.

Osoby zajmujące niskie pozycje społeczne, cechujące się niskim statusem społeczno-ekonomicznym nie mają w ogóle bądź mają bardzo ograniczony dostęp do przedstawionych wyżej zasobów. Ich udziałem są więc mniejsze szanse na sukces społeczny oraz istotne narażenie na szereg czynników ryzyka, zarówno natury społecznej, jak i zdrowotnej. Dodatkowo ludzie ci znacznie później dowiadują się o ryzyku zdrowotnym i mają niewystarczające zasoby, aby mu przeciwdziałać (Beck 2002). Trudno wyobrazić sobie właściwe dbanie o zdrowie, jeśli w ramach posiadanych przez jednostkę zasobów nie ma możliwości na realizację zaleceń związanych ze zdrowym stylem życia, nie ma wystarczającego dostępu do usług medycznych, w tym do niezbędnych leków, a dodatkowo niski

poziom kompetencji zdrowotnych tj. wiedzy, umiejętności i motywacji uniemożliwiających podejmowanie racjonalnych decyzji związanych ze zdrowiem.

Można więc przyjąć, że warunkiem trwałej poprawy w stanie zdrowia członków społeczności lokalnych w Polsce, w której występują znaczne i wciąż powiększające się nierówności społeczne w zdrowiu, jest kierowanie programów zdrowotnych do tych ludzi, których udziałem jest doświadczenie zagrożeń zdrowotnych z powodu niskiego poziomu statusu społecznego-ekonomicznego i związanego z nim niskiego prestiżu społecznego.

Pod koniec pierwszej dekady 21 wieku ukazał się w prestiżowym czasopiśmie Lancet artykuł w którym wybitni eksperci światowi (Blas, Gilson, Labonte 2008) w oparciu o dogłębne analizy sytuacji krajowych, wskazali na trzy obszary rządowych działań niezbędnych do zwalczania społecznych nierówności w zdrowiu:

1. Zapewnienie poprzez bardziej sprawiedliwą dystrybucję podstawowych świadczeń z zakresu ochrony i promocji ludzkich praw, w tym prawa do opieki zdrowotnej i edukacji oraz prawa do godziwych warunków życia.
2. Stworzenie i utrzymanie ram prawnych regulujących i umożliwiających działania na rzecz równości w zdrowiu, wspierających między innymi współpracę międzysektorową.
3. Monitorowanie stanu zdrowia różnych grup społecznych, a także rezultatów działań mających na celu redukcję nierówności w zdrowiu oraz wykorzystywanie uzyskanych informacji w ramach prowadzonych interwencji.

Zasadność stosowania zintegrowanego, skierowanego na społeczne determinanty zdrowia, podejścia do rozwiązywania problemu społecznych nierówności w zdrowiu został potwierdzony między innymi we Francji i Szwecji gdzie dzięki wszechstronnej strategii uzyskano obniżenie poziomu ubóstwa dzieci do jednych z najniższych na świecie. (Marmot, Friel, Bell, Haoveling Taylor 2008). Analizy eksperckie (Blas, Gilson, Labonte 2008) wskazują także na znaczącą rolę formalnych i nieformalnych organizacji społecznych w procesie redukcji nierówności w społecznościach lokalnych, społecznych nierówności w zdrowiu. Ich udział w trakcie planowania, wdrażania i ewaluacji lokalnych programów zdrowotnych zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania decyzji oraz działań odpowiadających potrzebom tych społeczności. Jest to kolejny, oparty na wiedzy argument przemawiający za koniecznością tworzenia i współpracy organizatorów programów zdrowotnych z koalicjami gromadzącymi liderów lokalnych (por. rozdz. 4).

**Błędem licznych polskich programów zdrowotnych jest to, że z założenia są kierowane do osób bliżej nieokreślonych w kategoriach społecznych, społeczno-kulturowych i społeczno-ekonomicznych.** Takie podejście jest równoznaczne ze stosowaniem tych samych strategii oddziaływania zarówno w przypadku tych,

którzy nie są i którzy są narażeni na problemy zdrowotne z powodów społecznych, nie wiadomo bowiem kto jest kim. Stosowany w polskich programach zdrowotnych język komunikacji, to najczęściej język organizatorów, a więc osób wykształconych i zajmujących relatywnie wysokie pozycje społeczne. Tym samym z założenia utrudniona jest komunikacja z osobami, zajmującymi niskie pozycje społeczne, którym przede wszystkim jest potrzebna pomoc w dbaniu o zdrowie. Rzeczywistość każe rewidować tego rodzaju unifikujące podejście.

Jak wynika z badań co drugi dorosły Polak nie ma na tyle wysokiego poziomu kompetencji zdrowotnych by świadomie i racjonalnie diagnozować sytuacje i podejmować decyzje w sferze leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia, a co dziesiąty ma trudności w rozumieniu tego co mówi lekarz. W przypadku osób starszych problemy się nasilają. W kategorii wieku 65+ już co piąta osoba ma trudności z rozumieniem języka, którym posługuje się lekarz. Niski poziom kompetencji zdrowotnych jest istotnie zależny od pozycji społecznej, także w Polsce (Słońska, Borowiec, Aranowska 2015).

**Zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu wymaga sprawiedliwego podejścia do rozwiązywania problemów zdrowotnych.** Trzeba pamiętać, że sprawiedliwie to nie znaczy wszystkim po równo. Jeżeli wdrażane programy zdrowotne nie uwzględniają tego faktu, zamiast zmniejszać społeczne nierówności mogą je nasilać. Między innymi statystyki związane z przedwczesną umieralnością z powodu chorób układu krążenia w Polsce potwierdzają, że ryzyko przedwczesnego zgonu spowodowanego tymi chorobami jest kilkakrotnie większe w przypadku osób o najniższej pozycji społecznej w porównaniu z ryzykiem przedwczesnego zgonu występującego u osób o najwyższej pozycji społecznej (Słońska, Koziarek 2012).

Jeśli mamy do czynienia z wiejską społecznością lokalną o niskim rozwoju społeczno-gospodarczym, o wyraźnie spolaryzowanej strukturze społecznej tzn. składającą się z niewielkiej elity (wójt, urzędnicy, aptekarz, lekarz i ksiądz, i kilku zamożnych rolników) oraz ubogich i bardzo ubogich rolników, osoby, szczególnie zagrożone zdrowotnie z powodów społecznych, powinny być poszukiwane, co oczywiste, wśród ubogich mieszkańców wsi. Jeśli celem programu zdrowotnego jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców poprzez zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu, potrzeby społeczne i zdrowotne osób stanowiących większość mieszkańców omawianej wsi a zarazem znacząco uboższych od członków elity, powinny być zaspakajane przede wszystkim. W takiej sytuacji program zdrowotny musi wychodzić daleko poza akcje edukacyjne i przede wszystkim koncentrować na warunkach, w których żyją osoby szczególnie zagrożone w sferze zdrowia z powodów społecznych.

Ubóstwo to tylko jedna z cech, które można uznać za wskaźniki pozwalające koordynatorom programu zdrowotnego dotrzeć do osób, którym program trzeba



zadedykować. Inne cechy to bezrobocie, niepełnosprawność, przewlekłe choroby, w tym choroby stygmatyzowane np. choroba psychiczna czy padaczka, przemoc w rodzinie, alkoholizm, niepracowanie i nieuczenie się w przypadku młodych dorosłych, starość połączona z ubóstwem, chorobami oraz niskimi kompetencjami zdrowotnymi. W każdej sytuacji realizowanie programów z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki, obejmujących dzieci wywodzące się ze środowisk szczególnie zagrożonych z powodów społecznych, ma niewątpliwy sens.

Zróżnicowanie pozycji społecznych i statusów społeczno-ekonomicznych pociąga za sobą strukturalne zróżnicowanie stanu zdrowia. Oszacowano, że średnio osoby zajmujące niskie pozycje w strukturze społecznej znajdują się w sytuacji co najmniej dwa razy większego ryzyka zachorowania na poważną chorobę oraz przedwczesnego zgonu niż osoby z góry drabiny społecznej (Wilkinson, Marmot 1998).

Niski status społeczno-ekonomiczny sprzyja występowaniu czynników ryzyka chorób, a co za tym idzie także zapadalności, chorobowości i umieralności, w tym przedwczesnej. Między innymi prawidłowość ta została ponad wszelką wątpliwość potwierdzona w odniesieniu do chorób układu krążenia (m.in. Kaplan, Keil 1993, Kozakiewicz, Podolecka, Kwaśniewska, Drygas, Pająk, Tendera 2016). Jego wpływ na zdrowie tłumaczy się także związkiem z antyzdrowotnymi stylami życia (Lynch, Kaplan, Salonen 1997), niskim poziomem wsparcia społecznego (Anderson, Leppert 2001) oraz niskim dostępem do usług zdrowotnych, w tym w szczególności specjalistycznych (Pell, Pell, Norrie, Ford, Cobbe 2000).

Czynnikiem, który zdaniem różnych autorów, odgrywa kluczową rolę w działaniach społeczności na rzecz poprawy stanu zdrowia poprzez zmniejszanie nierówności społecznych jest kapitał społeczny. Na jego rolę zwrócono uwagę we wcześniejszych partiach niniejszego tekstu. Istnieje szereg dowodów wskazujących na silny związek kapitału społecznego i zdrowia.

Zważywszy na występujący w Polsce dynamiczny proces starzenia się populacji warto wspomnieć, że w przypadku osób starszych kapitał społeczny odgrywa szczególną rolę i jest uznawany za znaczący determinant zdrowia podlegający wpływom nierówności społecznych.

**Stąd w programach zdrowotnych na poziomie lokalnym duże znaczenie powinno mieć włączanie osób starszych w różne formy współdziałania z innymi osobami, szczególnie wywodzącymi się z młodszych generacji i traktowanie takiego działania jako prozdrowotne.** Ustalono, że kapitał społeczny osób starszych w Polsce zależy od regionu zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego, zmiany miejsca zamieszkania m.in. ze środowiska wiejskiego do miejskiego oraz samooceny stanu zdrowia (Tobiasz-Adamczyk, Zawisza 2015), Włączanie osób starszych w działania zbiorowe oparte na współpracy, wzajemnym zaufaniu i jasnych normach współdziałania to pierwszy krok do budowania lub syste-

matycznego wzmocnienia indywidualnego kapitału społecznego. A ten pozostaje w ścisłym związku ze stanem zdrowia, w tym przede wszystkim psychicznego osoby starszej. Bardzo ważnym wrogiem zdrowia osób starszych jest bowiem samotność, poczucie izolacji i wykluczenia. Mapy zawierające zróżnicowania regionalne społecznego uczestnictwa osób starszych, wsparcia społecznego, który otrzymują, sieci społecznych z których korzystają, samotności oraz zaufania znaleźć można w pracy Beaty Tobiasz-Adamczyk i Katarzyny Zawiszy (2015).

### **5.3. Budowa infrastruktury lokalnej dla działań mających na celu poprawę stanu zdrowia oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu w społecznościach lokalnych**

Z dokonanego powyżej przeglądu cech społeczności lokalnych jasno wynika, że uznać je należy za istotnego partnera działań prozdrowotnych. Na szczególną uwagę zasługuje kapitał społeczny, którym dysponują.

Zasadność prowadzenia programów promocji zdrowia i profilaktyki zorientowanych na poprawę stanu zdrowia i redukcję społecznych nierówności w zdrowiu w społecznościach lokalnych potwierdzają m.in. wyniki znanych na całym świecie programów interwencyjnych, takich jak The Stanford Five-City Project, The Minnesota Heart Survey, The North Karelia Project, które wykazały, że prawidłowo prowadzone programy środowiskowe prowadzą do poprawy sytuacji zdrowotnej we wszystkich grupach statusu społeczno-ekonomicznego (Kaplan, Keil 1993).

Niestety, jak już wcześniej wspomniano, o ile każda społeczność lokalna jest zbiorowością terytorialną, o tyle nie każda zbiorowość terytorialna jest społecznością lokalną (Szum, 2011). Pomyślną wiadomość przynoszą badania z których wynika, że realizacja programu zdrowotnego może stać się katalizatorem procesu przekształcania się zbiorowości terytorialnych w społeczności lokalne. Wiadomo bowiem, że rolę taką pełni uczestniczenie mieszkańców danego terytorium w akcjach społecznych, niezależnie od ich profilu (Społeczność lokalna <https://pl.wikipedia.org>), a więc także i zdrowotnych.

Wykorzystywanie programu zdrowotnego do stymulacji rozwoju kapitału społecznego tj. wzajemnego zaufania oraz umiejętności współdziałania członków zbiorowości na rzecz zdrowia, to zmierzanie ku tworzeniu lub wzmocnieniu już istniejących społeczności lokalnych, a tym samym zapewnianie warunków dla wbudowania na wiele lat programu zdrowotnego w codzienną aktywność jej członków, m.in. poprzez bliską współpracę organizatorów z liderami lokalnymi zgromadzonymi w koalicji działającej na rzecz programu (por. rozdz. 4).



Brak cech wspólnotowych w przypadku społeczności, które mają realizować program zdrowotnym może oznaczać istotne utrudnienia w osiągnięciu nie tylko bieżących, ale i długoterminowych celów programu. Małe jest prawdopodobieństwo tego, że bez stworzenia specjalnych warunków stymulujących współpracę, ludzie, którzy sobie nie ufają i nie współdziałają na co dzień będą to robili w związku z programem.

Stąd, jeśli tego wymaga sytuacja, zadaniem organizatorów programu zdrowotnego, realizowanym we współpracy z koalicjami lokalnymi, jest stworzenie warunków instytucjonalnych, organizacyjnych i społecznych niezbędnych dla rozwoju lokalnej współpracy na rzecz zdrowia oraz osiągnięcia celów programowych. Możliwość spełnienia tego wymogu daje budowa infrastruktury lokalnej dla promocji zdrowia i prewencji chorób.

Lokalna infrastruktura dla promocji zdrowia i profilaktyki chorób to zasoby ludzkie i materialne, struktury organizacyjne i administracyjne oraz strategie niezbędne do prowadzenia systematycznych, długofalowych i wielosektorowych działań na rzecz zdrowia (Stońska 2002).

Tworzona infrastruktura nie powinna funkcjonować jako odrębna struktura, lecz jej elementy należy wbudować w drodze przekształceń w istniejące już struktury. W małej społeczności lokalnej będzie to np. wprowadzenie na stałe do szkoły, w czasie pozalekcyjnym, zajęć sportowych dla dorosłych członków społeczności.

Debatę na temat konieczności rozwoju infrastruktury dla współpracy interdyscyplinarnej i międzysektorowej na rzecz zdrowia zawdzięczmy głównie narodzeniu się promocji zdrowia. To właśnie w kontekście przypisanych jej zadań wyłynęła kwestia gotowości krajów do jej wdrażania.

### **5.3.1. Inwestycja dla Zdrowia (IFH). Międzysektorowa strategia promocji zdrowia, wspomagająca proces redukcji społecznych nierówności w zdrowiu**

W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia narodziła się nowa strategia promocji zdrowia (Ziglio, Haggard, McMahon, Harvey, Levin L. 2000) znana pod nazwą „Inwestycja dla zdrowia” (IFH).

Punktem wyjścia dla sformułowania tej strategii jest potwierdzony fakt wzajemnego powiązania zmian społecznych, gospodarczych, kulturowych i środowiskowych ze zmianami w stanie zdrowia populacji. Oznacza to, że pozytywne środowiskowe oddziaływanie na zasoby zdrowia wpływa korzystnie na stan zdrowia populacji, a z kolei wysoki poziom stanu zdrowia przynosi korzyści społeczne i gospodarcze całemu społeczeństwu bądź społeczności. Stąd w omawianej strategii

zakłada się, że środki są wtedy najlepiej zastosowywane, kiedy jednocześnie w sposób wiarygodny, skuteczny i etyczny wpływają na przyczyny zaburzeń zdrowia oraz ułatwiają osiągnięcie celów postawionych przed rozwojem społeczno-ekonomicznym. Ten rodzaj sprzężonego oddziaływania wymaga nowego rodzaju partnerstwa polegającego na powstawaniu międzysektorowych sojuszy, dotyczących opieki zdrowotnej oraz rozwoju społecznego i gospodarczego.

Wytyczne związane z wdrażaniem strategii IFH mogą być stosowane zarówno na poziomie krajowym, jak i na poziomie lokalnym.

Strategia Inwestycja dla Zdrowia opiera się na następujących zasadach: koncentracji na zdrowiu, pełnym zaangażowaniu ludności, efektywnej współpracy międzysektorowej, sprawiedliwości, zrównoważonym rozwoju oraz oparciu o wiedzę. Jej celem jest skuteczne działanie podejmowane w celu rozwiązywania kwestii związanych z podstawowymi przyczynami złego stanu zdrowia i stwarzania warunków dla poprawy zdrowia. Rozwój gospodarczy jest traktowany w ramach opisywanej strategii jako sposób poprawy zarówno sytuacji społeczno-gospodarczej, jak i zdrowia ludności.

W ramach rozwoju strategii IFH zainicjowana została interdyscyplinarna i międzysektorowa debata na temat niezbędnych rozwiązań systemowych, tworzących zaplecze dla promocji zdrowia i związanej z nią nowoczesnej profilaktyki chorób.

Kluczowe ustalenia w tym względzie powstały w wyniku pracy 150 międzynarodowych ekspertów reprezentujących różne dziedziny życia, którzy, na zaproszenie Biura Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia spotkali się trzykrotnie w latach 1998, 1999, 2000 w Weronie, w ramach cyklu znanego jako Inicjatywa Werońska.

Konkluzje płynące z debat werońskich, związanych ze strategią Inwestycja dla Zdrowia, obejmują szereg zasadniczych zaleceń dotyczących m.in. kwestii infrastruktury (Ziglio, Hagard, McMahon, Harvey, Levin 2000).

Oto podstawowe działania, którym ma służyć infrastruktura na poziomie lokalnym, opracowane dla celów niniejszego tekstu w nieco zmodyfikowanej wersji z zachowaniem głównego przekazu autorów strategii Inwestycja dla Zdrowia i poszerzone o doświadczenia autorów niniejszego rozdziału:

1. Oddziaływanie na zdrowie i jego społeczne, kulturowe i ekonomiczne determinanty musi być uznane za priorytet polityki lokalnej. Zdrowie nie może być postrzegane jako sprawa należąca wyłącznie do personelu medycznego i ministerstwa zdrowia. Chodzi tu o przewyższenie tradycyjnych, branżowych i resortowych układów kompetencyjnych w celu stworzenia bardziej kompleksowej polityki zdrowotnej na szczeblu lokalnym mającej na celu poprawę stanu zdrowia i zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

2. Musi być jasno sformułowana odpowiedzialność za zdrowie w różnych instytucjach i organizacjach lokalnych reprezentujących różne sektory. W małych społecznościach lokalnych będzie ona dotyczyć np. szkoły jako reprezentanta sektora edukacji
3. Należy doprowadzić do tego, aby ludność właściwie rozumiała na czym ma polegać promowanie zdrowia. Publiczne zrozumienie i zaangażowanie w inwestycje, które promują zdrowie ma zasadnicze znaczenie wtedy, kiedy mają być podejmowane przez władze decyzje związane z konkretnymi działaniami np. budowaniem ścieżek rowerowych, dofinansowaniem możliwości korzystania z pływalni przez wybrane grupy mieszkańców, przeznaczenie środków finansowych na poprawę warunków mieszkaniowych osób ubogich.
4. Ważne jest także, aby zwiększać świadomość przedstawicieli różnych sektorów, np. zakładów produkcyjnych, budowlanych, przemysłu przetwórczego o konieczności zawierania kompromisów w sytuacji kiedy cele instytucji stoją w sprzeczności z tworzeniem warunków dla zdrowia.
5. Ponadto należy również rozwijać w społecznościach lokalnych umiejętność wielosektorowej współpracy na rzecz zdrowia. Tutaj przychodzi z pomocą kapitał społeczny, o którym wspomiano wcześniej. Chodzi m.in. o stosowanie rozwiązań integrujących różnych partnerów w celu racjonalnego wykorzystania istniejących zasobów ludzkich, materialnych i finansowych oraz wytworzony kapitał społeczny.
6. Potrzebne jest także tworzenie bodźców aktywizujących współpracę sektorową. Instytucje i organizacje, których priorytetem nie jest tworzenie warunków dla zdrowia tylko np. produkcja towarów lub usług, muszą dostrzegać bezpośrednie korzyści z zaangażowania się w przestrzeganie rekomendacji związanych z unikaniem działań szkodliwych dla zdrowia i wspieraniem działań prozdrowotnych. Mogą w tym przypadku być wykorzystywane takie bodźce jak np. reklama supermarketu jako instytucji promującej zdrowie.
7. Musi powstać jasny obraz tego co mogą robić na rzecz zdrowia społeczności lokalne i działające na ich terenie organizacje i instytucje. Podstawą dla realizacji tego zalecenia powinna być dokładna diagnoza lokalnych potrzeb zdrowotnych i ich kulturowych, społecznych i ekonomicznych uwarunkowań. W tworzeniu takiej diagnozy będą bardzo pomocni członkowie lokalnej koalicji dla zdrowia.

### 5.3.2. Zasadnicze kroki w procesie tworzenia infrastruktury dla wieloletniego programu zdrowotnego w społeczności lokalnej (więcej informacji Słońska, 2002)

#### KROK PIERWSZY:

##### Stworzenie zespołu zarządzającego programem zdrowotnym

Zespół odpowiedzialny za planowanie, wdrażanie i ewaluację lokalnego programu zdrowotnego powinien wywodzić się ze społeczności lokalnej objętej programem. Jeśli zespół ma zainicjować działania obywatelskie i międzysektorowe, mające za zadanie długofalową poprawę stanu zdrowia oraz zmniejszenie nierówności społecznych, jego koordynator musi wchodzić w skład struktur lokalnej władzy i zajmować pozycję na tyle wysoką by mieć możliwość wpływu na podejmowane w urzędzie decyzje. Praca w urzędzie zapewnia prestiż, zapewnia lepszą pozycję negocjacyjną w rozmowach z partnerami lokalnymi. Jeśli zajmowane przez koordynatora stanowisko nie ma bezpośredniego związku ze zdrowiem powinien być formalnie, najlepiej uchwałą rady gminy, desygnowany na funkcję koordynatora.

Wybór koordynatora nie może być sprawą przypadku. Nie musi to być osoba dysponująca formalnym wykształceniem z zakresu zdrowia publicznego, ale wszyscy koordynatorzy oraz pozostali członkowie zespołu powinni przejść gruntowne przeszkolenie.

Osoba pełniąca funkcję koordynatora powinna cieszyć się uznaniem społecznym, być osobą otwartą, dobrze komunikującą się z innymi, posiadającą zdolność aktywizowania innych i rozwiązywania konfliktów oraz głęboko umotywowaną do realizacji celów, które przed nią stoją. Należy pamiętać o tym, że zadaniem koordynatora bywa mobilizowanie ludzi bez żadnych bądź mało znaczących środków finansowych. Podsumowując koordynator musi łączyć funkcję przywódcy i menadżera.

Zespół ds. zarządzania programem powinien składać się z pięciu do ośmiu osób (Bracht, Kingsbury 1990). W Polsce z różnych powodów, między innymi finansowych wymóg ten jest trudny do spełnienia. Dlatego też szukać należy sposobów zastępczych. W ramach projektu pokazowego „Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia i prewencji chorób układu krążenia w Polsce. CZAS DLA SERCA” realizowanego w 30 gminach, każdy zespół obejmował trzy osoby: koordynatora zatrudnionego w urzędzie gminy oraz dwie osoby ze społeczności lokalnej, pełniące w niej znaczące funkcje. Zadaniem zespołu było, we współpracy ze stworzoną koalicją składającą się z partnerów lokalnych (por. rozdz. 4), opracowanie i wdrażanie lokalnego programu promocji zdrowia i prewencji chorób układu krążenia.

**KROK DRUGI:****Powołanie koalicji partnerów lokalnych**

Problemowi temu poświęcony jest rozdział 4 niniejszej książki.

**KROK TRZECI:****Przeprowadzanie szkoleń o profilu wynikającym z celów realizowanego programu zdrowotnego****KROK CZWARTY:****Dokonanie diagnozy społeczności lokalnej**

Działaniem bezpośrednio poprzedzającym planowanie, wdrażanie i ewaluację programu zdrowotnego musi być dokonanie diagnozy i opracowanie charakterystyki społeczności lokalnej objętej programem, w wymiarze społeczno-demograficznym, ekonomicznym, społecznym oraz zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem identyfikacji grup, których zdrowie jest szczególnie zagrożone jest z przyczyn społecznych. Powyższa diagnoza służyć ma także wyborowi problemu priorytetowego, który ma być rozwiązany w ramach programu zdrowotnego oraz ocenie zasobów społeczności lokalnej pod kątem możliwości realizacji jego celów. Temu ostatniemu celowi może służyć analiza SWOT (Lignowska, Jaszczuk 2002).

**KROK PIĄTY:****Opracowanie programu zdrowotnego****KROK SZÓSTY:****Stworzenie stabilnej sieci doradców dla zespołów lokalnych**

Jak wspomniano zadaniem zespołów lokalnych, we współpracy z koalicją liderów jest opracowanie programów, ich wdrażanie i ewaluacja. Jak wynika z doświadczeń przede wszystkim na etapie tworzenia programów lokalnych zespoły potrzebują częstego wsparcia merytorycznego. Koordynator powinien wyznaczyć taką osobę i zapewnić by była ona łatwo dostępna.

**KROK SIÓDMY:****Prowadzenie nadzoru**

Konieczne jest prowadzenie nadzoru nad realizacją prac zespołów i koalicji m.in. przez monitorowanie ich przebiegu oraz ewaluację osiągniętych wyników szczególnie z punktu widzenia potrzeb osób narażonych z przyczyn społecznych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Anderson P, Leppert J. Men of low socio-economic status and educational level possess pronounced deficient knowledge about risks factors related to coronary heart disease. *Journal of Cardiological Risks* 2001, 8: 371-377.
2. Beck U. Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności. Wydawnictwo Naukowe Scholar. Warszawa 2002.
3. Blas E, Gilson L, Labonte R. Addressing social determinants of health inequalities: what can the state and civil society do? *Lancet* 2008, 372: 1684-1689.
4. Bobak M. Social determinants of health across Europe. W: D. Harrison, E. Ziglio (red.) *Social determinants of health: implications for the health professions*. Academia Nazionale Di Medicina. Genoa 1998, s. 17-25.
5. Bryant T, Raphael D, Schrecker T, Labonte R. A land of missed opportunity for addressing the social determinants of health. *Health Policy* 2011, 101: 44-58.
6. Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic Factors and Cardiovascular Disease: a review of the literature. *AHA Medical/Scientific Statement. Special Report. Circulation* 1993, 88.4. part 1: 1973-1998.
7. Karl N. i wsp. Health as a civic question. *American Civic Forum* 1994, November 28th, s. 1-18. Cyt. za Gillies P.
8. Komunikat CBOS. 2014. Religijność Polskiej Wsi.
9. Kozakiewicz K, Podolecka E, Kwaśniewska M, Drygas W, Pająk A, Tendera M. Association between socioeconomic status and cardiovascular risk. *Kardiologia Polska* 2016, 74 (2): 179-184.
10. Leśniak-Moczuk K. Instytucje społeczne w wiejskiej przestrzeni społecznej. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Sociologica* 2011, 37: 27-48.
11. Lignowska I, Jaszczuk M. Metoda analizy SWOT i możliwości jej wykorzystania przy budowaniu programu. W: Z. Stońska, B. Woynarowska (red.). *Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej*, Warszawa 2002, s. 135-145.
12. Lynch J, Kaplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviour and psychosocial characteristics by stages of socioeconomic lifecourse. *Social Science and Medicine* 1997, 44:809-819.
13. Marek M, Chłoń-Domińczak A, Kaleta D, Mazur J, Miśkiewicz P, Poznańska D, Skubiszewski J, Wojtyniak B, Zdrojewski T. Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. *WHO Regional Office for Europe* 2012.
14. Markuszewski A. O społeczności lokalnej, kapitale społecznym i przedsiębiorczości społecznej. *Centrum Edukacji Obywatelskiej* 2017.
15. Marmot M, Friel S, Bell R, Haovel TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of Health. *The Lancet* 2008, 372, 8:1661-1669.
16. Marmot M., i in. *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. World Health Organization. Copenhagen 2010.
17. Parker R.G. Empowerment, community mobilisation and social change In the face of HIV/ AIDS 1966, *Supl.* 10:27-31.
18. Gillies P.A. Effectiveness of alliance and partnerships for health promotion. *Health Promotion International* 1998, 13:99-120.
19. Gorzelak G, Jałowiecki B, Dziemianowicz W, Roszkowski W, Zarzycki T. W: *Dynamika i czynniki sukcesu lokalnego w Polsce*. W: Gorzelak G, Jałowiecki B (red.) *Koniunktura gospodarcza i mobilizacja społeczna w gminach*. Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego i Lokalnego. Warszawa 1998.
20. Piątkowski W, Majchrowska A. Unconventional therapists and their patients in Polish traditional folk medicine. *Anthropological Review* 2015, 78.3: 243-250.

21. Pell JP, Pell ACh, Norrie J, Ford I, Cobbe SM. Effect of socioeconomic deprivation on Whiting time for cardiac surgery: retrospective kohort study. *British Medical Journal* 2000, 320:15.
22. Putnam RD. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy* 1995, 6: 65-78 cyt. za Gillies.
23. Putnam RD. *Samotna gra w kęgle*. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne. Warszawa 2008.
24. Słońska Z. Model rozwoju infrastruktury dla promocji zdrowia i prewencji chorób układu krążenia na poziomie gminy. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 2002. Rocznik IX, 22:51-75.
25. Słońska ZA, Borowiec AA, Aranowska AE. Health literacy and health among the edery: status and challenges in the context of the Polish population aging process. *Anthropological Review* 2015, 78(3), 297-307.
26. Słońska Z, . Koziarek J. Społeczne nierówności w zdrowiu - efekt medykalizacji promocji zdrowia? *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2011, 9(2): 64-75.
27. Społeczność lokalna. 2017. <https://pl.wikipedia.org>.
28. Szczepański J. *Elementarne pojęcia socjologii*. PWN, Warszawa 1970.
29. Sztompka P. Pojęcie struktury społecznej: próba uogólnienia. *Studia Socjologiczne* 1989, 3:51.
30. Szum E. Wspólnota lokalna czy zbiorowość terytorialna? Wnioski z badań nad samorządem terytorialnym, w kontekście relacji między lokalizmem a globalizmem. *Rozprawy Społeczne* 2011, 1(V): 19-25.
31. Tobiasz-Adamczyk B, Zawisza K. Regionalne różnice i determinanty kapitału społecznego osób starszych w Polsce. *Studia Sojologiczne* 2015, 2 (217).
32. Wilkinson R, Marmot M. *Social determinants of Health*. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen 1998.
33. Ziglio E, Hagard S, McMahon L, Harvey S, Levin L. *Principles, Methodology and Practices of Investment for Health*. *Health Promotion and Education* 2000, 7.2: 2-15.
34. Ziglio E, Hagard S, Griffiths J. Health promotion development In Europe: Achievements and Challenges. *Health Promotion International* 2000, 15.2: 143-154.

## JAK WYKORZYSTAĆ ISTNIEJĄCE ZASOBY MATERIALNE I KADROWE ORAZ DOSTĘPNE OGÓLNOPOLSKIE PROGRAMY W ZAKRESIE WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I PROFILAKTYKI CHOROÓB PRZEWLEKŁYCH?

Magdalena Kwaśniewska, Wojciech Drygas

Wczesna diagnostyka i właściwie wdrożona profilaktyka są bez wątpienia najskuteczniejszymi sposobami poprawy sytuacji zdrowotnej w Polsce, podobnie jak w innych krajach uprzemysłowionych. Dotyczy to w szczególności przewlekłych chorób niezakaźnych (chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, cukrzycy czy przewlekłej obturacyjnej choroby płuc), ponieważ pozostają one nadal kluczową przyczyną umieralności, chorobowości, absencji w pracy i generują stale rosnące koszty leczenia. Nie bez znaczenia w kontekście populacyjnym stają się także przewlekłe stany chorobowe spoza kręgu schorzeń kardio-metabolicznych czy onkologicznych, jak na przykład depresja czy alergia.

Podłożem większości chorób przewlekłych jest przede wszystkim nieprawidłowy styl życia, stąd też większość działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki koncentruje się na eliminowaniu ryzykownych zachowań zdrowotnych jak palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, siedzący tryb życia, nieprawidłowe żywienie, nieadekwatne reakcje na stres. Równoległe do modyfikacji stylu życia, właściwa profilaktyka uwzględnia również przeprowadzanie badań przesiewowych w celu wczesnego wykrywania chorób i identyfikacji pacjentów podwyższonego ryzyka. Kluczowe w tym kontekście wydaje się wdrażanie tych działań na skalę masową, ale z uwzględnieniem szczególnych potrzeb społeczności lokalnych. Dysponujemy obecnie wiarygodnymi dowodami i skutecznymi technologiami, które mogą wspierać te inicjatywy, ale ich ostateczny sukces w jest uwarunkowany szeregiem czynników organizacyjnych, finansowych, społecznych i politycznych. Poza zapewnieniem równej dostępności do realizowanych inicjatyw i procedur, kształtowaniem wielosektorowej polityki i właściwej integracji systemów opieki, konieczne jest także zaangażowanie samych obywateli, ich świadomość zdrowotna i chęć podejmowania działań na rzecz zdrowia.



Pomimo niemałego potencjału obecnie realizowanych inicjatyw z zakresu prewencji chorób przewlekłych w Polsce, wydaje się, że wiedza na ich temat (zarówno w społeczeństwie, jak i wśród pracowników sektora zdrowotnego) jest raczej skromna. Dopiero w ostatnich latach pojawiły się na polskim rynku wydawniczym pierwsze publikacje omawiające wspomniane programy, ich skuteczność (m.in. efektów zdrowotnych czy edukacyjnych) oraz efektywność ekonomiczną.

Mając na uwadze aktualne statystyki epidemiologiczne, Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia wdrażają ogólnopolskie programy profilaktyczne.

Niektóre z tych inicjatyw mają już wieloletnią tradycję, inne będą wprowadzane w najbliższych latach. Do najważniejszych aktualnie realizowanych programów profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób przewlekłych należą:

- Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia,
- Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych,
- Program Profilaktyki Raka Piersi,
- Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy,
- Program Profilaktyki Chorób Odtytoniowych (w tym POChP),
- Program Zapobiegania Depresji,
- Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej,
- Krajowy program zmniejszania umieralności z powodu przewlekłych chorób płuc poprzez tworzenie sal nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej na lata 2016-2018.

### 6.1. Prewencja i wczesna diagnostyka kardiologiczna

W latach 2003-2016 roku szereg działań z zakresu profilaktyki i wczesnej diagnostyki kardiologicznej realizowanych było w ramach Narodowego programu wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego - POLKARD. Dzięki konsekwentnej realizacji programu Polska dysponuje obecnie rzetelnymi danymi dotyczącymi rozpowszechnienia i regionalnego zróżnicowania czynników ryzyka, analizami trendów umieralności, licznymi rejestrami najważniejszych chorób serca i naczyń. Z punktu widzenia profilaktyki szczególne znaczenie miało zrealizowanie zadania dotyczącego monitorowania sytuacji epidemiologicznej w Polsce w ramach II edycji Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności - Projekt WOBASZ II. Przeprowadzone w latach 2013-14 badanie WOBASZ II umożliwiło szczegółowy wgląd w sytuację zdrowotną reprezentatywnej grupy 6170 dorosłych Polaków, zwłaszcza w zakresie rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób układu krążenia (ChUK). Co ważne, to największe w Polsce badanie epidemiologiczne, pozwala na okre-

ślenie zróżnicowania terytorialnego w świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz ryzyka sercowo-naczyniowego, gdyż badania kwestionariuszowe i laboratoryjne przeprowadzono we wszystkich województwach, z podziałem na wielkość gmin. Zgromadzone dane stanowią zatem aktualne i wiarygodne źródło informacji na temat czynników determinujących występowanie CHUK, zarówno w ujęciu globalnym, jak i w aspekcie lokalnym. Dotychczas przeprowadzono szereg analiz, których wyniki są dostępne w pismach *Kardiologia Polska*, *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* oraz w piśmiennictwie międzynarodowym. Program wzbogacił także polskie doświadczenia w zakresie realizacji efektywnych nowatorskich programów prewencji CHUK oraz edukacji dzieci, młodzieży i dorosłych (m.in. *Polski Projekt 400 Miast*, program *POLKARD MEDIA „Pamiętaj o Sercu”*, projekt *SMS*).

Z aktualnie realizowanych programów na szczególną uwagę ze względu na populacyjny charakter i dostępność zasługuje **Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia**. Program ten jest realizowany, w ramach świadczeń profilaktycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, na terenie całej Polski od 2004 roku stanowi przykład nowoczesnego, uzasadnionego względami zdrowotnymi, społecznymi i ekonomicznymi programu polityki zdrowotnej o potencjalnie dużej możliwości ograniczenia chorobowości i umieralności z powodu ww. chorób. Sprawnie i powszechnie realizowane badania przesiewowe przewidziane w założeniach Programu są niezbędne dla lepszej identyfikacji osób z wysokim poziomem czynników ryzyka i dalszych koniecznych działań dotyczących zarówno edukacji (promocji zdrowia), jak również dalszej diagnostyki i leczenia osób chorych (m.in. z rozpoznaną po raz pierwszy cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, hiperlipidemią czy otyłością).

Głównym celem Programu jest obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu CHUK populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania i natężenia czynników ryzyka. Założono ponadto, iż realizacja działań programu pozwoli na istotne zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia CHUK, wczesną identyfikację osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia, rozszerzy promocję zdrowego stylu życia, w szczególności niepalenia, prawidłowego odżywiania się i aktywności fizycznej.

Aktualnie kryteria włączenia do Programu obejmują osoby, które w danym roku kalendarzowym ukończyły 35, 40, 45, 50, 55 lat; są obciążone czynnikami ryzyka; u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia; które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu profilaktyki chorób układu krążenia, także u innych świadczeniodawców (szczegóły zasad realizacji programu - Załącznik 1).

Osoby spełniające kryteria włączenia do projektu mogą skorzystać z dostępnych badań w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (wszystkie poradnie podstawowej opieki zdrowotnej mają obowiązek realizacji programu). Świadczenia

w ramach programu udzielane są bez skierowania, przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), do którego ubezpieczony jest zadeklarowany, pielęgniarkę albo inne osoby, które uzyskały uprawnienia do udzielania porad w POZ, zgodnie z zakresem przewidzianym w programie.

Lekarz POZ dokonuje kwalifikacji do odpowiedniej grupy ryzyka oraz dokonuje oceny ryzyka globalnego według algorytmu SCORE, a uzyskany wynik zapisuje w Karcie Badania Profilaktycznego. Osoby, u których rozpoznano chorobę układu krążenia, w zależności od wskazań medycznych, otrzymują zalecenia konieczności zmiany trybu życia lub zostają skierowani (poza Programem) na dalszą diagnostykę lub leczenie do świadczeniodawców posiadających z NFZ umowę o udzielanie odpowiednich rodzajów świadczeń.

Rejestracja danych możliwa jest dzięki Systemowi Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP), który jest systemem scentralizowanym, opartym o jedną ogólnopolską bazę świadczeniobiorców, z obsługą on-line, weryfikacją uprawnień świadczeniobiorcy do objęcia programem przed udzieleniem świadczenia. System wykorzystuje bazy i słowniki NFZ oraz połączenia szyfrowane (HTTPS).

Finansowanie świadczeń, związanych z realizacją Programu Profilaktyki i wczesnego wykrywania CHUK odbywa się ze środków finansowych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia. Niewątpliwym atutem Programu jest fakt, iż w ciągu ostatnich 10 lat przebadano ogółem ponad 1.5 miliona Polaków w wieku 35-55 lat. Z danych NFZ wynika że ponad 63 tysiące podopiecznych Programu zostało objętych dalszą konieczną opieką lekarzy POZ, zaś ponad 6500 skierowano na dalsze badania specjalistyczne, zazwyczaj do placówek kardiologicznych i diabetologicznych.

Ponadto, dzięki dobremu systemowi informatycznemu SIMP, możliwa jest analiza obszernych i niezwykle cennych danych dotyczących zmian w zakresie rozpowszechnienia kluczowych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego wśród podopiecznych Programu w Polsce od 2004 roku. Stwarza to możliwości wykorzystania uzyskanych wyników w monitorowaniu stanu zdrowia mieszkańców naszego kraju. Zgromadzone dane wskazują nie tylko średnie wartości badanych zmiennych klinicznych, ale również pozwalają na obliczenie liczby osób z wysokim ryzykiem zgonu wg SCORE, z nadciśnieniem tętniczym, hiperlipemią, otyłością (w tym brzuszna), cukrzycą, niskim poziomem aktywności fizycznej itp. Możliwa jest także analiza trendów zmian czynników ryzyka u podopiecznych Programu badanych w pięcioletnich odstępach czasu.

Mając na uwadze wysokie rozpowszechnienie czynników ryzyka CHUK w naszym kraju nieodzowne wydaje się lepsze wykorzystanie tak szeroko zakrojonego programu profilaktycznego. Tymczasem systematycznie maleje liczba podopiecznych Programu, co wynika prawdopodobnie ze zbyt małego zainteresowania lekarzy POZ programem, jak również niedostatecznej świadomości samych adresatów

badania, jak również lokalnych przedstawicieli sektora zdrowotnego, samorządów i gmin. Zapewne ważną przeszkodą w pełnej realizacji programu są niedociągnięcia organizacyjno-finansowe. Dotyczy to szczególnie dalszej interwencji u pacjentów z podwyższonym poziomem czynników ryzyka. Prawdziwym wyzwaniem jest zwiększenie atrakcyjności Programu zarówno dla uczestniczących w nim lekarzy POZ (urealnienie finansowania, nowe narzędzia informatyczne), jak i populacji kobiet i mężczyzn objętych zasięgiem Programu. Propozycje konkretnych działań w tym zakresie były adresowane wielokrotnie do kierownictwa NFZ i Ministerstwa Zdrowia (m.in. w 2013 i 2014), niestety do tej pory nie podjęto decyzji pozwalających na lepsze funkcjonowanie tego ważnego programu profilaktycznego. Jednak niezależnie od decyzji podejmowanych centralnie, wszystkie lokalne instytucje zaangażowane w promocję zdrowia i prewencję powinny opracować własne metody zwiększania frekwencji i skuteczności działań w tym programie.

## 6.2. Prewencja i wczesna diagnostyka onkologiczna

W listopadzie 2015 roku Rada Ministrów ustanowiła „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” na kolejne lata (2016-2020), umożliwiając tym samym kontynuację dotychczasowych działań. Głównym celem programu jest dążenie do przybliżenia się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na nowotwory mające największy udział w strukturze zgonów na nowotwory w Polsce (tj. raka szyjki macicy, piersi, płuca, jelita grubego). Działania, zarówno centralne jak i lokalne, mają być nakierowane na przede wszystkim na profilaktykę, w tym na zwiększanie świadomości zdrowotnej i zdrowego stylu życia poprzez działania informacyjne, promocyjne i edukacyjne przeciwdziałające zachorowaniu na nowotwory. Przede wszystkim dotyczy to promowania aktywnego trybu życia, zdrowego odżywiania, karmienia piersią, ograniczania palenia tytoniu spożywania alkoholu, prewencji czerniaka złośliwego, zwiększania zgłaszalności na badania przesiewowe. Co ważne, realizacja programu dążyć ma do zmniejszania nierówności w zdrowiu, poprawy infrastruktury ochrony zdrowia i poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych.

W Polsce, w wyniku realizacji Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, uzyskano znaczący postęp w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania nowotworów, co dobitnie wskazuje na właściwy kierunek rozpoczętych przed laty działań. Dotyczy to w szczególności zwiększającej się zgłaszalności na badania mammograficzne (23,37% w 2006 r. vs 48,05% w 2014 r.) czy cytologiczne (12,7% vs 44,4%). Poprawiła się także dostępność badań kolonoskopowych; liczba realizatorów wzrosła z 10 jednostek w początkowych latach realizacji programu do 106 w 2014 roku, co założyło odzwierciedlenie w poprawie statystyki

5-letnich przeżyć w raku jelita grubego z 26% (2003 r.) do 43-46% (2007-2010). Istotną poprawę odnotowano także w zakresie dostępności do radioterapii, liczby chorych korzystających z tej metody leczenia, skrócił się czas oczekiwania chorych na rozpoczęcie leczenia z 8-10 tygodni (1998 r.) do 1-3 tygodni (2014 r.). W wyniku doposażenia klinik i oddziałów torakochirurgii systematycznie wzrosła liczba operowanych we wczesnych stadiach raka płuc i obecnie odsetek chorych operowanych w I i II stadium zaawansowania choroby wynosi 80%.

Bardzo praktycznym rozwiązaniem dla społeczności lokalnej jest organizowanie badań mammograficznych nie tylko w formie stacjonarnej, ale także w mobilnych mammobusach. Tylko w 2015 roku odnotowano ponad milion przebadanych kobiet i około kilkunastu tysięcy postojów mammobusów w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Każdego dnia mammobusy odwiedzały dziennie od kilkunastu do kilkudziesięciu wsi, miast i miasteczek w całym kraju. Stacjonowały szczególnie tam, gdzie nie ma stacjonarnych gabinetów, tak aby jak największa liczba Pań mogła wykonać mammografię. Wartość udzielonych świadczeń wyniosła ponad 90 mln zł. Najliczniej z możliwości wykonania badań mammograficznych korzystały mieszkanki województwa wielkopolskiego, śląskiego, mazowieckiego. Co ważne, ponad 40 tysięcy pacjentek skierowano na dalszą diagnostykę lub leczenie.

Wydaje się, że informacje nt. badań przedstawione zarówno w placówkach POZ, oddziałach NFZ oraz na stronach internetowych NFZ i Ministerstwa Zdrowia są bardzo wszechstronne i czytelne. Aby wykonać bezpłatnie mammografię w ramach programu, wystarczy zgłosić się do jednej z placówek, które realizują program. Informacje o placówkach realizujących program dostępne są w oddziałach wojewódzkich NFZ. Badanie można również wykonać w mobilnych mammobusach, których rozkład postojów jest na bieżąco przedstawiany na stronach internetowych Funduszu.

Dotychczasowe doświadczenia w zakresie profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych pozwalają na wskazanie istniejących zasobów materialnych i kadrowych, mocnych i słabych stron istniejącego systemu, jak również szans i zagrożeń na przyszłość. Niewątpliwym postępem w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki nowotworów jest systematyczny wzrost zgłaszalności na populacyjne badania przesiewowe. W zakresie organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych ważne jest istnienie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i bezpłatny dostęp do świadczeń gwarantowanych. Mocną stroną jest duże zainteresowanie kadr medycznych udziałem w programach szkoleniowych i poprawiający się stan infrastruktury ochrony zdrowia. Wydaje się, że nie ma większych przeszkód, aby zainicjowane programy funkcjonowały stabilnie w najbliższych latach czy dekadach, a system badań, kryteria i podmioty realizujące badania są szczegółowo opisane w treściach Programu i na stronach internetowych Ministerstwa i/lub Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jednocześnie nie należy zapominać, że świadomość zdrowotna społeczeństwa jest ciągle na niezadowalającym poziomie, zgłaszalność na badania profilaktyczne oraz wykrywalność chorób we wczesnych stadiach rozwojowych jest mniejsza niż w innych krajach Unii Europejskiej. Dla zwiększenia efektywności programu konieczne wydaje się zwiększenie roli podstawowej opieki zdrowotnej oraz lepsza integracja leczenia szpitalnego z POZ i programami profilaktycznymi. Istnieje potrzeba skrócenia okresu oczekiwania na uzyskanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zwiększenia efektywności organizacyjno-zarządczej i finansowej samodzielnych publicznych zakładów zdrowotnych oraz zwiększenia liczby i równomiernego rozmieszczenia wysokospecjalistycznej aparatury medycznej.

Szczegóły organizacyjne realizowanych obecnie programów przesiewowych w ramach profilaktyki onkologicznej można odnaleźć w Załączniku 2.

### 6.3. Prewencja i wczesna diagnostyka innych chorób przewlekłych

Relatywnie nowymi inicjatywami z obszaru profilaktyki chorób przewlekłych są: **Program Zapobiegania Depresji 2016-20** oraz Program Wsparcia AmbulATORYJNEGO Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej 2016-18. Oba programy są odpowiedzią na współczesne wyzwania cywilizacyjne.

Badania epidemiologiczne ostatnich lat wskazują, że u 3% mieszkańców naszego kraju w wieku produkcyjnym, wystąpił w ciągu dotychczasowego życia przynajmniej jeden epizod depresyjny o dowolnym nasileniu. Ponadto, wskaźniki depresji rosną wraz z wiekiem (5% osób powyżej 50 r.ż.) oraz u dzieci/młodzieży (2% w grupie dzieci 6-12 lat). W ostatnich kilkunastu latach dane z psychiatrycznych jednostek opieki zdrowotnej wskazywały na istotny wzrost zgłaszalności zaburzeń psychicznych. Stwierdzono 100% wzrost w leczeniu ambulatoryjnym i 50% w leczeniu stacjonarnym. W społeczeństwie nadal panuje stygmatyzacja leczenia psychiatrycznego, co wiąże się ze wstydem i oporem przed wizytą u psychiatry. Wiele osób cierpiących na choroby i zaburzenia psychiczne pozostaje nieleczonych przez wiele lat, objawy narastają, powodując mniejszą efektywność w pracy i często gorzej poddają się leczeniu. Dotychczas w Polsce nie istniał program zapobiegania depresji, który byłby prowadzony na szczeblu krajowym. Prowadzone są natomiast poszczególne programy w kierunku zwalczania depresji, realizowane na poziomie jednostek samorządów terytorialnych. (w tym Małopolski Program Profilaktyki Depresji; „Rozpoznawanie i zapobieganie depresji u młodzieży szkolnej - Program edukacyjno-konsultacyjny” województwa mazowieckiego; „Profilaktyka i terapia depresji: pomagać w porę” realizowany przez miasto Kraków).



Obecnie nie wydaje się możliwym zredukowanie wszystkich czynników ryzyka sprzyjających występowaniu zaburzeń depresyjnych. Możliwa jest jednak popularyzacja informacji na temat głównych czynników ryzyka, jak również pogłębianie świadomości społecznej na temat wczesnego rozpoznawania i metod zapobiegania tej chorobie. Odpowiednia profilaktyka depresji umożliwi bowiem wczesne wykrycie problemu oraz zapewnienie powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej i pomocy niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania w środowisku rodzinnym i społecznym jednostki. Głównym celem Programu Zapobiegania Depresji jest wzrost poziomu świadomości społecznej na temat zaburzeń depresyjnych poprzez prowadzenie określonych działań profilaktycznych. Realizacja tego celu ma się odbywać na trzech etapach działań. Działania te swoim zakresem obejmują: opracowanie rekomendacji w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia depresji w kraju; promocję zdrowia psychicznego na poziomie całego społeczeństwa oraz profilaktykę depresji w wybranych grupach o podwyższonym ryzyku zachorowania. Plan finansowy na lata 2016-2020 przewiduje ogółem budżet ponad 9 mln zł. Program rozpoczął się w roku 2016, zachęca się zatem jednostki terytorialne i społeczności lokalne do zainteresowania zasobami kadrowo-finansowymi programu w poszczególnych województwach i gminach.

Równie nową inicjatywą jest **Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej**. Jest to pierwszy, kompleksowy, skoordynowany plan działań zorientowanych na tę grupę chorych. Zakłada on wielospecjalistyczne postępowanie organizującego współpracę i leczenie przez lekarzy i personel różnych specjalności medycznych (diabetologa, chirurga, chirurga naczyniowego, ortopedy, rehabilitanta, podologa, pielęgniarki edukacyjnej wyspecjalizowanej w zakresie leczenia ran w obrębie stopy, technika zaopatrzenia ortopedycznego, psychologa, asystenta społecznego). Pilotażowe polskie szacunki mówią o częstości występowania zespołu stopy cukrzycowej na poziomie prawie 4%, ale zarówno ta liczba, jak i około 4500 tzw. dużych amputacji u pacjentów z cukrzycą wydają się być znacznie niedoszacowane, ponieważ w Polsce nie dysponujemy systematycznymi i wiarygodnymi rejestrami.

Program pozwoli na stworzenie sieci gabinetów działających przy poradniach diabetologicznych, tworząc podstawę zintegrowanej opieki nad chorymi na cukrzycę z zespołem stopy cukrzycowej. W ramach programu zdrowotnego pn. Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce na lata 2006-2008 rozpoczęto jedynie realizację m.in. rejestru chorych na cukrzycę, kampanię społeczną problematyki związanej z cukrzycą oraz szkolenia personelu medycznego. Realizacja Programu powinna przynieść istotne ograniczenie tzw. wysokich amputacji w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej w Polsce, a co za tym idzie zmniejszenie niepełnosprawności i inwalidztwa wśród osób z cukrzycą. Oczekiwać też należy skrócenia czasu leczenia owrzodzeń w obrębie stopy u osób z cukrzycą. Realizacja

programu ma także podnieść skuteczność profilaktyki powstawania i nawrotów obrzędzeń w obrębie stopy u chorych z cukrzycą.

Przedstawiciele samorządów, lokalnych ośrodków ochrony zdrowia i innych jednostek terytorialnych powinny na bieżąco śledzić rozwój tego nowego programu, gdyż w ramach jego realizacji przewiduje się wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję referencyjną w miastach wojewódzkich; wyposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową przy poradniach diabetologicznych; organizację kursów i szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek różnych specjalności, w tym diabetologii i medycyny rodzinnej, obejmujących prewencję, diagnostykę i terapię; przeprowadzenie kampanii edukacyjnej skierowanej do pacjentów z cukrzycą dotyczącej zagadnień związanych z zespołem stopy cukrzycowej.

Warto również wspomnieć o funkcjonujących od około 20 lat inicjatywach skoncentrowanych na edukację zdrowotną i propagowanie właściwych zachowań prozdrowotnych u dzieci, młodzieży oraz osób w wieku produkcyjnym. Do bardziej znanych programów należą „**Szkoła Promująca Zdrowie**”, „**Promocja zdrowia w miejscu pracy**”, utworzony w celu tworzenia warunków sprzyjających zdrowemu stylowi życia społeczności szkolnej oraz pracowników zakładów pracy. Nowszymi inicjatywami z zakresu kształtowania właściwych postaw zdrowotnych należy także wymienić program „**Owoce w szkole**” i dopłaty do spożycia mleka i przetworów mlecznych w placówkach oświatowych (tzw. „**Szklanka mleka**”). Uzyskane dotychczas efekty skłaniają do zainteresowania się przedstawicieli powiatów i gmin, które spośród placówek na ich terenie korzystają z tych ważnych programów.

Podsumowując należy podkreślić, iż obecnie dysponujemy w Polsce niemałym potencjałem w zakresie populacyjnych programów prewencji i wczesnego wykrywania najważniejszych chorób przewlekłych. Wydaje się jednak, że wiedza na temat tych programów, ich skuteczności i efektywności (również ekonomicznej) jest w naszym kraju skromna, co z pewnością wpływa na niedostateczne wykorzystanie istniejących możliwości. Kluczowe wydaje się zatem przede wszystkim rozpropagowanie istniejących inicjatyw w środowisku lokalnym, w szczególności tych programów, które mają jasno i szczegółowo zaplanowany harmonogram działań i budżet. Do takich inicjatyw, o wieloletnich doświadczeniach należy Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia i Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (Załącznik 1 i 2). Co ważne, korzystanie z programów nie wymaga skierowania i jest dla pacjenta całkowicie bezpłatne. Pomimo pewnych niedociągnięć organizacyjno-finansowych programy te mają udokumentowaną skuteczność i efektywność finansową. Najważniejsze wydaje się wprowadzenie lokalnych metod zwiększania zgłaszalności na badania. Znako-



mitym przykładem innowacyjności i optymalnego wykorzystania istniejących zasobów materialnych i kadrowych w tym zakresie był organizowany przez kilka lat konkurs „Zdrowa gmina”. Akcja polegała na działaniach promocyjnych, zmierzających do zwiększenia liczby osób zgłaszających się na badania profilaktyczne ukierunkowane na wczesne wykrywanie chorób nowotworowych, tj. na: mammografię, cytologię i kolonoskopię. W pierwszej edycji projektu (2009 rok), realizowanej w jednym województwie, wzięło udział 109 gmin. Kolejna, zorganizowana we współpracy z sześcioma województwami, zaangażowała już 211 jednostek samorządu terytorialnego. W roku 2012 włączyło się dwanaście województw, mobilizując 366 gmin. Dzięki temu III edycja Konkursu Zdrowa Gmina przyniosła w niektórych miejscowościach wzrost zgłaszalności na badania profilaktyczne o 49% w stosunku do poprzedniego roku, zwiększając liczbę uczestniczek mammografii i cytologii o 90 tys. w skali Polski. Ogółem objęcie populacji programem profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych wzrosło o 140 tys. przebadanych osób w stosunku do okresu przed prowadzeniem działań konkursowych. Rekordziści Konkursu poprawili swoje wyniki zgłaszalności do skryningu o 47 proc. w stosunku do wcześniejszych wartości. Sukces tego projektu powinien być inspiracją i wzorem dla społeczności lokalnych (powiatów i gmin).

W poszukiwaniu materiałów edukacyjnych oraz sprawdzonych metod promocji zdrowia i profilaktyki, warto skorzystać z dorobku realizowanych do niedawna programów interwencyjno-badawczych o szerokim zasięgu (m.in. **Polski Projekt 400 Miast**), dużych ogólnopolskich programów edukacyjnych (m.in. **Trzymaj Formę**, **Polkard Media „Pamiętaj o Sercu”** i **Polkard Media Junior**), programów ukierunkowanych na tworzenie infrastruktury dla promocji zdrowia (Program „**Czas dla Serca**” finansowany z grantu Banku Światowego) czy też programów lokalnych finansowanych ze środków własnych, zazwyczaj samorządowych (np. **Program SOPKARD**). Metody interwencji i materiały opracowane w ramach tych programów mogą być w dalszym ciągu użytkowane i wykorzystywane (np. atrakcyjne platformy internetowe, filmy, scenariusze zajęć edukacyjnych i inne) przez programy lokalne. Możliwy i celowy wydaje się kontakt z autorami/liderami owych najbardziej udanych krajowych programów (zwłaszcza **Polkard Media** adresowanych do osób dorosłych „**Pamiętaj o Sercu**” oraz dzieci i młodzieży „**Polkard Media Junior**”).

Najpilniejsze działania podejmowane lokalnie powinny być odpowiedzią na aktualne dane epidemiologiczne dotyczące największych zagrożeń zdrowotnych na danym terenie. Wszystkie województwa mają obecnie dostęp do wiarygodnych danych pochodzących zarówno z bazy Głównego Urzędu Statystycznego, jak również populacyjnych zakrojonych na szeroką reprezentatywnych badań przekrojowych jak np. projekt **WOBASZ**.

## PIŚMIENNICTWO

(wybrane pozycje)

1. Wykaz programów polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/>.
2. Epidemiologia i prewencja chorób układu krążenia pod redakcją G. Kopcia, P. Jankowskiego, A. Pająka, W. Drygasa. Medycyna Praktyczna, Kraków 2015.
3. Uchwała Rady Ministrów nr 208 w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”<http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/Uchwala-Nr-208-NPZCHN-2016-2024.pdf>.
4. Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo naczyniowego POLKARDh<http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/pol kard-skan-programu-aktualizacja-08.11.16r.pdf>.

**WYRÓWNYWANIE NIERÓWNOŚCI  
SPOŁECZNYCH W ZDROWIU POPRZEZ  
WPŁYW NA ZACHOWANIA ZDROWOTNE  
(PALENIE TYTONIU, KONSUMPCJĘ ALKOHOLU,  
REDUKCJĘ OTYŁOŚCI I NADWAGI).  
PRZEGLĄD NAJLEPSZYCH PRAKTYK  
Z INNYCH KRAJÓW**

Dorota Kaleta

Stan zdrowia mieszkańców europejskiego regionu WHO poprawia się, ale proces ten nie postępuje tak szybko jak można byłoby oczekiwać, a tempo jego przebiegu jest zróżnicowane. Dane gromadzone przez WHO na całym świecie wyraźnie wskazują na różnice w stanie zdrowia wśród mieszkańców poszczególnych krajów. Rozkład różnic wynika z pewnego wzorca zależnego od poziomu osiągniętych dochodów, bezpieczeństwa, warunków mieszkaniowych, poziomu wykształcenia, możliwości i warunków zatrudnienia, jak również dostępu do odpowiednich świadczeń zdrowotnych i ochrony socjalnej. Normy związane z pochodzeniem etnicznym i płcią oraz wartości społeczne mają wpływ na możliwości życia w zdrowiu, ryzyko złego stanu zdrowia i przedwczesnego zgonu. Istnienie możliwości do uniknięcia różnic w zdrowiu stanowi wyzwanie w świetle rozwoju społeczno-ekonomicznego społeczeństwa i przestrzegania kluczowych wartości europejskich jakimi są sprawiedliwość i spójność. Na wiele z tych czynników, znanych jako społeczne determinanty zdrowia, możemy oddziaływać wykorzystując narzędzia polityki publicznej i mechanizmy angażujące wszystkie szczeble władz oraz całe społeczeństwo w działania na rzecz promocji i ochrony zdrowia. Dysponujemy nowymi dowodami i technologiami, które mogą wspierać inicjatywy realizowane na szczeblu lokalnym, krajowym i europejskim zmierzające do ograniczenia różnic w zdrowiu poprzez oddziaływanie na czynniki społeczne warunkujące stan zdrowia. Nasze podejście do zarządzania na rzecz zdrowia w XXI wieku, które wymaga zaangażowania obywateli, kształtowania wielosektorowej polityki i lepszej integracji systemów leczenia i opieki pozwala na zapewnienie jednostkom i całym społecznościom większych możliwości życiowych i lepszego

stanu zdrowia. Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia definicja nierówności w zdrowiu opiera się na założeniu, że odzwierciedlają one niepotrzebne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia, które uważane są za niesprawiedliwe. Zmniejszenie różnic zdrowotnych stanowi nakaz etyczny, który akceptuje większość nowoczesnych społeczeństw. Aby podjąć skuteczne działania przeciwdziałające temu zjawisku należy w pierwszej kolejności poznać determinanty powstawania nierówności w zdrowiu. Omawiane zjawisko nie jest związane tylko z dostępem do opieki zdrowotnej, ale z wieloma innymi czynnikami, takimi jak warunki życia i pracy, a także z przepisami obowiązującą w danym kraju lub regionie. Nierówności w zdrowiu powodowane są głównie nierówną dystrybucją czynników wpływających na zdrowie, takich jak przychód, dostęp do dóbr i usług, złe lub nierówne warunki życia oraz różnice w rozpowszechnieniu negatywnych zachowań zdrowotnych, takich jak picie alkoholu, palenie tytoniu, nieprawidłowa dieta oraz niski poziom aktywności fizycznej (WHO Tobacco and inequalities 2014, Kaleta 2012).

### 7.1. Nierówności związane z używaniem wyrobów tytoniowych

Eksperti z WHO wskazują, że socjoekonomiczne nierówności w konsumpcji tytoniu w Europie są duże i nadal ulegają zwiększeniu. Obniżenie częstości palenia tytoniu w Europie było dużym sukcesem, ale pozytywne zmiany były głównie obserwowane wśród osób o średnim lub dużym dochodzie, co przyczyniło się do wzrostu nierówności w omawianym zakresie. Populacyjne działania antytytoniowe na poziomie kraju są bardzo ważne, ale jest mało prawdopodobne, że bez zastosowania dodatkowych interwencji zmniejszą one znacząco obserwowane nierówności w zakresie palenia tytoniu. W dobie rozwoju polityki antytytoniowej zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym bardzo ważne jest, aby zadbać o to, żeby nowe przepisy wpływały jednakowo na różne grupy społeczne oraz zmniejszały nierówności w zakresie palenia tytoniu i jego skutków zdrowotnych (WHO Global report 2012).

Palenie tytoniu jest głównym czynnikiem powodującym nierówności w zdrowiu w całej Europie. Nierówności w umieralności z powodu chorób odtytoniowych stanowią 22% ogółu nierówności we wskaźnikach umieralności ogółem wśród mężczyzn i 6% wśród kobiet (The ASPECT Consortium 2004). Zgony związane z paleniem tytoniu wyjaśniają ponad połowę nierówności w umieralności między mężczyznami o wysokim i niskim statusie socjoekonomicznym w Wielkiej Brytanii i w Polsce. Wpływ palenia tytoniu na nierówności w umieralności kobiet w Europie prawdopodobnie wzrosł w związku z pojawieniem się opóźnionych konsekwencji zdrowotnych zwiększającego się rozpowszechnienia palenia tytoniu wśród kobiet (Jha 2006).

Zwiększone rozpowszechnienie palenia tytoniu w pewnych grupach społeczeństwa jest powodowane czynnikami społecznymi, ekonomicznymi i środowiskowymi, tzw. społecznymi uwarunkowaniami zdrowia. Wdrażanie polityki i programów uwzględniających społeczne uwarunkowania zdrowia oraz nierówności w zdrowiu jest niezbędnym warunkiem pomyślnego zwalczania szkód związanych z paleniem tytoniu.

Wśród krajów europejskich używanie tytoniu i zgony z tym związane są większym problemem w niektórych grupach społecznych. Nierówności w paleniu tytoniu są związane z nierównościami w rozpoczynaniu palenia oraz z nierównościami w rzucaniu palenia, a także z różnymi czynnikami, które wpływają na palacza podczas całego jego życia.

W wielu europejskich krajach dzieci z uboższych rodzin są częściej narażane na bierne palenie w domu, częściej same rozpoczynają palenie, a także stają się palaczami w młodszym wieku (Currie 2012, Pisinger 2012). Wskaźniki skutecznego zaprzestania palenia tytoniu są niższe wśród dorosłych znajdujących się w niekorzystnym położeniu socjoekonomicznym.

Nierówności w rozpowszechnieniu palenia tytoniu są związane z poziomem wykształcenia, płcią, zatrudnieniem, pochodzeniem etnicznym, posiadaniem własnego mieszkania/domu oraz innymi miarami dobrobytu (Schaap 2010). Więźniowie, bezdomni oraz osoby z problemami psychicznymi częściej palą papierosy (McNeill 2012). W Wielkiej Brytanii wskaźniki zgonów związanych z paleniem tytoniu są 2-3 razy większe wśród osób w najgorszej sytuacji socjoekonomicznej w porównaniu z osobami znajdującymi się w sytuacji lepszej (Marmot 2010).

W ogólnym ujęciu w krajach europejskich rozpowszechnienie palenia tytoniu jest większe wśród ludzi znajdujących się w gorszej sytuacji socjoekonomicznej. Osoby w gorszym położeniu socjoekonomicznym rozpoczynają palenie w młodszym wieku, palą więcej papierosów w ciągu doby oraz rzadziej zaprzestają palenia tytoniu w porównaniu z osobami z grup o wyższym statusie socjoekonomicznym (Schaap 2010). Palacze o niskich dochodach są silniej uzależnieni od nikotyny i często wymagają większej pomocy w rzuceniu palenia w porównaniu z osobami z grup o lepszym statusie socjoekonomicznym (Siahpush 2006).

Wśród mieszkańców krajów Europy, socjoekonomiczne nierówności w rozpowszechnieniu palenia są większe wśród młodych dorosłych w porównaniu z osobami ze starszych grup wieku.

Ważnym czynnikiem powodującym nierówności w rozpowszechnieniu używania tytoniu jest także płeć. Na całym świecie z powodu chorób odtytoniowych umiera więcej mężczyzn niż kobiet. Zjawisko to jest szczególnie wyraźne w Europie, gdzie wskaźnik umieralności z powodu chorób odtytoniowych mężczyzn w porównaniu do kobiet jest pięciokrotnie wyższy (WHO Global report 2012). Ponadto wśród kobiet, które rzuciły palenie obserwujemy mniejsze wskaźniki długotrwałej abstynencji tytoniowej niż u mężczyzn (Torchalla 2012). Kobiety są

również bardziej podatne na negatywne skutki zdrowotne związane z paleniem tytoniu (Samet 2010). W badaniu przeprowadzonym wśród kobiet w wieku 25-39 lat w 19 krajach Europy, respondenci o niższym statusie socjoekonomicznym częściej paliły papierosy kiedykolwiek w życiu w porównaniu z badanymi charakteryzującymi się lepszym statusem socjoekonomicznym. Natomiast w grupie kobiet w wieku powyżej 60 lat zaobserwowano sytuację odwrotną. Powyższe dane obrazują zmiany zachodzące w epidemii palenia tytoniu w Europie. Palenie tytoniu z biegiem lat stało się poważnym problemem wśród kobiet w gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej. W krajach takich jak Austria, Czechy, Włochy, Hiszpania i Wielka Brytania palenie tytoniu jest bardziej rozpowszechnione wśród nastoletnich dziewcząt niż chłopców. Może to być spowodowane szczególnie agresywnym marketingiem koncernów tytoniowych, który koncentruje się w szczególności na działaniach adresowanych właśnie do kobiet.

Obserwuje się znaczące różnice wśród grup etnicznych dotyczące palenia tytoniu i szkód zdrowotnych powodowanych paleniem. W wielu krajach europejskich odnotowano większą częstość palenia tytoniu wśród populacji Romów (Health and the Roma community 2009, Dobranici 2012). Szacuje się, że w Chorwacji prawie wszyscy Romowie są narażeni na bierne palenie w domach (Zaljško 2008). Emigranci w Niemczech i Szwajcarii charakteryzują się dużo większymi wskaźnikami palenia tytoniu niż populacja generalna w tych krajach (Gebhardt 2012, Schnoz 2011). Różnice etniczne wpływają również na poziom akceptacji przepisów regulujących używanie wyrobów tytoniowych - na Węgrzech Romowie dużo rzadziej popierali przepisy antytytoniowe w porównaniu z resztą populacji o zbliżonym statusie socjoekonomicznym (Paulik 2011).

Obserwuje się również znaczące różnice w ekspozycji na palenie bierne w różnych grupach społecznych. W Danii wśród dzieci rodziców z niższym wykształceniem ekspozycja na środowiskowy dym tytoniowy w domu była 11 razy częstsza w porównaniu z dziećmi, których rodzice legitymowali się wyższym wykształceniem, przyczyniając się tym samym do zwiększenia ryzyka rozpoczęcia palenia wśród dzieci z rodzin o niższym statusie (Pisinger 2012).

Istnieją istotne dowody na to, że wiele działań legislacyjnych skutecznie obniża rozpowszechnienie palenia tytoniu. Do najbardziej skutecznych działań zaliczamy: podnoszenie podatków na tytoń, ochronę ludzi przed dymem tytoniowym, ostrzeganie przed niebezpieczeństwami towarzyszącymi paleniu oraz zakazy reklamowania wyrobów tytoniowych (Global status report WHO 2011).

Aby pomóc w walce z epidemią palenia tytoniu na świecie WHO stworzyło Ramową Konwencję Ograniczenia Używania Tytoniu (FCTC) (WHO Framework Convention - WHO website 2013). Jako narzędzie pomocne przy wdrażaniu rozwiązań zawartych w FCTC został stworzony pakiet MPOWER. W skład tego narzędzia wchodzi sześć kluczowych i najskuteczniejszych strategii walki z tytoniem:

- Monitor - monitorowanie konsumpcji tytoniu i prowadzonych działań prewencyjnych,
- Protect - zapewnienie ochrony przed dymem tytoniowym,
- Offerhelp - oferowanie pomocy w rzucaniu palenia,
- Warn - ostrzeganie o niebezpieczeństwach związanych z używaniem tytoniu,
- Enforce - wprowadzenie zakazów reklamowania i promowania wyrobów tytoniowych oraz sponsorowania przez przemysł tytoniowy,
- Raise taxes - podnoszenie podatków na wyroby tytoniowe.

Poza implementowaniem wymienionych działań należy pamiętać o narzędziach, które zapewnią jednakową skuteczność przepisów dla wszystkich grup społecznych, szczególnie dla tych subpopulacji w których rozpowszechnienie palenia tytoniu jest największe. Poniżej przedstawiono metody obniżania częstości palenia tytoniu w społeczeństwie oraz sugestie działań mających na celu wyrównanie skuteczności podejmowanych akcji dla wszystkich grup społecznych.

**Tabela 4.**

Metody obniżania częstości palenia tytoniu w społeczeństwie oraz sugestie działań mających na celu wyrównanie skuteczności podejmowanych akcji dla wszystkich grup społecznych.

Strategie kontroli używania tytoniu	Wpływ na nierówności	Działania zwiększające w jednakowy sposób skuteczność podejmowanych akcji dla wszystkich grup społecznych
<b>Monitorowanie używania tytoniu i obowiązujących przepisów</b>	Udowodnione działanie zmniejszające rozpowszechnienie palenia tytoniu, ale zwiększa nierówności w rozpowszechnieniu palenia. Wpływ przepisów na poszczególne subpopulacje jest rzadko oceniany.	Ocena wpływu przepisów na grupy w różnym położeniu socjoekonomicznym. Włączenie do wszystkich badań rozpowszechnienia palenia tytoniu zmiennych społeczno-ekonomicznych.
<b>Zwiększanie cen tytoniu poprzez podnoszenie podatków</b>	Obserwuje się wzrost częstości rzucania palenia i zmniejszenie częstości rozpoczynania palenia szczególnie przez osoby młode oraz biedniejsze.	Upewnienie się, że wraz ze wzrostem cen na wyroby tytoniowe będzie zapewniony dostęp do nikotynowej terapii zastępczej oraz profesjonalnej pomocy w rzucania palenia dla osób o niskim dochodzie.
<b>Wprowadzanie stref wolnych od dymu tytoniowego</b>	Udowodnione większe poparcie, przestrzeganie oraz skuteczność w miejscach pracy osób o wyższym statusie socjoekonomicznym.	Upewnienie się, że dane przepisy będą wprowadzane również w miejscach pracy osób o niższym statusie socjoekonomicznym. Organizowanie kampanii mających na celu zwiększenie poparcia dla tych przepisów wśród osób o niższym statusie socjoekonomicznym.

<p><b>Wprowadzanie kampanii medialnych ostrzegających o szkodliwości palenia</b></p>	<p>Udowodnione lepsze działanie na ludzi o wyższym statusie socjoekonomicznym.</p>	<p>Najskuteczniej działające kampanie, również na grupy o niższym statusie socjoekonomicznym, to kampanie: telewizyjne, a nie plakatowe; zawierające przesłanie kierowane do osób w gorszej sytuacji socjoekonomicznej; intensywnie eksponowane; zawierające historie prawdziwych ludzi.</p>
<p><b>Ograniczenie sprzedaży wyrobów tytoniowych osobom nieletnim</b></p>	<p>Lepsze działanie na dziewczęta niż chłopców.</p>	<p>Ścisłe przestrzeganie prawa, szczególnie w ubogich dzielnicach</p>
<p><b>Zakaz reklamowania wyrobów tytoniowych</b></p>	<p>Nie udowodniono różnego wpływu na poszczególne subpopulacje, udowodniono natomiast, że marketing koncernów tytoniowych wybiera jako cel najbardziej podatne na te działania grupy społeczne.</p>	<p>Spójny, całkowity zakaz reklamowania wyrobów tytoniowych.</p>
<p><b>Umieszczania ostrzeżeń na wyrobach tytoniowych</b></p>	<p>Nie udowodniono różnego wpływu na poszczególne subpopulacje. Ostrzeżenia obrazkowe mają skuteczniejsze działanie na społeczeństwo.</p>	<p>Wyraźne, duże ostrzeżenia powinny być dobrane do poszczególnych grup społecznych.</p>
<p><b>Zapewnienie palaczom pomocy w rzuceniu palenia</b></p>	<p>Udowodniono, że dostęp do usług pomagających w rzuceniu palenia jest ograniczony dla osób w najbardziej niekorzystnej sytuacji socjoekonomicznej oraz, że tym osobom rzadziej udaje się rzucić palenie.</p>	<p>Zlikwidowanie barier finansowych ze szczególnym uwzględnieniem darmowej lub subsydiowanej nikotynowej terapii zastępczej.</p> <p>Zwiększenie liczby placówek udzielających profesjonalnej pomocy.</p> <p>Dopasowanie usług do specyficznych potrzeb poszczególnych grup (grupy etniczne, więźniowie, kobiety ciężarne).</p> <p>Wprowadzenie obowiązkowych szkoleń dla wszystkich pracowników POZ.</p> <p>Rozpowszechnienie używania telefonicznej pomocy w rzucaniu palenia tzw. „quitline” oraz usług SMS w celu dotarcia do młodych ludzi oraz grup w najbardziej niekorzystnej sytuacji.</p>



### 7.1.1. Rekomendowane strategie obniżenia konsumpcji tytoniu:

- Kompleksowe podejście zmniejszające nierówności w negatywnych skutkach palenia tytoniu powinno składać się z dwóch elementów: z działań które dotyczą nierówności w podstawowych uwarunkowaniach społecznych, a także z podejścia, które kompensuje nierówności w społecznych uwarunkowaniach zdrowia.
- Podnoszenie ceny wyrobów tytoniowych poprzez zwiększanie podatku jest najbardziej obiecującym działaniem prowadzącym do zredukowania społecznych nierówności w negatywnych skutkach używania tytoniu. Podnoszeniu ceny powinna towarzyszyć pomoc w rzucaniu palenia tytoniu skierowana do części społeczeństwa o niskim dochodzie.
- Inne działania antytytoniowe uznawane za wyjątkowo skuteczne wśród osób o niskim dochodzie to:
  - zakaz działań marketingowych dla koncernów tytoniowych,
  - miejsca pracy wolne od dymu tytoniowego,
  - darmowa nikotynowa terapia zastępcza,
  - konsultacje z zakresu pomocy w rzucaniu palenia.
- Korzystne efekty dla kontroli używania wyrobów tytoniowych mogłoby przynieść utworzenie grup docelowych ze względu na status socjoekonomiczny, płeć i wiek, a następnie monitorowanie postępów wśród wskazanych grup.
- Zróżnicowany dostęp do leczenia w ramach systemu opieki zdrowotnej przyczynia się do występowania nierówności w negatywnych skutkach używania tytoniu. Działania dotyczące tego problemu powinny zawierać:
  - zmniejszanie finansowych, geograficznych i kulturowych barier w dostępie do pomocy w rzucaniu palenia oraz podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej,
  - wspieranie zindywidualizowanej, darmowej pomocy w rzucaniu palenia na obszarach o niekorzystnych warunkach socjoekonomicznych.
- Konsekwencje palenia tytoniu są bardziej dotkliwe dla tych, którzy doświadczają już biedy i wykluczenia społecznego, szczególnie dotyczy to dzieci. Odpowiednia polityka socjalna wraz z uniwersalną, darmową edukacją w szkołach może zredukować występowanie tych nierówności.

## 7.2. Nierówności związane z pićem alkoholu

W Regionie Europejskim WHO obserwujemy najwyższe spożycie alkoholu oraz największe rozpowszechnienie negatywnych skutków picia alkoholu na świecie. Według ekspertów poważne konsekwencje nadmiernego spożywania alkoholu są

głównym problemem polityki zdrowotnej w Europie (WHO Framework Convention - WHO website 2013). Nadmierne spożywanie alkoholu przyczynia się do blisko 6,5% ogółu zgonów w Europie, ale obciążenie to jest zdecydowanie wyższe w poszczególnych krajach oraz w poszczególnych grupach społecznych wewnątrz krajów. Rozwijając politykę antyalkoholową zarówno na poziomie krajowym jak i lokalnym bardzo ważnym jest, aby zadbać o to, żeby nowe przepisy wpływały jednakowo na różne grupy społeczne oraz zmniejszały nierówności w zakresie nadmiernego picia alkoholu i jego skutków zdrowotnych.

Nie wszystkie kraje w Europie posiadają dane na temat spożycia alkoholu, które uwzględniałyby czynniki socjoekonomiczne inne niż wiek i płeć. Wysiłki włożone w poprawę sposobu gromadzenia i segregacji danych zwiększą zdolność do monitorowania różnic w oddziaływaniu różnych przepisów i interwencji na poszczególne grupy społeczne, a także zwiększą wiedzę na temat najlepszych praktyk w zmniejszaniu nierówności związanych ze szkodliwymi konsekwencjami spożywania alkoholu. Europa ma największe spożycie alkoholu per capita na świecie. Średnio Europejczyk spożywa 12,45 litra czystego alkoholu na rok (ponad dwa razy więcej niż średnia na świecie) (Anderson 2012). Spożycie alkoholu w Europie różni się znacznie pomiędzy poszczególnymi krajami. W Czechach i Rumunii średnie spożycie alkoholu per capita wynosi ponad 16 litrów na rok, natomiast na Malcie 8 litrów. We wschodniej Europie alkohol jest głównym czynnikiem ryzyka przyczyniającym się do ogólnej liczby zachorowań, stanowi przyczynę prawie co czwartej choroby (Lim 2012) W krajach Azji środkowej i Europy centralnej spożywanie alkoholu stanowi drugi po tytoniu czynnik ryzyka największej liczby chorób. W Europie zachodniej alkohol plasuje się na czwartym miejscu wśród najważniejszych czynników ryzyka chorób w tej części Europy.

W poszczególnych krajach Europy, szkody wywołane pićm alkoholu mocniej dotyczą niektóre grupy społeczne. Obserwuje się szeroki zakres nierówności związanych między innymi z statusem socjoekonomicznym, poziomem wykształcenia, płcią, pochodzeniem etnicznym i miejscem zamieszkania. Związek między spożywaniem alkoholu a statusem społeczno-ekonomicznym jest złożony. Omawiana zależność nie zawsze jest zgodna z trendami obserwowanymi w przypadku innych czynników ryzyka. Należy jednak zaznaczyć, że alkohol wyrządza większe szkody wśród osób o niższym statusie socjoekonomicznym. Aby zrozumieć w jaki sposób zredukować nierówności w zdrowiu powodowane alkoholem należy rozważyć różnice w: częstości upijania się, rodzaju pitego alkoholu oraz podatność i częstość ekspozycji na czynniki zwiększające i zmniejszające ryzyko spożywania alkoholu.

W większości krajów Europy nierówności w zgonach i konsekwencjach zdrowotnych powodowanych alkoholem są bardziej eksponowane niż różnice w konsumpcji alkoholu w poszczególnych grupach społecznych (Schmidt 2009). Generalnie subpopulacje o niższym poziomie socjoekonomicznym spożywają mniej

alkoholu ogółem i częściej są abstynentami. Jednak te grupy społeczne doświadczają poważniejszych szkód zdrowotnych związanych z alkoholem w porównaniu z osobami o lepszym statusie socjoekonomicznym spożywającymi taką samą ilość alkoholu. Różnice w sposobach picia alkoholu, szczególnie upijanie się, mogą mieć większy wpływ na konsekwencje zdrowotne niż ogólna ilość wypijanego alkoholu. Zaobserwowano, że osoby o niższym statusie socjoekonomicznym pijące alkohol zdecydowanie częściej upijają się (Blas 2010).

Nierówności w konsekwencjach zdrowotnych picia alkoholu powinny być analizowane na poziomie krajowym. W Wielkiej Brytanii liczba zgonów powodowanych alkoholem wzrasta wraz z obniżającym się statusem socjoekonomicznym, przyczyniając się tym samym do powstawania nierówności w zdrowiu. Różnica ta jest wyraźniejsza wśród mężczyzn (Sieler 2001). W Szwecji pracownicy fizyczni 2-3 razy częściej doświadczają szkód zdrowotnych związanych z alkoholem niż urzędnicy, chociaż poziom spożycia alkoholu w obu grupach jest podobny. W wielu krajach Europy środkowej i wschodniej nadmierne picie alkoholu jest bardziej powszechne wśród ludzi o niższym statusie socjoekonomicznym (Walters 2005). W Rosji najbiedniejsze 40% populacji pije alkohol częściej niż pozostali Rosjanie. W Austrii, Niemczech, Holandii i Szwajcarii kobiety z wyższym poziomem wykształcenia częściej nadużywają alkoholu niż kobiety z gorszym wykształceniem. Wśród mężczyzn wcześniejsze zakończenie edukacji podnosiło ryzyko nadużywania alkoholu w Czechach, Izraelu, Włoszech, Norwegii, Szwajcarii i na Węgrzech (Bloomfield 2006). Różnice w innych dziedzinach życia w sposób złożony przyczyniają się do powstawania nierówności w szkodliwych efektach picia alkoholu. Na przykład w Finlandii czynniki takie jak: dochód osobisty, poziom wykształcenia, forma zatrudnienia, dochód gospodarstwa domowego niezależnie od siebie przyczyniały się do zwiększenia wskaźników umieralności związanej z alkoholem (Makela 1999).

Czynniki ekonomiczne i poziom wykształcenia częściowo wyjaśniają powstawanie nierówności w konsekwencjach zdrowotnych wywołanych alkoholem. Jednak obserwujemy również wpływ innych czynników. We Francji dzieci rolników charakteryzują się najwyższym poziomem konsumpcji alkoholu i częstości upijania się, nawet w porównaniu z dziećmi osób bezrobotnych. Taka sytuacja wskazuje na to, że omawiane nierówności są również powodowane przez takie czynniki jak miejsce zamieszkania i kultura danej społeczności (Legleye 2013). W przeciwieństwie do opisanej sytuacji, w Finlandii upijanie się jest częstsze wśród osób zamieszkujących na obszarach miejskich w porównaniu z osobami zamieszkującymi obszary wiejskie (Helasoja 2007).

Zaobserwowano również różnice w sposobie picia alkoholu oraz typie spożywanego alkoholu wśród różnych grup etnicznych. Istnieje potrzeba przeprowadzenia dokładnej analizy w jaki sposób nierówności w konsekwencjach zdrowotnych używania alkoholu wynikające z pochodzenia etnicznego korelują z picią

i poziomem socjoekonomicznym. Na przykład w Hiszpanii kobiety pochodzenia romskiego pija alkohol rzadziej w porównaniu z populacją generalną, natomiast młodzi Romowie płci męskiej częściej piją alkohol w porównaniu z młodymi mężczyznami w populacji generalnej (Towards equity in health 2009). W Słowacji romska młodzież rzadziej deklaruje, że była pijana w porównaniu z osobami innego pochodzenia. Wspomniana sytuacja mogła być spowodowana faktem, że dzieci romskie są silnie nadzorowane przez rodziców oraz obserwuje się mniejszy wpływ oddziaływania grupy rówieśniczej (Babakova 2012). Nierówności w nadmiernym spożyciu alkoholu wynikające z poziomu edukacji (różnica w liczbie lat przeznaczonych na naukę) są dużo większe wśród emigrantów płci męskiej zamieszkujących w Szwajcarii niż u rodowitych Szwajcarów (Stringhini 2012).

### 7.2.1. Jakie działania należy podjąć w celu poprawy sytuacji?

Znane są skuteczne działania jakie należy podejmować, aby obniżyć nadmierne spożycie alkoholu. Trzy najskuteczniejsze, a zarazem najbardziej efektywne finansowo metody to: podnoszenie cen alkoholu, obniżenie dostępu do miejsc sprzedaży alkoholu oraz zakaz reklamy produktów alkoholowych (Global status report WHO 2011). Europejski plan obniżenia szkodliwych następstw używania alkoholu na lata 2012-2020 wskazuje 10 obszarów działania (European action plan, WHO 2012):

1. Wiedza o negatywnych skutkach zdrowotnych i zaangażowanie różnych środowisk w rozwiązaniu problemu,
2. Reakcja ochrony zdrowia,
3. Działania wspólnotowe,
4. Przepisy i programy uwzględniające problem prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu „drink-driving”,
5. Ograniczenia dostępności alkoholu,
6. Ograniczenia w zakresie marketingu napojów alkoholowych,
7. Regulacje cenowe,
8. Zmniejszanie negatywnych skutków picia i zatrucia alkoholem,
9. Zmniejszanie wpływu alkoholu pochodzącego z przemytu i nielegalnie produkowanego na zdrowie publiczne,
10. Badania dotyczące rozpowszechnienia konsumpcji alkoholu.

Dla każdego z wymienionych obszarów konieczne jest uwzględnienie czynników decydujących o ewentualnych nierównościach. Należy odpowiedzieć na pytania: na które grupy społeczeństwa będzie wywarły największy wpływ i które grupy skorzystają najwięcej na wprowadzanych zmianach? W jaki sposób powinny być stworzone przepisy aby korzyści z nich wynikające były równo podzielone

między społeczeństwo, ze szczególnym uwzględnieniem osób znajdujących się w największej potrzebie? Skupienie działań na redukowaniu nierówności w spożywaniu alkoholu jest bardzo ważne w przeciwdziałaniu szkodliwym konsekwencjom picia alkoholu w całej populacji. Należy pamiętać, że jeśli najwięcej osób nadużywających alkoholu jest wśród ludzi o niskim poziomie socjoekonomicznym, a podejmowane działania są najbardziej skuteczne wśród osób w dobrej sytuacji społeczno-ekonomicznej, to ogólny efekt przeciwdziałania szkodliwym następstwom picia alkoholu będzie mniejszy.

### 7.2.2. Rekomendowane strategie obniżenia konsumpcji alkoholu:

- Kompleksowe podejście do zmniejszania nierówności w szkodliwych następstwach używania alkoholu wymaga podejmowania działań, które zawierają krótko- i długoterminowe interwencje ukierunkowane na konsekwencje i przyczyny występowania wspomnianych nierówności, a także oddziaływania zarówno na jednostki jak i na całe społeczności.
- Podnoszenie cen alkoholu jest interwencją mogącą potencjalnie przynieść największe korzyści w celu zredukowania społecznych nierówności w negatywnych skutkach picia alkoholu.
- Lokalne narzędzie do ograniczenia dostępności alkoholu mogą przyczynić się do obniżenia szkodliwych następstw picia alkoholu w grupach podwyższonego ryzyka. Wspomniane narzędzia to: ograniczenie czasu sprzedaży alkoholu, ograniczenie miejsc gdzie alkohol może być sprzedawany oraz ograniczenie ilości alkoholu, który może być kupiony przez klienta. Odpowiednie rozmieszczenie infrastruktury sklepów, które mogą sprzedawać alkohol (wydawanie licencji) zapewni, że na obszarach o niekorzystnych warunkach socjoekonomicznych nie będzie powstawało więcej sklepów sprzedających napoje alkoholowe.
- Dochód, zatrudnienie i poziom wykształcenia to czynniki chroniące przed negatywnymi konsekwencjami picia alkoholu
  - odpowiednia polityka społeczna może zapewnić ochronę obywatelom przed niekorzystnym wpływem złej sytuacji ekonomicznej i bezrobocia.
- Zróżnicowany dostęp do opieki zdrowotnej przyczynia się do występowania nierówności w negatywnych skutkach używania alkoholu. Działania dotyczące tego problemu powinny zawierać:
  - zmniejszanie finansowych, geograficznych i kulturowych barier w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej i pomocy w leczeniu uzależnienia od alkoholu szczególnie dla grup w których konsekwencje zdrowotne picia alkoholu są największe.

- upewnienie się, że ludzie z grup szczególnie wrażliwych na negatywne konsekwencje używania alkoholu są zidentyfikowani oraz, że została im zaoferowana profesjonalna pomoc w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej.
- zwiększanie wsparcia społecznego i opieki po zakończeniu terapii odwykowej dla ludzi nadużywających alkoholu, ze szczególnym uwzględnieniem tych osób, które są również dotknięte innymi problemami socjoekonomicznymi
- Konsekwencje nadużywania alkoholu są bardziej dotkliwe dla tych, którzy doświadczają już wykluczenia społecznego. Narzędzia obniżające szkody wyrządzone picciem alkoholu, takie jak bezpieczne miejsca przeznaczone do wytrzeźwienia i patrole społeczne mogą zmniejszyć nierówności zdrowotne wynikające z nadużywania alkoholu.

### 7.3. Nierówności związane z występowaniem nadwagi i otyłości

Nadwaga i otyłość są odpowiedzialne za około 9-12% zgonów wśród mieszkańców krajów tzw. „starej” Unii Europejskiej oraz za około 16-20% zgonów osób zamieszkujących w 12 krajach, które wstąpiły do UE w latach 2004 i 2007. Podobnie nadwaga i otyłość odpowiedzialne są za około 10% wszystkich chorób (obciążenie mierzone wskaźnikiem DALY) w zachodniej i centralnej Europie (The global burden of diseases, 2013). Pomiędzy latami 1990 i 2010 udział nadwagi wśród przyczyn wszystkich chorób wzrósł o 39% w Europie i Azji centralnej (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013). Rozpowszechnienie otyłości w wielu krajach Europy zwiększa się. Szczególnie szybki wzrost odsetka ludzi otyłych obserwuje się wśród grup o niskim statusie socjoekonomicznym. Kraje z wysokim poziomem nierówności w dochodzie obywateli mają wysokie wskaźniki otyłości w społeczeństwie, szczególnie wśród dzieci (Robertson 2007). Istnieje silna zależność pomiędzy występowaniem otyłości a niskim statusem socjoekonomicznym, szczególnie w grupie kobiet. Co więcej otyłość wśród kobiet, zwłaszcza w okresie ciąży, jest niebezpieczna dla zdrowia ich nienarodzonych dzieci co znajduje odzwierciedlenie w zwiększaniu nierówności zdrowotnych pomiędzy pokoleniami.

Polityki i interwencje podejmowane w celu odwrócenia tego niekorzystnego trendu powinny być wielosektorowe i oddziaływać na różnych poziomach. W działania powinny być zaangażowane różne sektory: ochrona zdrowia, edukacja, rolnictwo, transport, finanse, a także sektor prywatny. Przygotowując plany przeciwdziałania otyłości na poziomie krajowym, regionalnym oraz lokalnym należy zwrócić uwagę na to, żeby podejmowane działania nie zwiększały nierówności.



Nie wszystkie kraje w Europie posiadają dane na temat rozpowszechnienia otyłości, które uwzględniałyby czynniki socjoekonomiczne inne niż wiek i płeć. Jest bardzo mało opublikowanych badań poświęconych interwencjom mającym na celu zmniejszenie rozpowszechnienia otyłości, które skupiałyby się przede wszystkim na równym oddziaływaniu na wszystkie grupy społeczne. Wiele krajów europejskich nie ma danych dotyczących wagi i wzrostu obywateli na podstawie rzeczywistych pomiarów oraz danych na temat rozpowszechnienia otyłości w społeczeństwie. Wysiłki włożone w ulepszenie pozyskiwania danych oraz ich odpowiednie usystematyzowanie pozwoli zdobyć wiedzę niezbędną do walki z nierównościami związanymi z otyłością. Czekając na powyższe dane powinno się równolegle opracowywać metod walki z nierównościami związanymi z otyłością na podstawie obecnie dostępnych informacji (WHO Obesity and inequalities 2014).

W Europie w odniesieniu do otyłości obserwuje się duże nierówności w obrębie płci, statusu socjoekonomicznego oraz pochodzenia etnicznego. W Unii Europejskiej 26% otyłości wśród mężczyzn i 50% otyłości wśród kobiet może być związane z nierównościami w poziomie wykształcenia tych osób (EUROTHINE 2007).

Okazało się, że osoby z niskim statusem socjoekonomicznym są około dwóch razy bardziej narażone na występowanie otyłości (Review of social determinants WHO 2013), co stwarza bardzo duże ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2, chorób układu krążenia oraz udarów w tej grupie osób. Wiele przypadków przedwczesnej umieralności oraz dużo utraconych lat życia w zdrowiu obserwowanych wśród osób o niskim statusie socjoekonomicznym związane jest z chorobami wynikającymi z otyłości (Robertson 2007).

W obecnych czasach, kiedy tak dużą uwagę skupia się na wydatkach publicznych, koszty otyłości dla budżetów państw są ogromne. Szacuje się, że koszty wynikające z otyłości, związane z utratą zdolności do pracy oraz dniami spędzonymi na zwolnieniu chorobowym w Wielkiej Brytanii wynoszą 20 miliardów funtów rocznie (Local Government Association 2013). Kobiety otyłe w porównaniu z kobietami o prawidłowej masie ciała są od 3 do 6 razy częściej dotknięte niepełnosprawnością ruchową (Rillamas-Sun 2014). Otyłość może także powodować negatywne skutki społeczne, takie jak dyskryminacja, wykluczenie społeczne, zmniejszenie zarobków wynikające ze zwolnień lekarskich i bezrobocia, co z kolei przyczynia się do poszerzania nierówności w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej. Choroby przewlekłe wynikające z otyłości są bardzo dużym obciążeniem finansowym dla opieki zdrowotnej i społecznej. W dobie ograniczonych środków przeznaczonych na ochronę zdrowia, zapobieganie otyłości musi zostać uznane za jeden z priorytetów zdrowia publicznego.

Poziom nierówności w rozpowszechnieniu nadwagi i otyłości jest zróżnicowany w zależności od kraju. Okazało się, że kobiety z niższym poziomem edukacji mogą być nawet pięć razy częściej otyłe niż kobiety z wyższym poziomem wykształcenia (EUROTHINE 2007). Oznacza to, że problem otyłości wśród osób

o niższym statusie socjoekonomicznym narasta szybciej i bardziej niż wśród grup społecznych o wyższym statusie socjoekonomicznym. We Francji w latach 1997-2012 wśród osób o najniższym dochodzie rozpowszechnienie otyłości zwiększało się trzy razy szybciej niż wśród osób o wysokim dochodzie. Oznacza to, że nierówności w rozpowszechnieniu otyłości pomiędzy najbiedniejszymi, wśród których problem stale narasta, a osobami o wysokim dochodzie, którzy utrzymują prawidłową masę ciała, są coraz większe.

W Europie otyłość wśród dzieci jest ściśle związane ze statusem socjoekonomicznym ich rodziców (Robertson 2007). Ponadto w krajach europejskich w których obserwuje się wyższe nierówności w dochodzie obywateli rozpowszechnienie nadwagi wśród dzieci jest większe (Robertson 2007). Matki o niższym poziomie socjoekonomicznym częściej są otyłe i rzadziej karmią swoje dzieci piersią. Dzieci, które nie są karmione w sposób naturalny, urodzone przez otyłe matki o niskim statusie socjoekonomicznym częściej mają złe nawyki żywieniowe w przyszłości oraz częściej są otyłe. Otyłość jest coraz bardziej związana z ubóstwem i może być przekazywana następnym pokoleniom.

W wielu krajach europejskich obserwuje się duże nierówności w rozpowszechnieniu otyłości wśród różnych grup etnicznych. Badanie rozpowszechnienia otyłości wśród dzieci emigrantów w Niemczech wykazało, że czynniki socjoekonomiczne i środowiskowe - w szczególności poziom wykształcenia matek oraz zbyt długie oglądanie telewizji - wyjaśniają większość różnic w rozpowszechnieniu otyłości wśród grup etnicznych (Kuepper-Nybelin 2005). W Wielkiej Brytanii populacja Azjatów ma mniejszy poziom aktywności fizycznej w porównaniu z rasą białą (Gatineau 2011), a w wielu krajach Europy populacja Romów charakteryzuje się większym rozpowszechnieniem otyłości wśród dzieci i dorosłych w porównaniu z innymi grupami etnicznymi (Robertson 2007, Babińska 2013).

Dostępne badania wskazują, że zwiększona podaż energii przyjmowanej z pokarmem, a nie zmniejszająca się aktywność fizyczna, jest główną przyczyną epidemii otyłości wśród osób o niższym statusie socjoekonomicznym. Dane dotyczące aktywności fizycznej sugerują, że chociaż jej poziom spada, to zakres zmian nie jest aż tak duży aby mógł wytłumaczyć dramatyczny wzrost rozpowszechnienia otyłości wśród grup społecznych o najniższym statusie (Swinburn 2011, Scarborough 2011). W Danii, Francji, Włoszech, Holandii, Norwegii, Szwajcarii, Szwecji i Wielkiej Brytanii od 60% do 100% przerostu masy ciała związane jest z nadmiarem spożywanej żywności, a nie z brakiem aktywności fizycznej (Bleich 2008). Co więcej w Wielkiej Brytanii w latach od 1970 do 1984 odnotowano wzrost podaży energetycznej posiłków tylko o 63 kcal na osobę na dzień, natomiast w latach od 1985 do 2002 kaloryczność posiłków statystycznego Brytyjczyka wzrosła o 190 kcal na dobę. Ten wzrost poboru energii wynika z innowacji w produkcji i dystrybucji żywności, co prowadzi do wzrostu podaży tanich,



smacznych i wysokoenergetycznych produktów, które są o wiele łatwiej dostępne, a także „agresywnie” reklamowane. Zdrowa żywność jest mniej wygodna, mniej dostępna i droższa (Drewnowski 2005). Zmiany społeczno-demograficzne, takie jak urbanizacja oraz zwiększony udział kobiet na rynku pracy przyczynia się do zmniejszenia ilości czasu przeznaczanego na przygotowanie posiłków. Analizy przeprowadzone w Wielkiej Brytanii (Roberts 2013) wskazują, że kiedy w 2007 roku ceny żywności wzrosły o 12% w ciągu 12 miesięcy, obciążały to bardziej gospodarstwa domowe o niskich dochodach - ich wydatki na żywność wzrosły o 1,6% w porównaniu ze średnim wzrostem wydatków w populacji generalnej na poziomie 0,3%. Dane sugerują również, że gospodarstwa domowe o niższym dochodzie kupują tańsze odpowiedniki różnych produktów żywnościowych. Inne badanie wykazało, że wiele rodzin z więcej niż jednym dzieckiem oraz rodzice samotnie wychowujący dzieci często zastępują świeże warzywa i owoce tańszą, przetworzoną żywnością o wysokiej kaloryczności i dużej zawartości tłuszczów nasyconych i cukru (Griffith 2013). Wysokoenergetyczna żywność o niskiej wartości odżywczej jest tańsza od pokarmów o wysokiej wartości odżywczej takich jak owoce i warzywa, a stosunkowo biedne rodziny z dziećmi przede wszystkim kupują jedzenie, aby zaspokoić głód (Robertson 2007).

Poznano również różnice w poziomie aktywności fizycznej uwarunkowane poziomem socjoekonomicznym, płcią oraz pochodzeniem etnicznym badanych. Zaobserwowano zależność, że osoby o niższym statusie socjoekonomicznym częściej prowadzą siedzący tryb życia (Global action plan WHO 2013). W większości krajów europejskich poziom aktywności fizycznej zaczyna się znacząco zmniejszać wśród młodzieży w wieku 11-15 lat (Currie 2012), zwłaszcza wśród dziewcząt. Chłopcy w tym wieku są istotnie bardziej aktywni fizycznie co wskazuje na to, że poziom aktywności fizycznej jest zależny od płci. Aktywności opierające się na współzawodnictwie i umiejętnościach przyciągają chłopców, natomiast dziewczęta skupiają się na zdrowiu i dobrej kondycji. Powyższe wzorce zachowań obserwowane są również w życiu dorosłym. Okazuje się również, że poziom aktywności fizycznej obniża się wraz z pojawieniem się nadwagi i otyłości, a nie odwrotnie (Golubic 2013, Levine 2008). Nawet krótkotrwałe przybranie na wadze wpływa na znaczącą redukcję aktywności fizycznej. Kiedy wraz ze wzrostem wagi zmniejsza się aktywność fizyczna pojawia się błędne koło ludzi otyłych - osoby otyłe stają się coraz mniej aktywne fizycznie, a tym samym bardziej przybierają na wadze. Aktywność fizyczna jest bardzo ważna zarówno dla utrzymania prawidłowej masy ciała, a także dobrego ogólnego stanu zdrowia. Dlatego bardzo ważne jest aby przygotowywać, odpowiednio dobrane do zróżnicowanych potrzeb społecznych, interwencje zwiększające poziom aktywności fizycznej obywateli.

### 7.3.1. Jakie działania należy podjąć w celu poprawy sytuacji?

Udowodniono, że istnieje wiele działań, które mogą skutecznie przeciwdziałać otyłości w społeczeństwie (Robertson 2007, Gortmaker 2011).

- Promowanie prawidłowej masy ciała przed, podczas oraz po ciąży.
- Promowanie karmienia naturalnego, co najmniej do 6 miesiąca życia dziecka oraz prawidłowego wprowadzania do diety dziecka szerokiej gamy produktów w tym warzyw w celu rozwinięcia smaku dziecka.
- Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej poprzez kompleksową politykę kierowaną do dzieci w wieku przedszkolnym oraz szkolnym ze szczególnym uwzględnieniem dzieci z rodzin o niskim statusie socjoekonomicznym oraz interwencji skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej wśród dziewcząt.
- Ograniczenie działań marketingowych mających na celu zwiększenie sprzedaży produktów spożywczych o wysokiej zawartości tłuszczu, cukru i soli oraz słodzonych napojów kierowanych głównie do dzieci.
- Obniżenie zawartości tłuszczu w pokarmie poprzez wyeliminowanie tłuszczu trans z przetworzonej żywności.
- Uregulowanie oznakowania produktów spożywczych w celu dostarczenia wiedzy konsumentom na temat ich składu.
- Wprowadzenie dofinansowania do zdrowej żywności oraz zwiększenie podatków na żywność niezdrową.
- Oferowanie porad dietetycznych i zachęcanie do zwiększenia aktywności fizycznej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
- Promowanie aktywności fizycznej w miejscach pracy, oraz zachęcanie do aktywnego przemieszczania się, głównie pieszo oraz na rowerze.

Nie do końca poznane są jeszcze efekty powyższych działań na zapobieganie otyłości wśród grup o niskim statusie socjoekonomicznym. W celu zwiększenia skuteczności działań należy odpowiedzieć na następujące pytania:

- Wśród których grup rozpowszechnienie otyłości jest największe?
- Które grupy skorzystają najczęściej na poszczególnych strategiach?
- W jaki sposób powinny być przygotowane strategie działania, aby grupy z największymi potrzebami skorzystały najczęściej?

Problem występowania otyłości jest bardziej powszechny wśród osób o gorszym statusie socjoekonomicznym. Jeśli przygotowywane programy interwencyjne będą skuteczniej oddziaływały na grupy o lepszym statusie socjoekonomicznym, to efekt takich działań będzie mniejszy w skali całej populacji oraz będzie przyczyniał się do zwiększenia nierówności w zdrowiu związanych z otyłością.

### 7.3.2. Rekomendowane strategie obniżenia rozpowszechnienia występowania otyłości:

- Większość ludzi o niskim dochodzie w Europie wie jak powinna wyglądać zdrowa dieta. Priorytetowym działaniem powinno być zwiększanie dostępności i praktyczności zdrowej żywności.
- Interwencje przeciwdziałające otyłości skierowane do całej populacji są bardziej efektywne niż działania skierowane do wybranych grup społecznych.
- Uniwersalne interwencje mające na celu poprawę nawyków żywieniowych oraz zachęcenie do aktywności fizycznej są ważne, ale grupy o gorszym statusie socjoekonomicznym wymagają podjęcia dodatkowych działań aby w pełni skorzystać z takich interwencji. Proponowane działania to:
  - interwencje powinny być adresowane do poczucia własnej wartości, braku zdolności i potrzeb kobiet o niskim statusie socjoekonomicznym
  - programy, które pomogą dzieciom polubić smak warzyw i zapewnią darmowe posiłki oraz warzywa i owoce w szkołach
- Osoby o niskim dochodzie są bardziej wrażliwe na cenę niż osoby o wysokim dochodzie. Opodatkowanie pożywienia o dużej zawartości tłuszczu, cukru oraz soli, a także zwolnienie z podatku warzyw i owoców może przyczynić się do zredukowania nierówności w zakresie występowania otyłości.
- Interwencje ograniczające działania marketingowe mające na celu zwiększenie sprzedaży produktów spożywczych o wysokiej zawartości tłuszczu, cukru i soli oraz słodzonych napojów kierowane głównie do dzieci. Takie strategie mogą obniżyć poziom nierówności, gdyż na działania marketingowe są szczególnie wrażliwe dzieci ze środowisk o niskim statusie socjoekonomicznym.
- Działania mające na celu poprawę składu przetworzonej żywności (np. zmniejszenie zawartości tłuszczu, cukru i soli) mogą obniżyć poziom nierówności pod warunkiem, że zmodyfikowane produkty będą kosztowały tyle samo lub mniej niż ich niezdrowe odpowiedniki.
- Kupowanie niezdrowej żywności przez osoby o niskim dochodzie może okazać się czynnikiem, który będzie można najłatwiej modyfikować. Należy podjąć działania w celu:
  - zwiększenie poziomu pomocy finansowej ze strony opieki społecznej w celu pokrycia kosztów zakupu zdrowej żywności
  - wsparcia zakupu zdrowej żywności poprzez wprowadzenie talonów na warzywa i owoce
  - zredukowania dostępności i zakazu reklamowania niezdrowej żywności w szkołach i na obszarach o niekorzystnych warunkach socjoekonomicznych

- promowania lokalnych dostaw warzyw i owoców poprzez inicjatywy, w których będą aktywnie uczestniczyć osoby z grup o niskim statusie socjoekonomicznym
- Ciąża i wczesne dzieciństwo są szczególnym okresem, w którym należy podejmować działania mające na celu zmniejszenie nierówności związanych z występowaniem otyłości. Priorytetowe strategie powinny zawierać:
  - płatne urlopy macierzyńskie w celu wspierania karmienia naturalnego,
  - zwiększenie dostępu do opieki prenatalnej dla młodych kobiet o niskim statusie socjoekonomicznym z uwzględnieniem ich poglądów i potrzeb,
  - wspieranie prawidłowego karmienia piersią oraz karmienia uzupełniającego przystosowanego do specyficznych potrzeb otyłych matek o niskim statusie socjoekonomicznym, w tym nastolatek i ich rodzin,
  - zapewnienie bezpłatnych oraz subsydiowanych posiłków (w tym śniadań), a także owoców i warzyw w szkołach i przedszkolach.
- Różnice w dostępie do leczenia w ramach systemu opieki zdrowotnej zwiększa nierówności związane z występowaniem otyłości. Przeciwdziałanie temu zjawisku powinno zawierać:
  - oferowanie kompleksowego wsparcia zdrowotnego i społecznego poprzez podstawową opiekę zdrowotną, opiekę nad zdrowiem matki i dziecka, pomoc społeczną z uwzględnieniem potrzeb i poglądów osób do których adresowane są działania
  - zaangażowanie grup o niskim statusie socjoekonomicznym w przygotowywanie, dostarczanie i ocenianie strategii pomocy.
- Wymagane są nowe działania w celu wyeliminowania różnicy w poziomie aktywności fizycznej wśród kobiet i mężczyzn. Należy zwrócić uwagę na:
  - zwiększenie udziału dziewcząt w aktywności fizycznej w szkole,
  - zwiększenie bezpieczeństwa miejsc przeznaczonych do uprawiania aktywności fizycznej,
  - współpracę z dziewczętami i kobietami o niskim statusie socjoekonomicznym w celu usuwania barier dla ich aktywności fizycznej.
- Potrzebny jest plan działań zawierający krótko- i długoterminowe interwencje ukierunkowane na konsekwencje i przyczyny występowania nierówności, a także wpływający zarówno na jednostki jak i na całe społeczności.
- Powinien być rozwinięty system monitorowania i oceny (rzeczywiste pomiary masy ciała i wzrostu, a nie deklaracje badanych) w celu poznania: rozpowszechnienia otyłości w grupach o różnym statusie socjoekonomicznym, społecznych uwarunkowań otyłości oraz efektów realizowanej polityki.

## 7.4. Podsumowanie

Nierówności w negatywnych konsekwencjach związanych z paleniem tytoniu i piciem alkoholu mogą wynikać z różnorodnych czynników. Wymienić tutaj należy szeroko ujęte czynniki społeczno-ekonomiczne, różne ekspozycje, różną wrażliwość, różne doświadczenia z systemem opieki zdrowotnej oraz różne konsekwencje zdrowotne wynikające z używania alkoholu i wyrobów tytoniowych. Dla grup społecznych znajdujących się w najgorszej sytuacji socjoekonomicznej do wystąpienia nierówności przyczyniają się wszystkie wyżej wymienione czynniki. Na przykład biedne, społecznie wyizolowane grupy ludzi częściej są ekspozowane na sytuacje stresowe oraz mają większe problemy z radzeniem sobie w takiej sytuacji; żyją w zatłoczonym mieszkaniu z innymi palaczami oraz osobami nadużywającymi alkoholu; mają gorszy dostęp do profesjonalnej pomocy przy rzucaniu uzależnienia; doświadczają negatywnych skutków braków w budżecie domowym wynikających z palenia tytoniu i picia alkoholu; częściej dotknięci są różnymi problemami zdrowotnymi co czyni palenie tytoniu oraz nadmierne picie alkoholu jeszcze bardziej niebezpiecznym.

Zgodnie z wytycznymi WHO kompleksowe podejście zmniejszające nierówności w negatywnych skutkach palenia tytoniu i nadużywania alkoholu powinno składać się z dwóch elementów: z działań które dotyczą nierówności w podstawowych uwarunkowaniach społecznych, a także z podejścia, które kompensuje nierówności w społecznych uwarunkowaniach zdrowia (WHO Tobacco and inequalities 2014).

Ważne jest, aby pamiętać, że wiele działań mających na celu wyrównywanie nierówności wynikających z palenia tytoniu i picia alkoholu zapewnia dodatkowe korzyści oraz wyrównuje inne nierówności zdrowotne i społeczne. Na przykład podnoszenie cen wyrobów tytoniowych i alkoholowych nie tylko prowadzi do zaprzestania palenia tytoniu i picia alkoholu, ale może przyczyniać się również do zwiększenia puli pieniędzy w budżecie przeznaczanych na edukację, ochronę zdrowia oraz jedzenie. Zredukowanie czynników stresowych poprzez poprawienie warunków pracy i zdobycie umiejętności radzenia sobie ze stresem nie tylko wpływa korzystnie na ograniczenie palenia, ale może poprawić stan zdrowia psychicznego, zredukować ilość wypijanego alkoholu oraz zmniejszyć częstość występowania przemocy. Zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej owocuje nie tylko większą możliwością skorzystania z profesjonalnej pomocy przy zerwaniu z nałogiem, ale również daje szerszy dostęp do różnych badań i procedur leczniczych (WHO Tobacco and inequalities 2014).

Nierówności zdrowotne związane z otyłością są bardzo wyraźne między grupami o różnym statusie socjoekonomicznym. Jak się okazuje ogromne znaczenie dla wstępowania nadwagi i otyłości ma podaż energii przyjmowanej wraz

z posiłkami. Nie bez znaczenia pozostaje również brak aktywności fizycznej, który staje się coraz bardziej powszechny wśród społeczeństwa. Jedną z głównych przyczyn występowania nadwagi i otyłości w grupach o niskim statusie socjoekonomicznym jest wysoki udział żywności o niskiej wartości odżywczej w diecie tych osób. Mały dochód jest przyczyną zakupu towarów tanich, które charakteryzują się nie tylko niską wartością odżywczą, ale również wysoką zawartością tłuszczu, cukru oraz soli. Interwencje, które będą eliminowały barierę finansową w nabywaniu zdrowej żywności mogą istotnie przyczynić się do obniżenia nierówności związanych z występowaniem otyłości w społeczeństwie. Należy również pamiętać, że edukacja zdrowotna i kształtowanie nawyków żywieniowych powinno być prowadzone od najmłodszych lat. Programy skierowane do dzieci, które kształtują w nich potrzebę jedzenia warzyw i owoców od najmłodszych lat, a także uczą jak spędzać wolny czas w sposób aktywny istotnie przyczyniają się do obniżenia częstości występowania nadwagi i otyłości nie tylko w okresie młodzieńczym, ale również w późniejszym życiu dorosłym.

#### Tabela 5.

Przykłady skutecznych programów obniżających rozpowszechnienie palenia tytoniu i zmniejszających nierówności w konsumpcji wyrobów tytoniowych  
 NTZ - nikotynowa terapia zastępcza  
 Quitline - linia telefoniczna oferująca profesjonalną pomoc przy rzuceniu palenia

Program/ Interwencja	Grupa objęta interwencją	Opis interwencji	Efekty
Poradnictwo prowadzone przez farmaceutów i NTZ (Bauld 2006)	Klienci aptek z obszarów o najbardziej niekorzystnej sytuacji ekonomicznej w Glasgow w Szkocji	Wsparcie, poradnictwo ze strony pracowników aptek oraz tygodniowa NTZ. Program prowadzony przez 12 tygodni	60% klientów uważało, że program skutecznie trafia do potrzebujących palaczy.
Porady lekarzy pierwszego kontaktu (Copeland 2005)	120 palaczy z najbardziej niebezpiecznych obszarów w Edynburgu.	Porady od lekarza POZ oraz subsydiowana NTZ	20 ze 101 palaczy zaprzestało palenia, 46 ograniczyło liczbę wypalanych papierosów.
Program dla palaczy QUITPLAN's (An 2006)	Osoby dzwoniące na „quitline” (2 grupy: 380 osób przed włączeniem NTZ i 373 osoby po włączeniu darmowej NTZ dla dzwoniących)	Osobom dzwoniącym na „quitline” w ramach programu QUITPLAN's, który zawierał dodatkowo 4 porady telefoniczne zaoferowano darmową NTZ	Okazało się, że jedynym czynnikiem zwiększającym częstość rzucania palenia tytoniu przez dzwoniących było korzystanie z NTZ. 7-dniowa abstynencja przed wprowadzeniem darmowej NTZ wśród dzwoniących wynosiła 10,8%, po wprowadzeniu 21,7%. 30-dniowa abstynencja odpowiednio 10% i 18,2%.

Program dla czeladników MassBUILT (Barbeau 2006)	337 praktykantów (czeladników) ślusarzy w Bostonie	Program trwał 4 miesiące i składał się z: modułu edukacyjnego na temat szkodliwości palenia, ośmiu tygodniowych sesji dla grup wsparcia rzucania palenia, darmowej NTZ dla uczestników, posterów z informacjami na temat rzucania palenia, artykułów na temat rzucania palenia w biuletynie związkowym.	Rozpowszechnienie palenia na poziomie 41%. Zaobserwowano statystycznie znaczącą różnicę w chęci rzucenia palenia w ciągu 30 dni i 6 miesięcy od zakończenia programu. Uczestniczący w programie 3 razy częściej deklarowali chęć rzucenia palenia w porównaniu z osobami nie uczestniczącymi w programie.
Darmowa NTZ (Bauer 2006)	Dorośli mieszkańcy NY	W prasie umieszczono informację, że dzwoniąc na „quitline” można otrzymać talon na darmową NTZ.	Częstość zgłoszeń na „quitline” zwiększyła się z 6 telefonów dziennie (2 tygodnie przed pojawieniem się informacji w prasie) do 148 telefonów na dzień (4 tygodnie po wprowadzeniu programu). 2461 osób dostało darmowe talony na NTZ.
Program prowadzony przez farmaceutów (Doescher 2002)	32 palacze o niskich dochodach w USA, którzy dostali ubezpieczenie w ramach programu rządowej pomocy Medicaid	Darmowa NTZ w formie plastrów i gum oraz poradnictwo w ramach programu rzucania palenia prowadzone przez czterech wyszkolonych farmaceutów. Pierwsza sesja 30 minut i kolejne po 15 min co dwa tygodnie przez 10 tygodni.	Palacze byli zadowoleni z prowadzonej interwencji oraz deklarowali skuteczność otrzymanej pomocy. Farmaceuci również wyrażali chęć dalszej współpracy.
Program dla kobiet przebywających w więzieniu (Cropsey 2008)	250 kobiet przebywających w więzieniu zostało objętych interwencją.	10 tygodniowy program (1 sesja w tygodniu) zawierający klasyczną edukację na temat szkodliwości palenia, dodatkowo trening radzenia sobie z symptomami odstawienia niko-tyny oraz darmowa NTZ	Kobiety były zainteresowane uczestnictwem w programie. Kobiety objęte interwencją skutecznie rzuciły palenie. Około 12% wszystkich uczestników programu pozostało abstynentami po 12 miesiącach od interwencji.
Program rzucania palenia dla więźniów (Hartwig 2008)	Osoby przebywające w więzieniach w Anglii	Indywidualne konsultacje z osobami objętymi interwencją oraz darmowa NTZ finansowana przez poszczególne więzienia.	Średni wskaźnik rzucania palenia po 4 tygodniach od interwencji wynosił 41%



Kampania medialna EX (Vallone 2011)	Kampania kierowana do pracowników fizycznych oraz osób z niższym wykształceniem, mieszkańców USA. Badanie przeprowadzono wśród 5616 palaczy, a następnie badanie follow-up po 6 miesiącach wśród 4067 osób.	Kampania medialna (TV, radio, Internet) ukierunkowana na zachęcanie do rzucenia palenia. Skupiająca się na uczeniu palaczy życia bez papierosa oraz zidentyfikowania czynników zachęcających do palenia np. picie kawy.	Okazało się, że kampania jest skutecznym narzędziem zachęcającym do rzucenia palenia tytoniu szczególnie wśród osób w gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej np. osoby z niższym wykształceniem.
Kampanie telewizyjne najlepiej oddziaływające na osoby w gorszej sytuacji socjoekonomicznej (Durkin 2011)	Analizie poddano wszystkie 33719 połączeń z „quitline” w Australii w okresie 2 lat.	Skuteczność kampanii mierzono liczbą telefonów na „quitline”. Porównano kampanie telewizyjne wg kategorii uwzględniających przekaz bardziej lub mniej emocjonalny oraz na kampanie przedstawiające prawdziwe historie osób dotkniętych chorobami odytoniowymi.	Okazało się, że kampanie najskuteczniej wpływające na palaczy o gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej to kampanie zawierające silny przekaz emocjonalny oraz przedstawiające prawdziwe historie ludzi.
Zakaz palenia tytoniu (Murphy 2010)	Osoby palące o niskim dochodzie	Wkradzenie przepisów zakazujących palenia tytoniu w miejscach publicznych.	Wskaźnik skutecznego rzucenia palenia po 3 latach od wprowadzenia przepisów wynosił 14%
Wzrost podatku na tytoń (Rombouts 2013)	Mieszkańcy Ukrainy	Wprowadzenie przepisów podnoszących ceny wyrobów tytoniowych począwszy od 2008 roku (wzrost podatku).	Spadek rozpowszechnienia palenia tytoniu o 13%.



Tabela 6.

Przykłady skutecznych programów obniżających spożycie alkoholu i zmniejszających nierówności w konsumpcji wyrobów alkoholowych

Program/ Interwencja	Grupa objęta interwencją	Opis interwencji	Efekty
Program antyalkoholowy dla uczniów szkół średnich STARS (Werch 2003)	650 uczniów szóstych klas szkół średnich z obszarów o złej sytuacji ekonomicznej w USA	Dwuletni program interwencji antyalkoholowej składał się z następujących elementów: w pierwszym roku uczniowie uczęszczali na indywidualne konsultacje z pielęgniarką na temat szkodliwości alkoholu oraz na temat sposobów unikania alkoholu przez dzieci, a także otrzymywali informacje w formie pisemnej adresowane do rodziców w jaki sposób mówić dzieciom o tym, że powinny unikać alkoholu. W drugim roku programu zostały ponownie przeprowadzone konsultacje z pielęgniarką oraz uczniowie uczestniczyli w czterech lekcjach usprawniających komunikację dziecko-rodzic w zakresie prewencji i wiedzy w omawianym zakresie.  Program minimalnej interwencji w którym uczniowie otrzymywali materiały zawierające informacje na temat szkodliwości picia alkoholu, radzenia sobie w sytuacjach kiedy ktoś namawia do picia alkoholu, alternatyw dla picia alkoholu.	Okazało się, że obie interwencje skutecznie zmniejszyły ryzyko picia alkoholu przez uczniów w rok po zakończeniu programów (badanie follow-up)
Program ograniczenia picia alkoholu na wsi (Siriwardhana 2013)	Mieszkańcy wsi, 155 osób objętych interwencją.	Program edukacyjny mający na celu wyeksponowanie negatywnych skutków picia alkoholu oraz korzyści wynikających z ograniczenia spożycia alkoholu. Interwencja zawierała następujące elementy: przedstawienia uliczne, kampanie plakatowe, ulotki. Dodatkowo były wykonywane testy laboratoryjne w celu wyselekcjonowania osób pijących ryzykownie. Te osoby były objęte dodatkową, krótką interwencją prowadzoną przez lekarza.	Program spotkał się z dużą akceptacją społeczną oraz przyczynił się do zmniejszenia spożycia alkoholu wśród osób objętych interwencją, które utrzymało się przez okres 2 lat.
Zwiększenie cen alkoholu (Meng 2013)	Mieszkańcy Anglii	Zostały wprowadzone przepisy, które ustaliły minimalną cenę alkoholu.	Zmniejszył się poziom spożycia alkoholu w całej populacji. Największy spadek konsumpcji zaobserwowano w populacji osób nadużywających alkoholu o niskim statusie socjoekonomicznym (-7,5%).

Zwiększenie podatku na alkohol (Wagenaar 2009)	112 badań przeprowadzonych w różnych krajach	Wprowadzanie przepisów zwiększających ceny alkoholu	Zwiększenie cen alkoholu przyczyniło się do zmniejszenia konsumpcji. Szacuje się, że zwiększenie ceny alkoholu o 10% może zmniejszyć spożycie alkoholu w populacji o 5%.
Zmniejszenie dostępności alkoholu (Gray 2000)	Mieszkańcy Tennant Creek - miasta w Australii. Mieszkańcy miasta charakteryzowali się bardzo wysokim poziomem spożycia alkoholu.	Na terenie miejscowości wprowadzono przepisy ograniczające dostępność alkoholu m.in. zakaz sprzedaży wina w pojemnikach o pojemności powyżej 2 litrów, zakaz sprzedaży alkoholu w czwartki, zakaz otwierania barów przed południem w czwartki i piątki.	2 lata po zastrzeniu przepisów konsumpcja alkoholu zmniejszyła się o ok. 20%. Odnotowano również mniej interwencji policji oraz mniejszą liczbę przyjęć do szpitali związanych ze szkodami związanymi z nadmiernym spożyciem alkoholu szczególnie w czwartki.
Internetowy program obniżenia konsumpcji alkoholu (Riper 2008)	Osoby nadużywające alkoholu	Program internetowy trwający 6 tygodni. Program uczył jak radzić sobie w kryzysowych sytuacjach, jakie kroki należy podjąć aby ograniczyć picie alkoholu, jakie są następstwa nadużywania alkoholu. Program uczył również samokontroli i wspierał uczestników w realizacji ich postanowień.	Badanie przeprowadzone po 6 miesiącach od interwencji wykazało, że ponad 17% uczestników ograniczyła ilość wypijanego alkoholu do bezpiecznego poziomu rekomendowanego przez specjalistów.
Kampania medialna (Perkins 2010)	Kampania medialna kierowana do młodych mieszkańców Montany	Kampania medialna o wysokiej intensywności mająca na celu pokazania prawdziwych następstw kierowania samochodem pod wpływem alkoholu.	Kampania przyczyniła się do zmniejszenia liczby młodych kierowców wsiadających do samochodu pod wpływem alkoholu.

Tabela 7.

Przykłady skutecznych programów przeciwdziałających otyłości i zmniejszających nierówności w rozpowszechnieniu nadwagi i otyłości

Program/ Interwencja	Grupa objęta interwencją	Opis interwencji	Efekty
Program dlauczniów MURA (Buzeti 2008)	Mieszkańcy regionu Pomurje w Słowenii	Programy edukacyjne w szkole, promowanie lokalnych warzyw i owoców w społeczeństwie, wspieranie produkcji ekologicznej żywności, promowanie aktywności fizycznej	Zaobserwowano polepszenie nawyków żywieniowych badanych: zwiększenie spożycia oliwy z oliwek, zmniejszenie spożycia słodzonych napojów, zmniejszenie spożycia tłuszczów zwierzęcych i smażonych potraw.
Romsas in Motion (Jenum 2009)	Mieszkańcy dzielnic o niskim statusie socjoekonomicznym w Oslo	Program promowania aktywności fizycznej dla osób o niskim statusie socjoekonomicznym z niskim poziomem aktywności ruchowej. Wprowadzono programy edukacyjne w tym konsultacje indywidualne, stworzono grupy promujące różne rodzaje aktywności fizycznej np. taniec, spacerowanie itp.	Zaobserwowano wyraźny wzrost poziomu aktywności fizycznej oraz zmniejszenie masy ciała wśród osób objętych programem.
Podatek na niezdrowe produkty spożywcze (Landon 2012)	Mieszkańcy Węgier	Wprowadzenie podatku na produkty uznane za niezdrowe takie jak: słodzone napoje gazowane, słone przekąski, napoje energetyczne, słodycze, gotowe przyprawy (sosy itp.), smaki alkohole, dżemy	Zaobserwowano spadek konsumpcji opodatkowanych produktów.
Program Zdrowy Start (Ford 2009)	Kobiety ciężarne i wychowujące małe dzieci w Wielkiej Brytanii	Program rządowy polegający na dofinansowaniu (talony) do zakupu mleka oraz świeżych i mrożonych warzyw i owoców.	Kobiety objęte interwencją częściej spożywały warzywa i owoce oraz przyjmowały wraz z dietą odpowiednią ilość wapnia, żelaza oraz folianów.
Program Zdrowego Żywienia Food Dudes (Lowe 2009)	Szkolny program skierowany do uczniów w wieku 4-11 lat w Wielkiej Brytanii i Irlandii	Program zachęcający dzieci do regularnego jedzenia warzyw i owoców. Za każdym razem gdy dzieci jadły warzywa i owoce były nagradzane drobnymi upominkami.	Program okazał się skuteczny wśród dzieci bez względu na status socjoekonomiczny. Najlepsze efekty zaobserwowano wśród uczniów o najniższym poziomie spożycia warzyw i owoców przed rozpoczęciem programu.
Program Zero Otyłości (Rito 2013)	Uczniowie z nadwagą w wieku 6-10 lat z rodzin o niskim statusie socjoekonomicznym w Portugalii	Program obejmował zajęcia edukacyjne dla dzieci i ich rodzin w obszarze zdrowego odżywiania oraz aktywności fizycznej. Rozprowadzono również warsztaty zdrowego gotowania.	Po 6 miesiącach od interwencji zaobserwowano spadek masy ciała u dzieci oraz zmniejszenie spożycia niezdrowych produktów, takich jak słone przekąski i słodzone napoje. Zwiększył się również poziom aktywności fizycznej wśród dzieci.

Program dla dzieci Go4Fun (Welsby 2014)	Szkolny program skierowany do dzieci z nadwagą i otyłością w wieku 7-13 lat oraz do ich rodziców.	20 sesji (2 w tygodniu) w których uczestniczyli uczniowie wraz z rodzicami. Podczas sesji uczestnicy zdobywali wiedzę i wskazówki na temat zdrowego odżywiania, przygotowywania potraw i oznaczeń na produktach spożywczych oraz byli zachęceni do zwiększenia aktywności fizycznej. Dodatkowo na sesjach poświęconych aktywności fizycznej dzieci miały organizowane zajęcia ruchowe.	Program był bardzo dobrze odbierany przez dzieci i rodziców. Uczestnicy deklarowali zdobycie bardzo użytecznej wiedzy na temat zdrowego odżywiania i aktywności ruchowej. Deklarowali również poprawę własnych zachowań zdrowotnych.
Liderzy Aktywności Fizycznej program dla chłopców (Lubans 2011)	Szkolny program kierowany do chłopców o niskiej aktywności fizycznej z obszarów o niskim statusie socjoekonomicznym	Program obejmował zajęcia sportowe w szkole, seminaria, aktywność fizyczną w czasie lunchu, książkowe materiały edukacyjne na temat zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej. Uczestnicy otrzymywali również krokomiery w celu monitorowania poziomu swojej aktywności fizycznej.	Po 6 miesiącach od programu wśród uczestników zaobserwowano spadek masy ciała oraz obniżenie spożycia słodzonych napojów.
Szkolny program APPLE Schools (Vander Ploeg 2014)	Szkolny program kierowany do uczniów w wieku 10-11 lat z obszarów o niskim statusie socjoekonomicznym	Szkoły objęte programem realizowały szereg zajęć zwiększających aktywność fizyczną uczniów np.: yoga, taniec, spacer. Szkoły organizowały również zajęcia w czasie wolnym. Organizowano również spotkania dla dzieci i rodziców w celu promowania aktywności fizycznej.	Program okazał się skuteczny. Dzięki podejmowanym działaniom udało się zwiększyć poziom aktywności fizycznej dzieci z obszarów o niskim statusie socjoekonomicznym do poziomu jaki reprezentowały dzieci w lepszej sytuacji społeczno-ekonomicznej.
Program dla rolników Farming Fit (Brumby 2013)	Rolnicy z nadwagą i otyłością	Program trwał 6 miesięcy. Każdy z uczestników otrzymał zindywidualizowany zestaw ćwiczeń oraz był regularnie instruowany i zachęcany do aktywności fizycznej przez telefon.	Program okazał się skuteczny. Zaobserwowano istotny spadek masy ciała i obwodu pasa wśród objętych interwencją.
The Weight Wise Program (Samuel-Hodge 2009)	Kobiety o niskim statusie socjoekonomicznym	Program składał się z 16 sesji organizowanych w różnych porach dnia w celu umożliwienia uczestnictwa wszystkim kobietom. W trakcie sesji uczestniczki zdobywały wiedzę na temat aktywności fizycznej, prawidłowego odżywiania, radzenia sobie w trudnych sytuacjach związanych ze zmianą nawyków, demonstrowane były ćwiczenia. Uczestniczki miały również możliwość wymiany spostrzeżeń i własnych doświadczeń. Każda uczestniczka została poinformowana w jaki sposób wyliczyć własny dzienny wydatek energetyczny.	Program przyczynił się do zmniejszenia masy ciała kobiet objętych interwencją.

## PIŚMIENNICTWO

1. Anderson P, Moller L, Galea G, editors. Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
2. An LC, Schillo BA, Kavanaugh AM et al. Increased reach and effectiveness of a statewide tobacco quit line after the addition of access to free nicotine replacement therapy. *Tob Control* 2006;15(4):286-93.
3. The ASPECT Consortium. Tobacco or health in the European Union. Past, present and future. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2004.
4. Babinska I, Veselska ZD, Bobakova D, Pella D, Panico S, Reijneveld SA et al. Is the cardiovascular risk profile of people living in Roma settlements worse in comparison with the majority population in Slovakia? *Int J Public Health* 2013 Jun;58(3):417-425.
5. Barbeau EM, Li Y, Calderon P et al. Results of a union-based smoking cessation intervention for apprentice iron workers (United States). *Cancer Causes Control* 2006;17(1): 53-61.
6. Bauer JE, Carlin-Menter SM, Celestino PB et al. Giving away free nicotine medications and a cigarette substitute (Better Quit) to promote calls to a quitline. *J Public Health Manag Pract* 2006;12(1):60-7.
7. Bauld L, Ferguson J, Lawson L et al. Tackling Smoking in Glasgow: Final Report. Glasgow: Glasgow Centre for Population Health, 2006.
8. Blas E, Kurup A, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010.
9. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol Alcohol Suppl.* 2006 Nov;41(1):i26-36.
10. Bobakova D, Kolarcik P, Geckova AM, Klein D, Reijneveld SA, van Dijk JP. Does the influence of peers and parents on adolescents' drunkenness differ between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia? *Ethn Health* 2012 Oct;17(5):531-541.
11. Bleich S, Cutler D, Murray C, Adams A. Why is the developed world obese? *Annu Rev Public Health* 2008;29:273-295.
12. Brumby S, Chandrasekara A, Kremer P, Torres S, Mc Coombe S, Lewandowski P. The effect of physical activity on psychological distress, cortisol and obesity: results of the farming fit intervention program. *BMC Public Health.* 2013 Oct 28;13:1018. doi: 10.1186/1471-2458-13-1018  
Buzeti T, Maučec Zakotnik J. Investment for health and development in Slovenia: programme MURA. Murska Sobota: Centre for Health and Development Murska Sobota; 2008.
13. Copeland L, Robertson R, Elton R. What happens when GPs proactively prescribe NRT patches in a disadvantaged community. *Scott Med J* 2005;50(2):64-8.
14. Cropsey K, Eldridge G, Weaver M, Villalobos G, Stitzer M, Best A. Smoking cessation intervention for female prisoners: addressing an urgent public health need. *Am J Public Health.* 2008 Oct;98(10):1894-901.
15. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2012.
16. Dobranici M, Buzea A, Popescu R. The cardiovascular risk factors of the Roma (gypsies) people in central-eastern Europe: a review of the published literature. *J Med Life* 2012 Dec 15;5(4): 382-389.
17. Doescher MP, Whinston MA, Goo A et al. Pilot study of enhanced tobacco-cessation services coverage for low-income smokers. *Nicotine Tob Res* 2002;4(Suppl. 1):S19-24.
18. Drewnowski A, Darmon N. Food choices and diet costs: an economic analysis. *J Nutr.* 2005 Apr;135(4):900-904.

19. Durkin S, Wakefield M, Spittal M. Which types of televised anti-tobacco ads prompt more quit line calls from disadvantaged groups? *Health Educ Res* 2011;26:998e1009.
20. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
21. EUROTHINE. Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach. EUROTHINE final report. Rotterdam: Erasmus University Medical Centre; 2007.
22. Ford FA, Mouratidou T, Wademan SE, Fraser RB. Effect of the introduction of 'Healthy start' on dietary behaviour during and after pregnancy: early results from the 'before and after' Sheffield study. *Br J Nutr*. 2009 Jun;101(12):1828-1836.
23. Gatineau M, Mathrani S. Obesity and ethnicity. Oxford: National Obesity Observatory; 2011.
24. Gebhardt R, Cassens S, Liecke F, Rohde G, Gün AK, Brücker R et al. Smoke-free by ramadan: experience with a low-threshold prevention offer on smoking cessation for persons with migration background. *MMW Fortschr Med*. 2012 Jun 28;154 Suppl.2: 33-40.
25. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
26. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
27. Golubic R, Ekelund U, Wijndaele K, Luben R, Khaw K-T, Wareham NJ et al. Rate of weight gain predicts change in physical activity levels: a longitudinal analysis of the EPIC-Norfolk cohort. *Int J Obes (Lond)*. 2013 Mar;37(3):404-409.
28. Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet* 2011 Aug 27;378(9793): 838-847.
29. Gray D, Siggers S, Atkinson D, Sputore B, Bourbon D. Beating the grog: an evaluation of the Tennant Creek liquor licensing restrictions. *Aust N Z J Public Health*. 2000 Feb;24(1):39-44.
30. Griffith R, O'Connell M, Smith K. Food expenditure and nutritional quality over the Great-Recession. IFS Briefing Note BN143. London: Institute for Fiscal Studies; 2013.
31. The global burden of disease: generating evidence, guiding policy - European Union and European Free Trade Association regional edition. Seattle (WA): Institute for HealthMetrics and Evaluation; 2013.
32. Hartwig C, Stöver H, Weilandt C. Report on tobacco smoking in prison. Brussels: European Commission Directorate-General for Health and Consumers; 2008.
33. Health and the Roma community, analysis of the situation in Europe. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain. Madrid: Fundación Secretariado Gitano; 2009.
34. Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, Petkeviciene J, Pudule I, Tekkel M. The sociodemographic patterning of drinking and binge drinking in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland, 1994-2002. *BMC Public Health* 2007;7:241.
35. Hemmingsson T, Lundberg I, Diderichsen F, Allebeck P. Explanations of social class differences in alcoholism among young men. *Soc Sci Med*. 1998 Nov;47(10):1399-1405.
36. Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, World Bank. The global burden of disease: generating evidence, guiding policy - Europe and central Asia regional edition. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2013.
37. Jenum AK, Lorentzen CAN, Ommundsen Y. Targeting physical activity in a low socioeconomic-status population: observations from the Norwegian 'Roms in Motion' study. *Br J Sports Med*. 2009 Jan;43(1):64-69.
38. Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez AD. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *Lancet* 2006 Jul 29;368(9533):367-370.
39. Kaleta D, Zdrojewski T, Miśkiewicz P. Counteracting social risk factors resulting in inequalities in health in Poland, with special emphasis on noncommunicable diseases and lifestyle [w:] WHO Social inequalities in health in Poland. World Health Organization, Copenhagen 2012.

40. Kuepper-Nybelen J, Lamerz A, Bruning N, Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B, Brenner H. Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. *Arch Dis Child*. 2005 Apr;90(4): 359-363.
41. Landon J, Graff H. What is the role of health-related food duties? A report of a National Heart Forum meeting held 29th June 2012. London: National Heart Forum; 2012.
42. Legleye S, Janssen E, Spilka S, Le Nézet O, Chau N, Beck F. Opposite social gradient for alcohol use and misuse among French adolescents. *Int J Drug Policy* 2013 Jul;24(4): 359-366.
43. Levine JA, McCrady SK, Lanningham-Foster LM, Kane PH, Foster RC, Manohar CU. The role of free-living daily walking in human weight gain and obesity. *Diabetes* 2008 Mar;57(3):548-554.
44. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012 Dec 15;380(9859):2224-2260.
45. Local Government Association, Public Health England. Social care and obesity. A discussion paper. London: Local Government Association; 2013.
46. Lowe F, Horne P. Food dudes: increasing children's fruit and vegetable consumption. *Cases* 2009;(3):161-185.
47. D.R. Lubans, P.J. Morgan, E. Aguiar, et al. Randomized controlled trial of the Physical Activity Leaders (PALs) program for low-active adolescent boys from disadvantaged secondary schools *Prev Med*, 52 (2011), pp. 239-246.
48. Mäkelä P. Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction* 1999 Jun; 94(6):867-886.
49. Marmot M. Fair society healthy lives (The Marmot Review) [website]. London: University College London Institute of Health Equity; 2010 (<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>).
50. McNeill A, Amos A, McEwen A, Ferguson J, Croghan E. Developing the evidence base for addressing inequalities and smoking in the United Kingdom. *Addiction* 2012 Dec;107 Suppl.2:1-7.
51. Meng Y, Brennan A, Holmes J, Hill-McManus D, Angus C, Purshouse R et al. Modelled income group-specific impacts of alcohol minimum unit pricing in England 2014/15: policy appraisals using new developments to the Sheffield Alcohol Policy Model (v2.5). Sheffield: SCHARR, University of Sheffield; 2013.
52. Murphy J.M, De Moreno S L, Cummings K M, Hyland A, Mahoney M C, Changes in cigarette smoking, purchase patterns, and cessation-related behaviors among low-income smokers in New York state from 2002 to 2005, *Journal of Public Health Management and Practice*, vol. 16, no.4, pp. 277-284, 2010.
53. Paulik E, Nagymajtényi L, Easterling D, Rogers T. Smoking behaviour and attitudes of Hungarian Roma and non-Roma population towards tobacco control policies. *Int J Public Health* 2011 Oct;56(5):485-491.
54. Perkins HW, Linkenbach JW, Lewis MA, Neighbors C. Effectiveness of social norms media marketing in reducing drinking and driving: A statewide campaign. *Addict Behav*. 2010 Oct;35(10): 866-74. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.05.004. Epub 2010 Jun 2.
55. Pisinger C, Hammer-Helmich L, Andreasen AH, Jørgensen T, Glümer C. Social disparities in children's exposure to second hand smoke at home: a repeated cross-sectional survey. *Environ Health* 2012;11:65.
56. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2013.
57. Rillamas-Sun E, Lacroix AZ, Waring ME, Kroenke CH, Lamonte MJ, Vitolins MZ et al. Obesity and late-age survival without major disease or disability in older women. *JAMA Intern Med*. 2014 Jan;174(1):98-106.
58. Riper H, Kramer J, Smit F, Conijn B, Schippers G, Cuijpers P. Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*. 2008 Feb;103(2):218-27. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02063.x.



59. Rito AI, Carvalho MA, Ramos C, Breda J. Program obesity zero (POZ) - a community-based intervention to address overweight primary-school children from five Portuguese municipalities. *Public Health Nutr.* 2013 Jun;16(6):1043-1051.
60. Roberts K, Cavill N, Hancock C, Rutter H. *Social and economic inequalities in diet and physical activity.* London: Public Health England; 2013.
61. Robertson A, Lobstein T, Knai C. *Obesity and socio-economic groups in Europe: evidence review and implications for action.* Brussels: European Commission; 2007.
62. Rombouts T, Mantingh F, Galea G, editors. *Resource package on fiscal policy.* Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2013.
63. Samet J, Yoon S-Y, editors. *Gender, women, and the tobacco epidemic.* Geneva: World Health Organization; 2010.
64. Samuel-Hodge CD, Johnston LF, Gizlice Z, Garcia BA, Lindsley SC, Bramble KP, Hardy TE, Ammerman AS, Poindexter PA, Will JC, Keyserling TC. Randomized trial of a behavioral weight loss intervention for low-income women: the Weight Wise Program. *Obesity (Silver Spring).* 2009 Oct;17(10):1891-9. doi: 10.1038/oby.2009.128. Epub 2009 Apr 30.
65. Scarborough P, Burg MR, Foster C, Swinburn B, Sacks G, Rayner M et al. Increased energy intake entirely accounts for increase in body weight in women but not in men in the UK between 1986 and 2000. *Br J Nutr.* 2011 May;105(9):1399-1404.
66. Schaap M. *Socioeconomic inequalities in smoking in Europe.* Rotterdam: Optima Grafische Communicatie; 2010.
67. Schmidt LA, Mäkelä P, Rehm J, Room R. Alcohol and social determinants of health. In: Blas E, Sivasankara Kurup A, editors. *Priority public health conditions: from learning to action on social determinants of health.* Geneva: World Health Organization; 2009.
68. Siegler V, Al-Hamad A, Johnson B, Wells C, Sheron N. Social inequalities in alcohol-related adult mortality by National Statistics Socio-economic Classification, England and Wales, 2001-03. *Health Stat Q.* 2011;Summer(50):1-36.
69. Siriwardhana P, Dawson AH, Abeyasinge R. Acceptability and effect of a community-based alcohol education program in rural Sri Lanka. *Alcohol Alcohol.* 2013 Mar-Apr; 48(2):250-6
70. Schnoz D, Schaub M, Schwappach DL, Salis Gross C. Developing a smoking cessation program for Turkish-speaking migrants in Switzerland: novel findings and promising effects. *Nicotine Tob Res.* 2011 Feb;13(2):127-134.
71. Siahpush M, McNeill A, Borland R, Fong GT. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006 Jun;15 Suppl.3:iii71-75.
72. Stringhini S, Spencer B, Marques-Vidal P, Waeber G, Vollenweider P, Paccaud F et al. Age and gender differences in the social patterning of cardiovascular risk factors in Switzerland: the CoLaus Study. *PLoS One* 2012 Nov 13;7(11).
73. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011 Aug27;378(9793):804-814.
74. Torchalla I, Okoli CTC, Bottorff JL, Qu A, Poole N, Greaves L. Smoking cessation programs targeted to women: a systematic review. *Women Health* 2012 Feb 9;52(1):32-54.
75. *Towards equity in health: comparative study of national health surveys in Roma population and general population in Spain, 2006.* Madrid: Spanish Ministry of Health and Social Policy; 2009.
76. Vallone DM, Niederdeppe J, Richardson AK, Patwardhan P, Niaura R, Cullen J. A national mass media smoking cessation campaign: effects by race/ethnicity and education. *Am J Health Promot.* 2011 May-Jun;25(5 Suppl):S38-50. doi: 10.4278/ajhp.100617-QUAN-201.
77. Vander Ploeg KA, Maximova K, Mc Gavock J, Davis W, Veugelers P. Do school-based physical activity interventions increase or reduce inequalities in health? *Soc Sci Med.* 2014 Jul;112: 80-7. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.04.032. Epub 2014 Apr 29.

78. Walters S, Suhrcke M. Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature. Working paper 2005/1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
79. Wagenaar A. C., Salois M. J., Komro K. A. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking a meta-analysis of 1003 estimates in 112 studies. *Addiction* 2009; 104: 179-90.
80. Welsby D, Nguyen B, O'Hara BJ, Innes-Hughes C, Bauman A, Hardy LL. Process evaluation of an up-scaled community based child obesity treatment program: NSW Go4Fun®. *BMC Public Health*. 2014 Feb 10;14:140. doi: 10.1186/1471-2458-14-140.
81. Werch CE, Owen DM, Carlson JM, DiClemente CC, Edgemon P, Moore M. One-year follow-up results of the STARS for Families alcohol prevention program. *Health Educ Res*. 2003 Feb;18(1): 74-87.
82. WHO Tobacco and inequalities. Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. World Health Organization 2014.
83. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012.
84. WHO Framework Convention on Tobacco Control [website]. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/fctc/en/>).
85. WHO Alcohol and inequalities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. World Health Organization 2014.
86. WHO Obesity and inequalities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity. World Health Organization 2014.
87. Zeljko H, Skari -Juri T, Narancic NS, Salihovi MP, Klari IM, Barbali M et al. Traditional CVD risk factors and socio-economic deprivation in Roma minority population of Croatia. *CollAntropol*. 2008 Sep;32(3):667-676.

**PROPOZYCJE WYBRANYCH PROGRAMÓW  
Z ZAKRESU PROMOCJI ZDROWIA  
I PROFILAKTYKI CHOROÓB PRZEWLEKŁYCH  
- UKIERUNKOWANYCH NA WYRÓWNANIE  
NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH W ZDROWIU  
- REKOMENDOWANYCH DO WDROŻENIA  
W POLSKICH POWIATACH I GMINACH**

**8.1. Doświadczenia norweskie w redukowaniu nierówności społecznych w zdrowiu - przykłady z okręgu Møre i Romsdal**

Wojciech Drygas, Magdalena Kwaśniewska

**8.1.1. Sukcesy Norwegii w dziedzinie zdrowia publicznego**

Norwegia należy od wielu lat do grona krajów szczególnie aktywnych w realizacji programów zdrowia publicznego oraz zainteresowanych niwelowaniem nierówności społecznych w zdrowiu. Norweska ustawa o zdrowiu publicznym należy do najbardziej cenionych w Europie, zaś wymiernym efektem skuteczności Norwegii w dziedzinie zdrowia publicznego są obiektywne wskaźniki zdrowotne, plasujące ten kraj w ścisłej europejskiej i światowej czołówce.

Średnia długość życia mężczyzn w Norwegii (aktualnie ponad 79 lat) jest o ok. sześć lat dłuższa niż w Polsce (w przypadku kobiet różnica jest znacznie mniejsza i wynosi ok. 2,5 roku). Znacznie korzystniejsze są także inne wskaźniki zdrowotne: odsetek dorosłych Norwegów oceniających swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry wynosi ok. 76% (w Polsce 58%), zaś jedynie 8% Norwegów ocenia swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły (w Polsce 14%). Norwegia

należy także do grona krajów o najniższym wskaźniku umieralności niemowląt (2,3/1000), podczas gdy w Polsce wskaźnik ten jest prawie dwukrotnie wyższy (4,5/1000). Podobnie, korzystne są prognozy zdrowotne dla najstarszych mieszkańców Norwegii; wg najnowszego raportu OECD Norwegowie którzy ukończyli 65 rok życia mają przed sobą średnio 15 lat w zdrowiu, podczas gdy ich Polscy rówieśnicy jedynie ok. 7-8 lat. Oczywiście, jednym z powodów tych różnic jest większa dostępność opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w Norwegii (w Norwegii na 1000 mieszkańców przypada aż 4 lekarzy, podczas gdy w Polsce jedynie 2,2) i znacznie większe nakłady na ochronę zdrowia. W tej klasyfikacji Norwegia należy do ścisłej światowej czołówki: z wydatkami > 6.500 USD na jednego mieszkańca zdecydowanie wyprzedza Polskę (1677 USD na jednego mieszkańca i miejsce pod koniec trzeciej dziesiątki wśród krajów OECD). Ale Norwegowie są także liderami w promocji zdrowia i profilaktyce chorób przewlekłych, należą do najszczuplejszych i najbardziej aktywnych fizycznie mieszkańców Europy, spożywają znacznie mniej alkoholu niż Polacy i wydają znacznie mniej (w ujęciu odsetkowym) środków finansowych na leki.

Nic dziwnego, że Norwegowie są wysoko klasyfikowani w kategorii liczby zgonów możliwych do uniknięcia (tzw. „preventable deaths”) i zajmują bardzo dobrą trzecią pozycję w Europie pod względem obiektywnych wskaźników zadowolenia społeczeństwa/pacjentów z poziomu ochrony zdrowia (Euro Consumer Index). Niestety w tej klasyfikacji Polska ustępuje większości krajów Unii Europejskiej, także najbliższym sąsiadom z południa i północy Europy.

Dodajmy, że Norwegowie są szczególnie zainteresowani problematyką wyrównywania nierówności społecznych w zdrowiu i przeznaczają znaczące środki finansowe na programy zdrowia publicznego. Dlatego doświadczenia norweskie, szczególnie zaś te w zakresie praktycznej realizacji programów zdrowia publicznego w skali poszczególnych prowincji (odpowiedników polskich powiatów) mogą być dla nas nie tylko interesujące, ale także inspirujące.

W ramach realizacji Projektu PL 13 strona norweska wydelegowała do współpracy z partnerami polskimi, wysokiej klasy eksperta - Sveina Neerlanda, pełniącego od ponad 10 lat obowiązki kierownika departamentu ds. programów zdrowia publicznego i aktywności fizycznej w prowincji Møre i Romsdal. Møre i Romsdal jest prowincją o powierzchni ok. 15 tys. km<sup>2</sup> zamieszkałą przez niespełna 250 tysięcy mieszkańców. Prowincja dzieli się na gminy (w powiecie Molde jest 17 gmin miejskich), które posiadają znaczną autonomię działania, także w dziedzinie zdrowia publicznego.

Okręg Møre i Romsdal, położony w części północno-zachodniej Norwegii, słynie z malowniczych fiordów i pięknych widoków, zaś stolica okręgu Molde (ok. 25 tys. mieszkańców) nazywana jest często miastem róż. Molde może pochwycić się nie tylko posiadaniem wyższej uczelni ale także... bardzo dobrej

drużyny piłkarskiej. Drużyna FK Molde zdobyła trzykrotnie mistrzostwo Norwegii i występowała z pewnymi sukcesami w międzynarodowych rozgrywkach piłkarskich. Aż trudno uwierzyć, że drużyna piłkarska FK Molde, reprezentująca tak niewielką społeczność miasta, potrafiła w przeszłości zwyciężać takie potęgi piłkarskie jak Olympiakos, CSKA Moskwa, VfB Stuttgart, Celtic, Seville czy Fernbahce. Polskich kibiców piłkarskich zapewne zainteresuje informacja, że w rozgrywkach Ligi Mistrzów w 2013/2014 niewielki klub z miasteczka Molde dwukrotnie zremisował z Legią Warszawa.

Na naszą prośbę Svein Neerland wraz z grupą współpracowników przygotował bardzo wartościowe opracowanie pt.: „Public Health Work at the Municipal and County Level. A collection of examples from Norway with a particular focus on Møre and Romsdal county” Opracowanie przedstawia rozmaite aspekty polityki zdrowotnej na szczeblu centralnym i lokalnym ze szczególnym naciskiem na przedstawienie programów zdrowotnych ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia społeczności lokalnej oraz niwelowanie nierówności społecznych w zdrowiu.

Wielką zaletą tego opracowania jest zwięzłość i skoncentrowanie się na bardzo praktycznych aspektach działania. Svein Neerland odwołuje się do piśmiennictwa naukowego i dobrych praktyk z innych krajów skandynawskich lecz większość przykładów dotyczy lokalnej społeczności powiatu Møre i Romsdal. Na naszą prośbę Svein przedstawił wszystkie programy według schematu uwzględniającego miejsce, czas realizacji, metody działania, organizację i koszt realizacji programów oraz ewaluację ich skuteczności.

Opracowanie naszego norweskiego kolegi zostało przetłumaczone w całości na język polski i będzie stanowić wartościowe i pomocne narzędzie dla realizacji programów polityki zdrowotnej w polskich powiatach i gminach.

W ramach niniejszego rozdziału chcemy zwrócić jedynie na najważniejsze aspekty tego interesującego materiału, a zarazem zachęcić Czytelników do sięgnięcia po oryginalne opracowanie Sveina Neerlanda (liczące zaledwie ok. 40 stron ilustrowanych wieloma rycinami i atrakcyjnymi fotografiami).

### 8.1.2. Partnerstwo dla Zdrowia

Svein Neerland w części wstępnej opracowania podkreśla stanowczo, że działania w dziedzinie zdrowia publicznego muszą przynosić trwały i mierzalny efekt. Doświadczenia norweskie wskazują, że programy o krótkim czasie działania, centralnie sterowane, nie przynoszą zamierzonych efektów zdrowotnych. Dlatego w działaniach na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców konieczna jest długofalowa perspektywa, partnerstwo i współpraca różnych sektorów, organizacji i instytucji, dobra koordynacja działań, zapewnienie profesjonalnego poziomu podejmowanych działań i oczywiście ... odpowiednich środków finansowych.

Stąd w działaniach norweskich powiatów obowiązuje przygotowanie regionalnych planów działania w zakresie zdrowia publicznego na okres 4 lat. Od 2010 roku w Norwegii zdecydowano, że władze powiatowe muszą ustalić strategię planowania w ciągu pierwszego roku po każdych wyborach lokalnych. Plan ma przedstawić metody możliwej współpracy władz powiatowych i miejskich w zakresie poprawy zdrowia publicznego. Powiaty w całym kraju albo posiadają oddzielny plan dla zdrowia publicznego albo też integrują zdrowie publiczne z innymi zadaniami planowania.

Svein Neerland opisuje precyzyjnie proces budowania Partnerstwa dla Zdrowia na poziomie lokalnym oraz metody oceny potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności. Interesujący dla polskich czytelników jest także z pewnością wzór umowy o partnerstwie w dziedzinie zdrowia publicznego jakie rada powiatu i burmistrz zawierają z władzami poszczególnych gmin/ okręgów miejskich. Umowa precyzuje m.in. zakres obowiązków samorządu powiatowego i obowiązków okresów miejskich wchodzących w skład powiatu.

### 8.1.3. Centra Zdrowego Życia, Program DelTa, Program PATROL

W dalszej części opracowania przedstawiono zasady działania Centrów Zdrowego Życia (jest ich w całej Norwegii 210), które koncentrują się przede wszystkim na kursach dotyczących aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania oraz rzucania palenia tytoniu. Niektóre z nich oferują także dostęp do psychologa oraz grup wzajemnego wsparcia. Przykładowo, w okręgu miejskim Modum liczącym 13.000 mieszkańców, roczny budżet Centrów Zdrowego życia wynosi 2,4 mln NOK (to jest około 1,2 mln PLN). Zazwyczaj Centra Zdrowego życia zatrudniają osoby zajmujące się ich prowadzeniem w wymiarze  $\frac{3}{4}$  etatu. Dotychczasowe doświadczenia wskazują na duże zainteresowanie mieszkańców udziałem w oferowanych kursach i innych formach pomocy.

Wśród innych programów zdrowia publicznego dostępnych w Norwegii autorzy opracowania przedstawiają Program DelTa, interdyscyplinarnej współpracy w celu zapobiegania różnym uzależnieniom (od narkotyków, alkoholu, tytoniu, itp.) adresowany zarówno do osób dorosłych, jak i dzieci i młodzieży.

Wśród programów adresowanych do najmłodszych mieszkańców Norwegii, warto wymienić Program PATROL, którego celem jest zwiększenie codziennej aktywności fizycznej dzieci w szkołach podstawowych. W realizacji Programu PATROL uczestniczą nauczyciele, jednak najważniejsze zadania wykonują i nadzorują specjalnie przeszkoleni uczniowie. Uczniowie ci oferują swoim rówieśnikom różnego rodzaju atrakcyjne zabawy ruchowe w czasie przerw i po zakończeniu obowiązkowych zajęć w szkole. Szkoły mają możliwość zakupu po niewysokich cenach sprzętu do owych zabaw.

#### 8.1.4. Promocja powszechnej Aktywności Fizycznej: Program Stik UT! i Morotur

W Norwegii tradycyjnie bardzo duże znaczenie przywiązuje się do regularnej, korzystnej dla zdrowia aktywności fizycznej. Programy te adresowane są do wszystkich grup społeczeństwa: dzieci, młodzieży, osób dorosłych i najstarszych mieszkańców. Projekt Stikk UT! który spotkał się z bardzo dużym zainteresowaniem społeczności lokalnej, zachęca do pieszych wędrówek, przede wszystkim w najbliższych lub nieco dalszych okolicach z dobrymi ścieżkami lub szlakami turystycznymi. Wędrówki te są klasyfikowane według stopnia trudności na cztery kategorie i oznaczane podobnie jak trasy narciarskie kolorem zielonym, niebieskim, czerwonym lub czarnym. W każdym okręgu jest koordynator tego Programu odpowiedzialny za właściwy wybór, opis tras, oznakowanie itp. Wiele tras jest dostępnych także dla osób niepełnosprawnych (np. korzystających z wózków) lub dla rodziców z wózkami dziecięcymi. Przygotowywane i drukowane są specjalne mapy z trasami wędrówek, jest strona internetowa ze wszystkimi stosownymi informacjami oraz specjalna aplikacja na telefony komórkowe ułatwiająca wędrówki. Uczestnicy Programu Stikk UT! zachęceni są do rejestracji swojego udziału w wycieczkach, wszyscy którzy ukończą przynajmniej 6 wycieczek biorą udział w losowaniu nagród. Organizatorzy Programu systematycznie monitorują jego realizację i stwierdzają na podstawie trzech lat obserwacji, że przyczynił się do większej systematycznej aktywności fizycznej kobiet i mężczyzn, szczególnie osób w wieku średnim i starszym. Największą popularnością cieszą się trasy najłatwiejsze, co świadczy o tym, że program aktywizuje także osoby starsze, o niskiej wydolności fizycznej, do tej pory mało aktywne ruchowo.

Bardzo dobrym uzupełnieniem ww. Programu jest Program Morotur, zachęcający mieszkańców powiatu do większej aktywności turystycznej i informujący o możliwościach wyjazdów plenerowych oraz atrakcjach turystycznych w okolicy. Program istniejący od 2008 roku adresowany jest do mieszkańców wszystkich okręgów miejskich w całym powiecie, a także turystów z innych okręgów czy krajów. Celem podstawowym jest popularyzacja rekreacji na świeżym powietrzu i zwiększenie atrakcyjności turystycznej regionu. Założono specjalną stronę internetową, która przedstawia szczegółowy opis rozmaitych tras turystycznych m.in. długość trasy, rodzaj nawierzchni, lokalne atrakcje, a także informacje o dostępności trasy dla wózków inwalidzkich czy wózków dziecięcych. Program wzbudził wielkie zainteresowanie: do tej pory opisano aż 1250 wycieczek i atrakcji przyrodniczych w okręgu Møre i Romsdal! Wszystkie informacje umieszczane na stronie internetowej są weryfikowane przez doradcę ds. rekreacji na świeżym powietrzu przy Samorządzie Powiatowym, aby uniknąć nieporozumień i dezinformacji. W 2014 roku strona morotur.no miała ponad 220.000 unikatowych wejść, zaś ponad 15.000 osób pobrało aplikację mobilną.



Program Morotur służy nie tylko promocji aktywności fizycznej wśród mieszkańców regionu ale przyczynia się także do rozwoju lokalnego przemysłu turystycznego i ... buduje poczucie dumy mieszkańców całego regionu.

Przedstawione powyżej przykłady działań z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki i leczenia uzależnień realizowane na terenie niewielkiej lokalnej społeczności w odległym zakątku Norwegii, stanowią bardzo interesujący wzór dla polskich samorządowców, placówek pomocy społecznej, personelu medycznego czy organizacji pozarządowych. Z doświadczeń norweskich wynika że umiejętna, konsekwentna praca, opierająca się na wykorzystaniu lokalnych inicjatyw, zasobów ludzkich i współpracy z mieszkańcami może w niedługim czasie przynieść bardzo korzystne rezultaty.

Podstawowymi warunkami są niezmiennie: umiejętność tworzenia lokalnej koalicji/partnerstwa współpracującego na rzecz ochrony zdrowia obywateli, właściwa diagnoza potrzeb zdrowotnych, wieloletnia perspektywa działania, skoncentrowanie wysiłku na niewielkiej liczbie najbardziej istotnych priorytetów i co oczywiste... posiadanie niezbędnych zasobów finansowych i dobrze wyszkolonego personelu, który może zaoferować lokalnej społeczności nie tylko kompetencje zawodowe, ale także... entuzjazm.

## PIŚMIENNICTWO

1. Dahl E., Bergsli H, van der Wel KA: Review of social inequalities in Health In Norway. Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Oslo 2014.
2. Neerland S: Działania w zakresie zdrowia publicznego na poziomie miejskim i powiatowym. Zbiór przykładów z Norwegii, ze szczególnym uwzględnieniem powiatów Møre i Romsdal. Warszawa 2017.
3. Wojtyniak B, Goryński P: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania NIZP-PZH, Warszawa 2016. ISBN 978-83-89379-49-8.

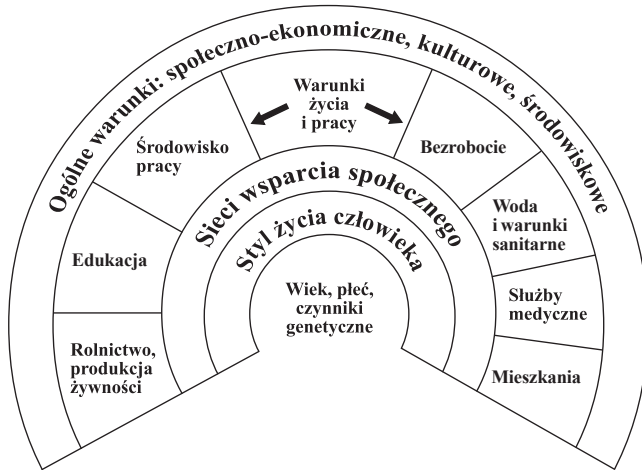
## 8.2. Doświadczenia brytyjskie w redukowaniu nierówności społecznych w zdrowiu

Magdalena Kwaśniewska, Wojciech Drygas

Spośród wielu przykładów praktycznych rozwiązań ukierunkowanych na redukcję nierówności w zdrowiu szczególną uwagę zwracają doświadczenia brytyjskie. Warto zapoznać się w tym kontekście z opracowaniami prof. Chrisa Bentleya, wybitnego eksperta w dziedzinie zdrowia publicznego w Wielkiej Brytanii. Profesor Bentley niemal od początku swojej kariery zawodowej angażował się w działalność skoncentrowaną na rozpoznawanie, definiowanie i niwelowanie nierówności w zdrowiu. Jeszcze w latach 80. ubiegłego stulecia współtworzył programy zdrowotne dla uchodźców w Somalii (w ramach Fundacji „Save the Children”, w strukturach UNICEF), pod koniec swojej misji na stanowisku Doradcy Rządu Somalii ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Po powrocie do Wielkiej Brytanii obejmował funkcje kierownicze w różnych sektorach m.in. Dyrektora sektora Zdrowia Publicznego w Sheffield i South Yorkshire. W ślad za pierwszymi sukcesami w zakresie redukcji nierówności w zdrowiu w społecznościach lokalnych, Prof. Bentley od 2006 roku przewodniczył pracom Narodowego Zespołu Wspierania działań na rzecz Nierówności w Zdrowiu (Heath Inequalities National Support Team, HINST), angażując się w diagnozę sytuacji i opracowanie praktycznych rozwiązań dla najuboższych regionów Anglii, charakteryzujących się najgorszymi wskaźnikami zdrowotnymi. W ostatnich latach pracował jako doradca wielu jednostek decyzyjnych, m. in. Działu Rozwoju Zdrowia Publicznego i Zespołu Zdrowia Publicznego przy Departamencie Zdrowia.

Doświadczenia brytyjskie w podejściu do zagadnienia nierówności w zdrowiu są bardzo złożone i zmieniały się w czasie wraz z różnymi priorytetami kolejnych rządów Wielkiej Brytanii.

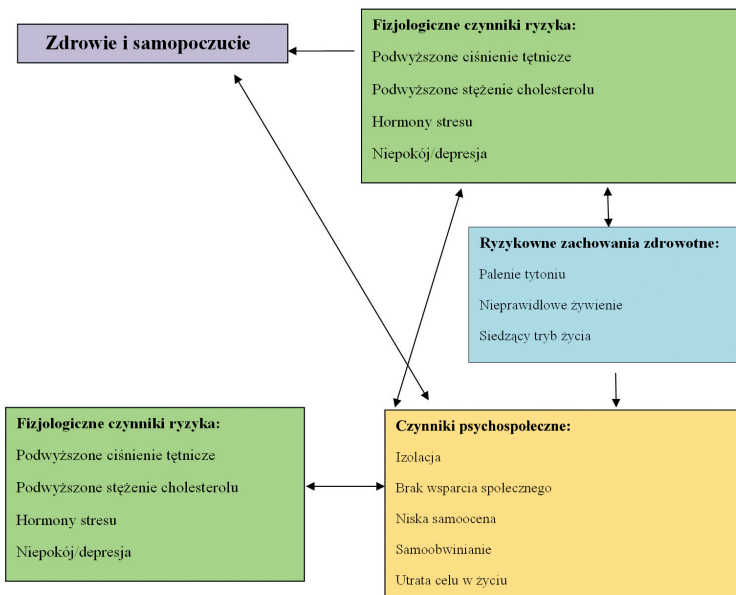
Kiedy na początku obecnego stulecia opracowano pierwsze narodowe cele i strategię w zakresie walki z nierównościami w zdrowiu, najczęściej wykorzystywano model determinantów zdrowia wg Dahlgren i Whitehead (1991), nazywany często tęczowym (Rycina 6).



Rycina 6.

Uwarunkowania zdrowia wg Dahlgren i Whitehead, 1991

Powyższy wszechstronny i niezwykle złożony model uwzględnia zależności powstałe na różnych poziomach - od jednostki po polityki krajowe. Chociaż nadal wykorzystywany jako punkt odniesienia do tworzenia projektów zdrowotnych, zdaniem prof. Bentleya w praktyce w działaniach lokalnych znacznie większe szanse powodzenia ma model opracowany przez Ronalda Labonte z Kanady (Rycina 7).



Rycina 7.

Model uwarunkowań zdrowia wg Ronalda Labonte

Takie podejście zaadoptował w swoich pracach HINST, zwracając uwagę, że czynniki opisujące „uwarunkowania ryzyka” (m. in. ubóstwo, niski status socjoekonomiczny, itp.) oraz czynniki psychospołeczne (jak np. izolacja społeczna, brak wsparcia społecznego, niska samoocena, itp.) powinny być priorytetem działań, ponieważ stanowią one uwarunkowania pierwotne stanu zdrowia i decydują o całym dalszym przebiegu „ścieżki zdrowia”. Oczywiście ostateczny sukces działań wymaga interwencji na wszystkich poziomach, a więc błędem byłoby pominięcie czynników fizjologicznych (poziom cholesterolu, wysokość ciśnienia tętniczego krwi, itp.) czy zachowań zdrowotnych (palenie tytoniu, niski poziom aktywności fizycznej). Prof. Bentley podkreśla, że działania populacyjne na rzecz niwelowania nierówności w zdrowiu muszą uwzględniać wszystkie wymienione poziomy interwencji.

Ponadto, ponieważ wiele planów zdrowotnych jest wdrażanych w oparciu o drobne projekty, o ograniczonym budżecie i na krótki czas realizacji, eksperci HINST opracowali zestaw elementów niezbędnych do osiągnięcia skutecznej zmiany na poziomie populacyjnym. Do najważniejszych cech takich interwencji należą:

- **Oparte na dowodach**- koncentrowanie się na działaniach o najsilniejszych i jasno zdefiniowanych dowodach naukowych, opublikowanych rzetelnych źródłach naukowych,
- **Ukierunkowane na osiągnięcie wyznaczonego celu** - z dostępnymi i rzetelnymi lokalnymi danymi,
- **Wdrażane systematycznie** - nie uzależnione od wyjątkowych czy przejściowych okoliczności,
- **Właściwie wyważone** - procesy na „skalę przemysłową” wymagają innego działania niż inne „poboczne” interwencje,
- **Adekwatnie wycenione** - koncentrowanie się na odpowiednim budżecie głównym niż na krótkich dorywczych źródłach finansowania projektów,
- **Trwałe** - kontynuowanie działań w długofalowo, stabilnie, niezależnie od następujących nowych uwarunkowań zapatrywań, mody, uwarunkowań politycznych.

Ponadto, istnieją pewne mechanizmy za pomocą których można oczekiwać zmian na skalę populacyjną. Opisuje to **Trójkąt Interwencji Populacyjnych**, opracowany przez Chrisa Bentleya w 2007 roku, wskazujący konieczność podejmowania działań zarówno na poziomie centralnym (legislacje, regulacje prawne, podatki, polityka zdrowotna, mass-media), jak i na poziomie społeczności lokalnej (angażowanie społeczności lokalnych i rozwijanie partnerstwa w procesie przemian społecznych i zdrowotnych). Zdaniem prof. Bentleya, mieszkańcy naszego kraju mają szansę odnieść szczególne korzyści ze względu na istniejący formalny i zdefiniowany podział terytorialny na mniejsze podjednostki, tj. powiaty i gminy, które oferują znacznie lepsze rozwiązania organizacyjne w działaniach ukierunkowanych na małe lokalne społeczności.

Rozpoczęcie skutecznych działań w zakresie niwelowania nierówności w zdrowiu powinno polegać na dokładnym i aktualnym przeglądzie sytuacji epidemiologicznej na danym obszarze. Kluczowym elementem bazy danych, jako podstawy do ustalania priorytetów jest Wskaźnik Licznych Braków/Deprywacji (**Index of Multiple Deprivation, IMD**), którego angielska wersja obejmuje 7 następujących elementów:

- brak dochodu,
- brak zatrudnienia,
- pozbawienie zdrowia i niepełnosprawność,
- brak edukacji, umiejętności zawodowych,
- trudności lokalowe,
- pozbawienie środowiska życia,
- przestępczość.

Analiza danych, opisujących powyższe kryteria umożliwia opracowanie tzw. „mapy braków” na danym terenie i wyznaczenie najpilniejszych punktów strategii całościowej. Kolejnym etapem zbierania danych jest zidentyfikowanie czynników ryzyka chorób o największym znaczeniu epidemiologicznym. Chris Bentley podkreśla kluczowe znaczenie dziesięciu zagrożeń, podzielonych na 2 grupy, tj.

#### **Zachowania ryzykowne:**

- nieprawidłowy sposób żywienia,
- palenie tytoniu,
- alkohol i narkotyki,
- siedzący tryb życia,
- zagrożenia zawodowe.

#### **Uwarunkowania/czynniki ryzyka**

- wysoki wskaźnik masy ciała,
- wysokie skurczowe ciśnienie tętnicze,
- wysokie stężenie glikemii na czczo,
- wysokie stężenie cholesterolu,
- niski wskaźnik przesączania kłębuszkowego.

Ocena rozpowszechnienia wymienionych ryzykownych zachowań na skalę populacyjną w systemie brytyjskim odbywa się poprzez 5 kanałów diagnostycznych:

- ogólnonarodowe badania populacyjne - kilka dużych projektów realizowanych każdego roku (np. *Annual Population Survey, Opinions and Lifestyle, Smoking Habits Amongst Adult Survey, Smoking, Drinking and Drug Use among Young People Survey, Active People Survey*),
- dane uzyskane z gabinetów lekarzy rodzinnych,
- dane uzyskane z innych placówek zdrowotnych (pielęgniarki środowiskowe, szpitale itp.),

- badania uniwersyteckie (projekt *Big Data*),
- badania sektora prywatnego (liczne organizacje prywatne zbierają dane na temat codziennych wydatków obywateli, które mogą następnie być wykorzystane przez sektor zdrowotny).

Co ważne, w regionach charakteryzujących się największymi niedoborami społecznymi i zdrowotnymi w Wielkiej Brytanii, czynniki ryzyka i zachowania ryzykowne współistnieją. Osoby uzależnione od tytoniu częściej nadużywają alkoholu, mają nieprawidłowe nawyki żywieniowe i są mniej aktywne fizycznie. Z punktu widzenia społecznych nierówności w zdrowiu bardzo istotna jest także obserwacja, iż w grupie niewykwalifikowanych pracowników fizycznych trzykrotnie częściej, a u osób bez kwalifikacji zawodowych nawet pięć razy częściej stwierdza się obecność wszystkich czterech opisanych powyżej ryzykownych zachowań zdrowotnych. Narzuca to niejako konieczność opracowywania wielokierunkowych programów interwencyjnych.

Ocena rozpowszechnienia czynników ryzyka, takich jak nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia czy otyłość, na skalę populacyjną odbywa się poprzez realizację Health Survey for England, czyli corocznego przeglądu stanu zdrowia mieszkańców Wielkiej Brytanii. Z praktycznego punktu widzenia najważniejsze dwa szlaki diagnostyczne to: badania czynników ryzyka w ramach **Health Checks Programme**, czyli masowego przeglądu zdrowotnego realizowanego od około 10 lat oraz badań przeprowadzanych przez lekarzy rodzinnych.

W odróżnieniu od danych związanych bezpośrednio ze stanem zdrowia, informacje odzwierciedlające czynniki społeczne mają raczej charakter wybiórczy, lokalny i często niespójny. Chris Bentley jako wiarygodne źródła informacji w tym zakresie wymienia:

- raporty opisujące rozpowszechnienie braków natury społeczno-ekonomicznych, wymienianych we wskaźniku niedoborów *Index of Multiple Deprivation* (bezrobocie, brak dochodu, brak wykształcenia, itp),
- raporty dotyczące osiągniętych efektów w obszarze zdefiniowanych wskaźników zdrowia publicznego (*Public Health Outcomes Framework*, tj. szczegółowe dane publikowane i uaktualniane regularnie każdego roku),
- inicjatywy specjalne (np. stworzenie UNICEF Child Wellbeing Index, czyli wskaźnika samopoczucia dziecka, opracowanego dla krajów o średnim poziomie dochodów),
- dane gromadzone lokalnie,
- dane jakościowe dotyczące mniejszych społeczności (w Wielkiej Brytanii utrudnione ze względu na brak formalnego zróżnicowania terytorialnego na mniejsze powiaty czy gminy).

Zgromadzenie wszystkich niezbędnych informacji, ustalenie związanych z tym priorytetów, celów, grup docelowych, a następnie sposobu realizacji wytycznych działań pozwalają na stworzenie optymalnych warunków do osiągnięcia sukcesu. Kluczową kwestią jest przeniesienie uwagi z działań ogólnokrajowych na inicjatywy lokalne, gdyż każdy region ma swoje własne problemy i wynikające z tego priorytety. Warto podkreślić, że niezwykle trudne jest opracowanie skutecznych programów w regionach charakteryzujących się nierównościami w zdrowiu, wynikającymi ze współistniejących licznych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. Na tego typu bariery napotykają nawet najbogatsze kraje, o wieloletnich doświadczeniach w sektorze zdrowia publicznego.

W Wielkiej Brytanii istotnym wsparciem i drogowskazem w ustalaniu efektywnych strategii jest Narodowy Instytut Doskonalenia Zdrowia i Opieki Zdrowotnej (**National Institute for Health and Care Excellence, NICE**). Eksperti NICE opracowali zestaw wytycznych dla przedstawicieli władz lokalnych „Guidance for Local Government”, które są dostępne dla wszystkich zainteresowanych działaniami w zdrowiu publicznym. Strategie opracowywane przez NICE oparte są na zasadzie wspomnianego wcześniej Trójkąta Interwencji Populacyjnych. Co ważne, NICE publikuje także przykłady efektywnych projektów, których sukces może motywować do działań w innych najbardziej potrzebujących regionach. Jednym z takich przedsięwzięć jest projekt „Zdrowe Domy” (*Healthy Homes*), realizowany w Liverpoolu w latach 2009-2012 (Załącznik 3).

Różnorodność doświadczeń brytyjskich ilustruje jak można osiągać zamierzone cele poprzez odmienne wizje i strategie. Spośród wielu tego typu projektów na uwagę zasługują m.in. „Bolton’s Health and Wellbeing Strategy” (2013-2016) - starannie opracowana strategia działań dla poprawy zdrowia i jakości życia mieszkańców Bolton od dzieciństwa po późną starość, oraz „Sheffield Joint Health and Wellbeing Strategy” (2013-2018) - przejrzysty, wyróżniany przez prof. Bentleya program, głównie ze względu na poziom opracowania strategicznego i jakość realizacji (Załącznik 4).

Zarówno przedstawione powyżej rozważania teoretyczne, jak i praktyczne rozwiązania systemu brytyjskiego mogą stać się inspiracją dla innych krajów w niwelowaniu nierówności w zdrowiu. Część z tych doświadczeń można prawdopodobnie wykorzystać również w Polsce. Zdaniem Bentleya istnieje pewien szczególnie potencjał, jakim dysponuje nasz kraj, a mianowicie wyodrębnione administracyjnie małe terytoria (powiaty, gminy) i tym samym gotową infrastrukturę, usługi i lokalne władze do realizacji efektywnych projektów. Mając do dyspozycji takie zaplecze kadrowe i materialne oraz entuzjazm lokalnych władz i pracowników sektora zdrowotnego możliwe wydaje się realizowanie skutecznych projektów zmierzających do pokonywania nierówności w zdrowiu.



### **8.3. Przegląd wybranych programów zagranicznych ukierunkowanych na redukcję nierówności społecznych w zdrowiu**

#### **Część I (USA, Kanada)**

Dorota Kaleta

#### **8.3.1. ENHANCE WELLNESS (Health Enhancement Program)**

**Grupa docelowa:** osoby starsze dotknięte chorobami przewlekłymi korzystające z pomocy domów opieki społecznej

**Kraje w których program był opracowany/realizowany:** USA

**Instytucje realizujące:** domy pomocy społecznej, placówki ochrony zdrowia

**Czasokres programu:** 6 miesięcy

**Cel:** poprawa poziomu aktywności fizycznej, ograniczenia użycia leków psychoaktywnych, zmniejszenie ryzyka wystąpienia depresji

**Ewaluacja:** program uznany za skuteczny, wyniki ewaluacji opisane w piśmiennictwie naukowym

Program został opracowany przez organizację non-profit Senior Services, Group Health Cooperative oraz Uniwersytet Waszyngtona w Seattle i po raz pierwszy uruchomiony w Stanach Zjednoczonych w 1997 roku.

Program Enhance Wellness skierowany jest do osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem osób korzystających ze wsparcia domów pomocy społecznej, które chorują na choroby przewlekłe, takie jak choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie, zapalenie stawów oraz choroby reumatoidalne.

Program ma na celu pomoc osobom chorym w lepszym radzeniu sobie z chorobą oraz w ograniczaniu problemów związanych ze zdrowiem, takich jak: niepotrzebne stosowanie leków, brak aktywności fizycznej, depresja i izolacja społeczna.

Realizatorami programu są podmioty odpowiedzialne za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w domach pomocy społecznej. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest odpowiedzialny za kwalifikowanie pacjentów do programu Enhance Wellness. Szkolenia w ramach programu prowadzone są przez pielęgniarki oraz pracowników socjalnych, którzy przed rozpoczęciem programu zostali od-

powiednio przeszkoleni. Zadanie osób prowadzących szkolenia w ramach programu polega na uczeniu uczestników jak stworzyć plan działań zdrowotnych, który zidentyfikuje zagrożenia zdrowotne oraz pomoże dokonywać zmian w zidentyfikowanych czynnikach ryzyka.

Beneficjenci programu Enhance Wellness mogą uczestniczyć w następujących modułach:

- Enhance Fitness - zajęcia z odpowiednio dobranymi, dla grupy objętej interwencją, ćwiczeniami fizycznymi.
- The Chronic Illness Self-Management Course (kurs samodzielnego radzenia sobie z chorobą przewlekłą) - seria 2,5 godzinnych zajęć raz w tygodniu przez 6 kolejnych tygodni. Kurs łączy w sobie elementy wzajemnego wsparcia, informacje promujące zdrowie oraz wiedzę w jaki sposób radzić sobie z chorobą. W ramach kursu uczestnicy korzystali z podręcznika „Zdrowy tryb życia z chorobą przewlekłą”.
- Program wzajemnego wsparcia udzielanego przez odpowiednio przeszkolone osoby.

Ważnym elementem programu jest ewaluacja postępów uczestników w realizacji założonych celów zdrowotnych. Osoby odpowiedzialne za realizację programu powinny monitorować postępy uczestników poprzez wizyty kontrolne oraz rozmowy telefoniczne. O postępach w realizacji celów zdrowotnych uczestników powinien być informowany lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Przeprowadzone badania naukowe udowodniły skuteczność programu. Zaobserwowano szereg pozytywnych zmian w zachowaniach zdrowotnych oraz stanie zdrowia osób uczestniczących w programie Enhance Wellness. Odnotowano spadek rozpowszechnienia stosowania leków psychoaktywnych wśród uczestników o około 36%. Osoby objęte interwencją zgłaszały istotnie mniej dni, które spędziły w łóżku z powodu niedyspozycji zdrowotnej. Wśród uczestników programu liczba dni hospitalizacji zmniejszyła się o 72%. Osoby objęte interwencją zgłaszały istotnie wyższy poziom aktywności fizycznej oraz istotnie więcej pozytywnych zachowań związanych z aktywnością fizyczną.

W Polsce osoby korzystające z usług domów pomocy społecznej charakteryzują się gorszym stanem zdrowia w porównaniu z osobami w tym samym wieku z populacji generalnej. Obserwuje się również gorsze efekty leczenia chorób przewlekłych wśród pensjonariuszy. Jednocześnie w naszym kraju systematycznie rośnie liczba osób korzystających z opieki domów pomocy społecznej. Tym samym działania, których celem jest poprawa stanu zdrowia tych osób są szczególnie istotne z punktu widzenia wyrównywania nierówności w zdrowiu. Realizacja programu w gminach i powiatach, które charakteryzują się gorszym stanem zdrowia mieszkańców skutecznie zmniejszyłoby obserwowany poziom nierówności występujący pomiędzy poszczególnymi regionami w naszym kraju. Gminy

i powiaty posiadają infrastrukturę oraz zasoby kadrowe niezbędne do realizacji programu. Pracownicy domów opieki społecznej posiadają już podstawowe informacje z zakresu niezbędnego do realizacji programu, które należy jedynie rozszerzyć i uzupełnić odpowiednimi szkoleniami dostosowanymi do potrzeb programu. Co więcej, zaangażowanie w realizację programu pracowników domów pomocy społecznej, przy wsparciu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, stanowi o niskich kosztach realizacji niniejszej interwencji.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bentley C: Systematically Addressing Health Inequalities. London: Department of Health 2008.
2. Leveille, S.G., Wagner, E. H., Davis, C., Grothaus, L., Wallace, J., LoGerfo, M., et al. (1998). Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: A randomized trial of a community-based partnership with primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(10), 1191-1198.
3. Phelan, E.A., Williams, B., Penninx, B.W.J.H., LoGerfo, J.P., & Leveille, S.G. (2004). Activities of daily living function and disability in older adults in a randomized trial of the Health Enhancement Program. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59A(8), 838-843.
4. Fitts SS, Won CW, Williams B, Snyder SJ, Yukawa M, Legner VJ, Logerfo JP, Phelan EA. What is the Optimal Duration of Participation in a Community-Based Health Promotion Program for Older Adults *J Appl Gerontol*. 2008 Jan 1;27(2):201-214.

Strona internetowa programu: <http://projektenhance.org/Home.aspx>

### 8.3.2. NEW MOVES

**Grupa docelowa:** dziewczęta w wieku 13-17 lat

**Kraje w których program był opracowany/realizowany:** USA

**Instytucje realizujące:** szkoły, samorządy lokalne

**Czasokres programu:** 1 rok (2 semestry nauki szkolnej)

**Cel:** zmniejszenie rozpowszechnienia nadwagi i otyłości

**Ewaluacja:** program uznany za skuteczny, wyniki ewaluacji opisane w piśmiennictwie naukowym

Program New Moves był przygotowany przez Narodowy Instytut Zdrowia w Stanach Zjednoczonych i pierwszy raz wdrożony w 2002 roku w szkołach w Minnesocie w USA.

New Moves jest programem wychowania fizycznego realizowanym w szkołach. Skupia się przede wszystkim na przeciwdziałaniu nadwadze i otyłości wśród

dziewcząt w wieku 13-17 lat poprzez zwiększenie aktywności fizycznej, poprawę postrzegania własnego ciała i poczucia własnej wartości, a także poprawę sposobu odżywiania. Podstawowy element programu to lekcje wychowania fizycznego, w których uczestniczą tylko dziewczęta. Zajęcia są tak zaprojektowane, żeby zapewnić wszystkim uczestniczkom przyjazne, pozbawione rywalizacji, zachęcające środowisko do bycia aktywnym fizycznie niezależnie od wagi ciała, sylwetki oraz umiejętności.

Program jest tak zaprojektowany, aby mógł być zrealizowany w ciągu dwóch semestrów nauki szkolnej. W pierwszym semestrze program realizowany jest codziennie w postaci jednej 45 minutowej lekcji prowadzonej przez nauczyciela. W ramach zajęci poruszane są następujące zagadnienia: dążenie do aktywności fizycznej na poziomie co najmniej jednej godziny dziennie; ograniczenie sedentarnego spędzania wolnego czasu do maksymalnie jednej godziny dziennie; spożywanie większej ilości warzyw i owoców (5 porcji dziennie); zmniejszenie spożycia słodzonych napojów; kontrolowanie wielkości spożywanych porcji, a także zwracanie uwagi na oznaki głodu i sytości; regularne jedzenie śniadania; umiejętność rozpoznawania i eliminowania niezdrowych metod odchudzania; skupienie się na swoich pozytywnych cechach. W każdym tygodniu odbywają się jedno zajęcia poświęcone sposobom zdrowego odżywiania lub wsparcia społecznego. W pozostałe dni tygodnia odbywają się zajęcia wychowania fizycznego dla dziewcząt prowadzone przez nauczyciela. W drugim semestrze raz w tygodniu organizowane są dla dziewcząt lunchy na których serwowane są zdrowe posiłki, a uczestniczki angażowane są w swobodne rozmowy na tematy związane z programem.

Dodatkowo, w ciągu trwania programu, każda z uczestniczek bierze udział w 5-7 indywidualnych konsultacjach z tzw. mentorem (np. nauczyciel). W trakcie takich kilkunastominutowych spotkań uczestniczka ustala osobiste cele związane ze zmianą dotychczasowych zachowań; uczy się w jaki sposób najlepiej osiągnąć te cele; w momencie gotowości do zmiany, przygotowuje plan działania.

W program zaangażowani są również rodzice dziewcząt. Wysyłane są pocztówki do domów uczestniczek, na których przedstawione są tematy do przedyskutowania z rodzicami. Organizowany jest również dzień dla rodziców i córek w lokalnym domu kultury (lub innym miejscu przeznaczonym dla społeczności lokalnej).

Materiały niezbędne do prowadzenia programu w formie elektronicznej są dostępne za darmo na stronie programu. Dodatkowe koszty (napoje, przekąski, spotkanie z rodzicami, wyposażenie sportowe, opłaty dla instruktorów, stroje, itp.) uzależnione są od liczby dziewcząt objętych programem.

Program został poddany ewaluacji i uznany za skuteczny. Na podstawie przeprowadzonych analiz zaobserwowano, że uczestniczki programu obniżyły ilość sedentarnego spędzania wolnego czasu oraz chętniej uczestniczyły w aktywności fizycznej. Wśród osób objętych programem zwiększyła się częstość spoży-

wania warzyw i owoców, codziennego spożywania śniadania oraz kontrolowania wielkości spożywanych porcji. Dziewczęta objęte programem były bardziej usatysfakcjonowane z własnego wyglądu.

Zgodnie z danymi WHO aktywność fizyczna dziewcząt w Polsce zaczyna się znacząco zmniejszać. Zachodzące zmiany prowadzą do wyraźnych dysproporcji w poziomie aktywności fizycznej dziewcząt i chłopców. W naszym kraju obserwujemy również niepokojąco wysokie odsetki młodzieży z nadwagą i otyłością. Tym samym bardzo istotne stają się działania mające na celu zwiększenie aktywności fizycznej wśród dziewcząt gdyż uznawane są za skutecznie wyrównujące nierówności w zdrowiu. W Polsce, na wsiach oraz w małych miejscowościach młodzież, szczególnie dziewczęta, mają ograniczone możliwości aktywnego spędzania wolnego czasu. Zajęcia realizowane w ramach standardowych lekcji wychowania fizycznego w szkole nie są wystarczające dla zapewnienia wymaganej aktywności fizycznej dla młodzieży. Dodatkowo często lekcje WF są mało atrakcyjne dla młodych ludzi. Zaangażowanie samorządów lokalnych oraz szkół w realizację programu typu New Moves może wpłynąć korzystnie na stan zdrowia dziewcząt w społeczności lokalnej. Szkoły posiadają niezbędną infrastrukturę oraz zasoby kadrowe do realizacji programu. Zorganizowanie i przeprowadzenie dodatkowych szkoleń dla nauczycieli zaangażowanych w realizację programu nie będzie wymagało dużych nakładów finansowych. Darmowy dostęp do wszystkich materiałów na stronie internetowej programu New Moves oraz fakt, że osoby zaangażowane w realizację programu to przede wszystkim nauczyciele decydują o tym, że program nie niesie ze sobą wysokich kosztów.

## PIŚMIENNICTWO

1. Friend S, Flattum CF, Simpson D, Nederhoff DM, Neumark-Sztainer D. The researchers have left the building: what contributes to sustaining school-based interventions following the conclusion of formal research support? *J Sch Health*. 2014 May;84(5): 326-33. doi: 10.1111/josh.12149.
2. Flattum C, Friend S, Story M, Neumark-Sztainer D. Evaluation of an individualized counseling approach as part of a multicomponent school-based program to prevent weight-related problems among adolescent girls. *J Am Diet Assoc*. 2011 Aug;111(8): 1218-23. doi: 10.1016/j.jada.2011.05.008.
3. Neumark-Sztainer DR, Friend SE, Flattum CF, Hannan PJ, Story MT, Bauer KW i wsp. New Moves-Preventing weight-related problems in adolescent girls: A group-randomized study. *American Journal of Preventive Medicine*, 2010: 39(5), 421-432.
4. Neumark-Sztainer D, Flattum CF, Story M, Feldman S, Petrich CA. Dietary approaches to healthy weight management for adolescents: the New Moves model. *Adolesc Med State Art Rev*. 2008 Dec;19(3):421-30, viii.
5. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Rex J: New Moves: A school-based obesity prevention program for adolescent girls. *Preventive Medicine*, 2003:37(1), 41-51.

Strona internetowa programu: <http://www.newmovesonline.com/index.html>

### 8.3.3. NURSE-FAMILY PARTNERSHIP

**Grupa docelowa:** kobiety o niskich dochodach, które zostały pierwszy raz matkami oraz ich dzieci

**Kraje w których program był opracowany/realizowany:** USA, Kanada, Australia, Holandia, Niemcy

**Instytucje realizujące:** organizacje non-profit, placówki ochrony zdrowia

**Czasokres programu:** ok 3 lat

**Cel:** poprawa stanu zdrowia oraz samowystarczalności matek i ich dzieci

**Ewaluacja:** program uznany za skuteczny, wyniki ewaluacji opisane w piśmiennictwie naukowym

Program został stworzony przez organizację non profit The Nurse-Family Partnership National Service Office. Program pierwszy raz został zaimplementowany w Stanach Zjednoczonych w 1977 roku. Obecnie program jest cały czas udoskonalany i implementowany przez inne kraje, między innymi Kanadę, Holandię, Niemcy, Anglię.

Program Nurse-Family Partnership oparty jest na wizytach domowych realizowanych przez pielęgniarki środowiskowe oraz położne. Celem programu jest poprawa zdrowia i samopoczucia oraz samowystarczalności kobiet o niskich dochodach, które urodziły pierwsze dziecko, a także poprawa stanu zdrowia ich dzieci. Program ma również za zadanie ograniczenie używania substancji szkodliwych, ograniczenie występowania niechcianych ciąż, zmniejszenie częstości wykorzystywania i zaniedbywania dzieci oraz poprawę gotowości szkolnej dzieci.

Program zakłada, że wizyty domowe rozpoczną się na początku ciąży i będą kontynuowane do ukończenia przez dziecko drugiego roku życia. Program ma na celu pomoc rodzinom w korzystaniu z niezbędnej opieki zdrowotnej, naukę oraz promowanie podejmowania odpowiednich decyzji związanych z rozwojem osobistym, pomoc rodzicom w podejmowaniu zdrowych wyborów w czasie trwania ciąży i zapewnianie odpowiedniej opieki dzieciom oraz pomoc kobietom w budowaniu dobrych relacji rodzinnych.

W ramach realizacji programu, podczas kolejnych wizyt pielęgniarka przekazuje informacje na takie tematy jak: odpowiedni sposób odżywiania, eliminacja palenia tytoniu, picia alkoholu i używania substancji psychoaktywnych przez matki, identyfikowania niebezpiecznych symptomów w trakcie ciąży i oznak chorobowych dziecka; sposobu komunikowania ze specjalistami ochrony zdrowia; promowaniu interakcji dziecko-rodzic; tworzeniu bezpiecznego środowiska domowego; rozważania możliwości edukacyjnych i zawodowych.

Ewaluacja programu wykazała, że: kobiety palące tytoń, które były objęte interwencją wypalały mniejszą liczbę papierosów; dzieci matek objętych programem rzadziej korzystały z opieki zdrowotnej oraz rzadziej doznawały urazów i zatruc; rzadziej odnotowywano incydenty wykorzystywania i zaniedbywania dzieci; u kobiet uczestniczących w programie rzadziej występowały niechciane ciąże; osoby objęte interwencją rzadziej oraz krócej korzystały z pomocy społecznej; dzieci wychowujące się w rodzinach, które były beneficjentami programu charakteryzowały się lepszym poziomem rozwoju intelektualnego.

W Polsce jednym z głównych wyzwań dla zdrowia publicznego jest zapewnienie odpowiedniej opieki nad matką i dzieckiem oraz poprawa stanu zdrowia dzieci i ich matek. Jak wykazują liczne badania status socjoekonomiczny Polek determinuje ich zachowania zdrowotne. Kobiety o niskim statusie socjoekonomicznym częściej przejawiają zachowania antyzdrowotne oraz charakteryzują się niższym poziomem wiedzy w zakresie odpowiednich zachowań zdrowotnych w czasie ciąży i prawidłowej opieki nad noworodkiem. Realizacja programu takiego jak Nurse-Family Partnership w Polsce, szczególnie w gminach i powiatach charakteryzujących się wysokim odsetkiem mieszkańców o niskim statusie socjoekonomicznym, mogą przyczynić się do poprawy stanu zdrowia kobiet i ich dzieci, oraz obniżyć nierówności w zdrowiu wynikających ze statusu socjoekonomicznego. Realizacja programu przez samorządy lokalne we współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej nie wymaga angażowania dodatkowych zasobów kadrowych oraz nie generuje dużych kosztów. W systemie podstawowej opieki zdrowotnej zatrudniona jest wystarczająca do realizacji programu liczba pielęgniarek i położnych. Ponad to personel medyczny posiada niezbędną wiedzę i umiejętności konieczne do zapewnienia odpowiedniego poziomu merytorycznego prowadzonych działań. Co więcej program przyczynia się do ograniczenia korzystania z pomocy społecznej przez beneficjentów, co w efekcie prowadzi do zmniejszenia nakładów finansowych przeznaczonych na te działania na danym obszarze. Należy również zwrócić uwagę na fakt, że lepsze zachowania zdrowotne rodziców znajdują odzwierciedlenie w prawidłowych zachowaniach zdrowotnych ich dzieci, co będzie stanowiło inwestycję w zdrowie społeczności lokalnej na przyszłość.

## PIŚMIENNICTWO

1. Olds DL, Kitzman H, Cole R, Robinson J, Sidora K, Luckey DW i wsp.: Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 2004; 114(6), 1550-1559.
2. Olds D L, Robinson J, Pettitt L, Luckey DW, Holmberg J, Ng RK, i wsp.: Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: Age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 2004; 114(6), 1560-1568.



3. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson CR Jr, i wsp.: Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 2002;110(3), 486-496.
4. Kitzman H, Olds DL, Sidora K, Henderson CR Jr, Hanks C, Cole R, i wsp.: Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: A 3-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 2000;283(15), 1983-1989.
5. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R i wsp.: Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 1997;278(8), 637-643.
6. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR, Jr, Hanks C, Cole R, Tatelbaum R i wsp.: Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 278(8), 644-652.
7. Olds DL, Henderson CR Jr, Kitzman H: Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*, 1994; 93(1), 89-98.
8. Olds DL, Henderson CR Jr, Chamberlin R, Tatelbaum R: Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986;78(1), 65-78.
9. Olds DL, Henderson CR, Jr, Tatelbaum, R., & Chamberlin, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 77(1), 16-28.

Strona internetowa programu: <http://www.nursefamilypartnership.org>

#### 8.3.4. WELLNESS INITIATIVE FOR SENIOR EDUCATION (WISE)

**Grupa docelowa:** osoby po 60 roku życia

**Kraje w których program był opracowany/realizowany:** USA

**Instytucje realizujące:** organizacje non-profit

**Czasokres programu:** 6 tygodni

**Cel:** zwiększenie wiedzy i świadomości związanej z zagadnieniami z obszaru zdrowia oraz procesu starzenia organizmu

**Ewaluacja:** program uznany za skuteczny, wyniki ewaluacji opisane w piśmiennictwie naukowym

Program zapoczątkowany przez The New Jersey Prevention Network w roku 1996 w New Jersey w Stanach Zjednoczonych wśród osób po 60 roku życia.

WISE to program promocji zdrowia opierający się na prowadzeniu działań edukacyjnych wśród uczestników. Program opiera się o model przekonań zdrowotnych jako czynnika, który determinuje zachowania zdrowotne. Celem programu jest zwiększenie wiedzy i świadomości osób starszych związanej z zagadnieniami z obszaru zdrowia oraz procesu starzenia organizmu. Działania realizowane w ramach programu dostarczają osobom starszym wiedzy oraz zasobów,

które są niezbędne do utrzymania zdrowego stylu życia, odpowiedniego kontrolowania własnego zdrowia i opieki zdrowotnej z której korzystają. Główne cele programu to: przedstawienie i pomoc w zrozumieniu zależności pomiędzy stylem życia a stanem zdrowia; pomoc w zrozumieniu procesu starzenia się ze szczególnym uwzględnieniem wpływu zmian zachodzących z wiekiem na metabolizm alkoholu i leków; naukę w jak prawidłowo stosować leki i kontrolować ich przyjmowanie; naukę akceptacji różnorodności kulturowej i pokoleniowej; nauczenie uczestników programu jak wcześnie rozpoznawać u siebie symptomy depresji.

Realizacja programu polega na przeprowadzeniu 6 lekcji. Zajęcia są prowadzone przez osoby posiadającą niezbędną wiedzę do realizacji celów programu. Zajęcia odbywają się w małych grupach raz w tygodniu przez 6 kolejnych tygodni. Każda lekcja trwa około 2-3 godzin. Każde spotkanie prowadzone jest na zasadzie wykładu, dyskusji, ćwiczeń w grupach oraz ćwiczeń indywidualnych. Tematyka poszczególnych lekcji przedstawia się następująco: zrozumienie zmian towarzyszących starzeniu; podnoszenie świadomości na temat problematyki starzenia się; docenienie różnorodności kulturowej i pokoleniowej; przyjmowanie leków przez osoby starsze; uzależnienia (alkohol, tytoń, inne substancje) i osoby starsze; poprawa jakości życia.

Program został poddany ewaluacji i uznany za skuteczny. Zaobserwowano następujące efekty programu: osoby objęte programem wykazywały większą wiedzę na temat procesu starzenia się, możliwości organizmu do metabolizowania alkoholu i leków oraz interakcji pomiędzy alkoholem i lekami; beneficjenci programu charakteryzowali się lepszym samopoczuciem psychicznym oraz potrafili identyfikować symptomy depresji; uczestnicy programu lepiej zarządzali przyjmowaniem leków; beneficjenci programu częściej przejawiali zachowania prozdrowotne.

Starzenie się społeczeństwa w Polsce pociąga za sobą wiele konsekwencji, między innymi: wzrost bezwzględnej liczby seniorów, co wiąże się ze zwiększeniem obciążenia systemu ochrony zdrowia kosztami opieki nad tą grupą ludności; potrzeba opracowania strategicznych programów dla ludzi w starszym wieku w oparciu o realne rozpoznanie ich sytuacji zdrowotnej oraz społeczno-ekonomicznej; potrzeba pomocy w organizacji życia i zaspokajaniu potrzeb nie tylko tych osób starszych, których samodzielność jest ograniczona, ale i przeważającej większości starszej generacji, zachowującej przez długi okres życia sprawność i wykazujących wysoki poziom aktywności życiowej; potrzeba wiedzy o procesach starzenia się organizmu oraz o biologicznych, medycznych i społecznych konsekwencjach tego procesu i możliwościach wspierania osób starszych z myślą o zachowaniu przez nie samodzielności; opracowanie programów profilaktycznych mających na celu zachowanie sprawności fizycznej i psychicznej do późnego wieku i ograniczenie kosztów opieki medycznej i usług opiekuńczych; zapewnienie szkolenia lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie geriatry

w oparciu o opracowane standardy opieki geriatrycznej oraz popularyzację tej specjalizacji wśród lekarzy.

Ważne jest, aby podejmować działania mające na celu zwiększenie wiedzy osób starszych na temat zmian towarzyszących starzeniu się oraz uczyć jak należy postępować, aby jak najdłużej cieszyć się dobrym zdrowiem. Działania edukacyjne powinny być prowadzone przede wszystkim w gminach i powiatach zamieszkiwanych przez osoby o gorszym statusie społecznoekonomicznym co pozwoli zmniejszyć nierówności w zdrowiu obserwowane pomiędzy poszczególnymi obszarami naszego kraju. Implementacja programu WISE w Polsce pozwoli zminimalizować konsekwencje wynikające z procesu starzenia się społeczeństwa w naszym kraju. W realizację programu powinny być zaangażowane samorządy lokalne we współpracy z organizacjami pozarządowymi zajmującymi się aktywizowaniem osób starszych, uniwersytetami trzeciego wieku oraz placówkami podstawowej opieki zdrowotnej. Wymienione instytucje posiadają niezbędne zasoby kadrowe oraz odpowiednie przygotowanie merytoryczne, które może być uzupełnione szkoleniami przygotowanymi na potrzeby programu. Lepszy stan zdrowia osób starszych oraz zwiększenie aktywności społecznej przyniesie wymierne korzyści dla regionu. Osoby te rzadziej będą korzystały z opieki zdrowotnej, będą aktywnie uczestniczyły w życiu społeczności lokalnej oraz będą dłużej pozostawały aktywne zawodowe.

## PIŚMIENNICTWO

1. Rutgers School of Social Work, Institute for Families. (2011, March). WISE program evaluation pretest/posttest/follow-up (Report originally prepared for the New Jersey Prevention Network in November 2007) (Rev. ed.).
2. Rutgers School of Social Work, Institute for Families. (2011, February). The WISE program evaluation findings (Report originally prepared for the New Jersey Prevention Network in August 2008) (Rev. ed.).
3. Rutgers School of Social Work, Institute for Families. (2011, February). Project WISE evaluation report (Report originally prepared for the New Jersey Prevention Network in December 2009) (Rev. ed.).

Strona programu: <http://www.njpn.org/initiatives/wise/>

### 8.3.5. NOT ON TOBACCO (N-O-T)

**Grupa docelowa:** młodzież w wieku 14-19 lat paląca papierosy

**Kraje w których program był opracowany/realizowany:** USA

**Instytucje realizujące:** organizacje non-profit, szkoły

**Czasokres programu:** 10 tygodni

**Cel:** obniżenie częstości palenia tytoniu, skuteczne rzucenie palenia

**Ewaluacja:** program uznany za skuteczny, wyniki ewaluacji opisane w piśmiennictwie naukowym

Program został opracowany przez American Lung Association i pierwszy raz wprowadzony w szkołach w Stanach Zjednoczonych. NOT jest szkolnym programem rzucania palenia przeznaczonym dla młodzieży w wieku 14-19 lat. Program opiera się na teorii społeczno-poznawczej, w ramach programu realizowane są również szkolenia w następujących obszarach: odpowiednie planowanie własnego czasu oraz kontrolowanie różnych bodźców zewnętrznych; funkcjonowanie w społeczeństwie, a także wpływ społeczeństwa na jednostkę; radzenie sobie ze stresem; jak skutecznie rzucać pielenie, ja zapobiegać nawrotom uzależnienia, jak rodzić sobie z presją rówieśników.

W ramach programu realizowane są cotygodniowe, trwające około godziny spotkania z młodzieżą. Program składa się z 10 spotkań, w razie konieczności może zawierać 4 dodatkowe sesje. Zajęcia powinny odbywać się w grupach liczących 10-12 osób w tym samym wieku i tej samej płci. Zajęcia z chłopcami powinny być prowadzone przez mężczyzn, natomiast zajęcia w grupach dziewcząt powinny być prowadzone przez kobiety. Omawiane zagadnienia są przekazywane w taki sposób, aby podkreślać zagadnienia szczególnie istotne dla kobiet lub mężczyzn w zależności od tego w której grupie prowadzone są zajęcia. W ramach zajęć zostają poruszone wszystkie aspekty związane z procesem rzucania palenia oraz radzenia sobie z trudnościami, które mogą pojawić się trakcie zrywania z uzależnieniem. Zajęcia powinny być prowadzone w taki sposób, żeby aktywizować młodzież i zachęcać do uczestniczenia w dyskusji, powinny być wykorzystane różne materiały edukacyjne.

Program został poddany ewaluacji i uznany za skuteczny. Zaobserwowano następujące efekty programu: młodzież objęta interwencją częściej skutecznie rzuciła palenie oraz wypalała mniejszą liczbę papierosów w ciągu doby. Badania wykazały również, że program jest bardzo efektywnym finansowo narzędziem ograniczenia palenia tytoniu wśród młodzieży. Szacunki wykazują, że efektywność finansowa programu jest większa niż efektywność finansowa programów przeznaczonych dla ludzi dorosłych.

W badaniach przeprowadzonych wśród uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w Polsce palenie papierosów deklaruje co trzeci respondent. Różnice w rozpowszechnieniu palenia tytoniu wśród dziewcząt i chłopców wbrew przypuszczeniom nie są duże. Fakt, że różnice w częstości palenia papierosów przez chłopców i dziewczęta są mniejsze niż różnice w odsetkach palących dorosłych kobiet i mężczyzn może sugerować, że rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród dorosłych kobiet będzie wzrastać.

Bardzo ważnym elementem w walce z epidemią palenia papierosów jest to, aby pomagać ludziom młodym w zaprzestaniu palenia tytoniu jak najszybciej. Wcześnie podejmowane interwencje umożliwiają zminimalizować konsekwencje zdrowotne towarzyszące wieloletniemu uzależnieniu. Bardzo istotne jest również, aby działania edukacyjne i promocyjne były odpowiednio dobrane do płci i wieku ponieważ maksymalizuje to skuteczność realizowanych interwencji.

Program NOT z założenia jest realizowany w szkołach, ale może być również prowadzony przez różne organizacje społeczne funkcjonujące na danym terenie, a także stacje sanitarno-epidemiologiczne. W działania powinny być zaangażowane także samorządy lokalne oraz placówki podstawowej opieki zdrowotnej. Wymienione instytucje posiadają infrastrukturę oraz odpowiednio przygotowane merytorycznie zasoby ludzkie niezbędne do realizacji programu. Osobami prowadzącymi mogą być nauczyciele, pielęgniarki szkolne, pracownicy inspekcji sanitarnej lub wolontariusze. Wykorzystanie istniejących zasobów kadrowych i infrastrukturalnych na danym obszarze przyczyni się do zminimalizowania kosztów realizacji programu. Należy podkreślić fakt, że pozytywne efekty zdrowotne programu będą wykraczać poza uczestników interwencji. Mniejsze rozpowszechnienia palenia wśród populacji będzie wiązało się również z mniejszym narażeniem osób niepalących na wdychanie środowiskowego dymu tytoniowego. Co więcej pozytywne wzorce zachowań zdrowotnych beneficjentów programu będą przenoszone do ich środowisk rodzinnych i koleżeńskich.

## PIŚMIENNICTWO

1. Horn K, Jarrett T, Anesetti-Rothermel A, O'Hara Tompkins N, Dino G. Developing a Dissemination Model to Improve Intervention Reach among West Virginia Youth Smokers. *Front Public Health*. 2014 Aug 1;2:101. doi: 10.3389/fpubh.2014.00101.
2. Horn K, Branstetter S, Zhang J, Jarrett T, Tompkins NO, Anesetti-Rothermel A, Olfert M, Richards T, Dino G. Understanding physical activity outcomes as a function of teen smoking cessation. *J Adolesc Health*. 2013 Jul;53(1):125-31. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.01.019.
3. Anesetti-Rothermel A, Noerachmanto N, Horn K, Dino G. Beyond reach and effectiveness: evaluating the not-on-tobacco (N-o-T) program in West Virginia from 2000 to 2005. *Health Promot Pract*. 2012 Jul;13(4):506-14. doi: 10.1177/1524839910386183.
4. Horn KA, Dino GA, Kalsekar ID, Fernandes AW: Appalachian teen smokers: Not On Tobacco 15 months later. *American Journal of Public Health*, 2004: 94(2), 181-184.
5. Dino GA, Horn KA, Goldcamp J, Maniar SD, Fernandez A, Massey CJ: Statewide demonstration of Not On Tobacco: A gender-sensitive teen smoking cessation program. *Journal of School Nursing*, 2001:17(2), 90-97.
6. Dino G, Horn K, Abdulkadri A, Kalsekar I, Branstetter S: Cost-effectiveness analysis of the Not On Tobacco program for adolescent smoking cessation. *Prevention Science*, 2008: 9(1), 38-46.
7. Dino G, Horn K, Goldcamp J, Fernandes A, Kalsekar I, Massey C: A 2-year efficacy study of Not On Tobacco in Florida: An overview of program successes in changing teen smoking behavior. *Preventive Medicine*, 2001: 33(6), 600-605.
8. Dino G, Kamal K, Horn K, Kalsekar I, Fernandes: A Stage of change and smoking cessation outcomes among adolescents. *Addictive Behaviors*, (2004), 29(5), 935-940.

### 8.3.6. ALL STARS

**Grupa docelowa:** młodzież gimnazjalna (11-14 lat)

**Kraje w których program był opracowany/realizowany:** USA

**Institucje realizujące:** szkoły, samorządy lokalne

**Czasokres programu:** 3 lata

**Cel:** ograniczenie ryzykowanych zachowań, takich jak używanie substancji psychoaktywnych, przedwczesna aktywność seksualna oraz przemoc

**Ewaluacja:** program uznany za skuteczny, wyniki ewaluacji opisane w piśmiennictwie naukowym

Program All Stars został stworzony przez Tanglewood Research, Inc. i jest realizowany w szkołach w USA i Meksyku. Twórca programu oferuje wszystkie niezbędne materiały i szkolenia dla osób realizujących program.

Program All Star to trzyletni program szkolny skierowany do uczniów szkół gimnazjalnych. Celem programu jest zapobieganie występowaniu ryzykownych zachowań zdrowotnych takich jak przemoc, przedwczesna inicjacja seksualna oraz używanie substancji psychoaktywnych. Program skupia się na pięciu zagadnieniach: rozwój pozytywnych ideałów, które pozostają w sprzeczności z ryzykownymi zachowaniami; tworzenie i wzmacnianie wiary w przestrzeganie ogólnie przyjętych norm; budowanie silnych, wewnętrznych postanowień w celu unikania ryzykownych zachowań; współpraca szkoły z rodziną dzieci; zwiększenie pozytywnej aktywności rodziców.

Program jest realizowany poprzez interaktywne zajęcia grupowe opierające się na grach i projektach artystycznych, dyskusjach grupowych, indywidualnych spotkaniach z uczniami oraz spotkaniach z rodzicami. Program również zakłada uroczyste zakończeniu udziału w projekcie.

Podstawę programu All Stars stanowią 45-minutowe lekcje (13 spotkań) prowadzone raz w tygodniu. Zajęcia realizowane są przez nauczycieli, specjalistów prewencji uzależnień oraz pracowników socjalnych. W drugim roku interwencji w ramach programu realizowane jest dziewięć lekcji przypominających i wspomagających problematykę poruszaną w pierwszym etapie programu. W trzecim roku realizowany jest moduł All Stars Plus składający się z dwunastu 45-minutowych lekcji, które wprowadzają dodatkowe trzy obszary zagadnień: ustalanie celów; nauka asertywności i przeciwstawiania się presji rówieśniczej.

Program został poddany ewaluacji i uznany za skuteczny. Zaobserwowane efekty programu to: większa częstość przejawiania przez uczestników programu zachowań spójnych z przyjętymi normami; rzadsze przejawianie przez uczniów

niezdrowych zachowań, takich jak: palenie tytoniu, picie alkoholu oraz używanie narkotyków.

Rozpowszechnienie zachowań antyzdrowotnych wśród młodzieży w Polsce jest niepokojąco wysokie. W obliczu niekorzystnych zmian kształtowanie zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży jest jednym z najważniejszych elementów polityki zdrowotnej państwa. Jak wynika z prowadzonych analiz koncentracja działań promocji zdrowia na młodzieży jest skuteczniejsza i tańsza niż próby zmiany zachowań osób dorosłych. Odpowiednio dobrane programy interwencyjne skutecznie przyczyniają się do poprawy zdrowia psychicznego i fizycznego młodych ludzi. Programy promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej powinny się kierować w pierwszej kolejności do młodzieży z rodzin o niskim statusie socjoekonomicznym ponieważ w tej grupie ryzyko przejawiania zachowań antyzdrowotnych jest największe.

Realizacja programu na bazie projektu All Stars w Polsce może przyczynić się do mniejszej częstości przejawiania zachowań antyzdrowotnych przez uczniów. Szkoły posiadają niezbędną infrastrukturę oraz zasoby kadrowe do realizacji programu. Poza nauczycielami w realizację programu można zaangażować pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz innych podmiotów odpowiedzialnych za realizację działań z zakresu zdrowia publicznego na danym obszarze. Wymienione osoby posiadają niezbędną do realizacji programu wiedzę, która powinna być tylko uzupełniona dodatkowymi szkoleniami. Realizacja programu przyczyni się do poprawy sytuacji zdrowotnej w danym regionie, a eliminacja zachowań antyzdrowotnych wśród młodzieży będzie stanowiła inwestycję w zdrowie społeczności lokalnej na przyszłość.

## PIŚMIENNICTWO

1. Hansen WB, Bishop DC, Jackson-Newsom J. Impact of a classroom behavior management intervention on teacher risk ratings for student behavior. *J Drug Educ.* 2010; 40(1):81-90.
2. Hansen WB: Pilot test results comparing the All Stars program with seventh grade D.A.R.E.: Program integrity and mediating variable analysis. *Substance Use and Misuse*, 1996:31(10), 1359-1377.
3. Harrington NG, Giles SM, Hoyle RH, Feeney GJ, Yungbluth, SC: Evaluation of the All Stars character education and problem behavior prevention program: Effects on mediator and outcome variables for middle school students. *Health Education and Behavior*, 2001: 28(5), 533-546.
4. McNeal RB Jr, Hansen WB, Harrington NG, Giles SM: How All Stars works: An examination of program effects on mediating variables. *Health Education and Behavior*, 2004:31(2), 165-178.

Strona internetowa programu: [www.allstarsprevention.com](http://www.allstarsprevention.com)



## 8.4. Przegląd wybranych programów zagranicznych ukierunkowanych na redukcję nierówności społecznych w zdrowiu

### Część II (Austria, Hiszpania, Irlandia)

Agnieszka Janota

#### 8.4.1. AUSTRIA – neunerHAUSARZT

**Nazwa programu:** neunerHAUSARZT - Demand-oriented health care services for the homeless

**Zasięg:** lokalny

**Czas realizacji:** 2006-

**Autorzy:** Michael Fuchs, Christine Reidl and Gabriele Schmied

**Opis problemu zdrowotnego:** W 2006 roku całkowita liczba ludności Austrii wynosiła 8,3 mln osób, z czego 15,7% było w wieku poniżej 15 roku życia, a 16,7% stanowiły osoby w wieku powyżej 65 roku życia. PKB na osobę w 2005 roku wynosiło 29 770 Euro. Najwyższe PKB było w Wiedniu, a najniższe w stanach Dolnej Austrii i Burgenlandzie. Różnica ta wskazywała na różnicę pomiędzy obszarami miejskimi i wiejskimi. Nierówność dochodów i poziomu wskaźnika zagrożenia ubóstwem były stosunkowo niskie. Współczynnik Giniego (wskaźnik nierówności społecznej) dla osób z prywatnych gospodarstw domowych wynosił 26%, a wskaźnik zagrożenia ubóstwem wynosił 12%. Ogólny wskaźnik zatrudnienia przed styczniem 2007 roku był wyraźnie powyżej średniej dla 25 krajów należących do Unii Europejskiej, ale wskaźnik zatrudnienia wśród osób w wieku 55-65 lat stanowił problem. Wskaźnik bezrobocia był niski - 4,7% w 2006 roku. Chociaż wskaźnik zatrudnienia kobiet był także powyżej średniej dla 25 krajów UE, kobiety (szczególnie posiadające dzieci) w dużej części były bezrobotne. Zgodnie z międzynarodowymi standardami klasyfikacji kształcenia 62% Austriaków miała wykształcenie na poziomie 3 i 4, co odpowiada wykształceniu gimnazjalnemu i ponadgimnazjalnemu. Niski był natomiast udział osób z wykształceniem wyższym - 18%. Austria wydaje się być krajem o wysokim dochodzie, który zapewnia wysokie standardy społeczne. W 2006 roku 99% populacji miało zapewnione pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych.

Zarówno ludzie, którzy są bez dachu nad głową jak i ludzie przebywający w domach opieki społecznej zostali oszacowani na około 0,2% ludności w 1999 roku. Większość z nich było dotkniętych ubóstwem i charakteryzowało się większą podatnością na choroby. Nawet jeżeli pokrycie kosztów opieki zdrowotnej było zapewnione, w praktyce nadal napotykali wiele barier, jak np. tendencja do ignorowania objawów. Często trafiali do lekarza krytycznie chorzy, wymagając leczenia szpitalnego. Jako że było to trudne do zniesienia dla wielu z nich, starali się uniknąć późniejszych badań lekarskich. Dodatkowe bariery wynikały z kwestii organizacyjnych i biurokratycznych. Bezdomni często nie spełniali wymagań dotyczących dokumentów i mieli trudności z dotrzymaniem terminów.

Bezdomni, zwłaszcza Ci którzy mieszkali na ulicach przez wiele lat, generują wiele problemów zdrowotnych. Ich priorytetem jest znalezienie miejsca do spania i zdobycie pieniędzy na żywność. Zdrowie jest na dalszym planie. Wrażliwość osób bezdomnych na ból i choroby jest niższa niż w całej populacji, przez co objawy są nie zauważane bądź ignorowane. Ludzie mieszkający na ulicy są źle odżywieni, z powodu złej jakości żywności czy też jej braku lub ze względu na uzależnienie - zastępują jedzenie alkoholem bądź narkotykami.

**Cel programu:** Ogólnym celem programu neunerHAUSARZT jest ochrona i poprawa dostępu bezdomnych obywateli do podstawowych usług zdrowotnych. Stara się on też wpłynąć na inne sektory, takie jak medycyna specjalistyczna, opieka szpitalna i opieka domowa.

**Adresaci programu:** Osoby bezdomne, mieszkające w schroniskach na terenie Wiednia.

**Organizacja programu:** Program jest realizowany przez NeunerHaus, stowarzyszenie non-profit założone w celu tworzenia i zarządzania mieszkaniem dla bezdomnych.

W ramach programu oferowana jest opieka medyczna w schroniskach dla bezdomnych, zapewniona przez lekarzy, przeszkolonych w zakresie medycyny społecznej i umiejętności niezbędnych w leczeniu tej grupy populacji. Regularne świadczenia zdrowotne w 2008 roku zapewnione były w 10 z 24 wiedeńskich schronisk dla bezdomnych. Od marca do grudnia 2006 roku, 661 osób odwiedziło lekarza ogólnego w schroniskach. We wrześniu 2007 roku zakończono fazę pilotażową, a program zyskał ciągłość dzięki Rejonowemu Funduszowi Ubezpieczenia zdrowotnego i Funduszowi Społecznego zgadzającym się pokryć 100% kosztów. Aby upewnić się, że różne usługi wzajemnie się uzupełniają, lekarze ściśle współpracują z pracownikami w schroniskach dla bezdomnych, a także z innymi pracownikami służby zdrowia, którzy oferują swoje usługi w schroniskach. Wśród

tych usług dla osób bezdomnych są regularne spotkania z psychiatrami, a także ze specjalistami z ośrodka zdrowia kobiet MES, którzy zapewniają poradnictwo dla kobiet. Od roku 2008 oferowano taką formę pomocy także mężczyznom.

**Monitorowanie i ewaluacja:** W 2007 roku 1293 osób bezdomnych mieszkających w schroniskach zostało odwiedzonych przez lekarzy pierwszego kontaktu. W sumie przeprowadzono 4237 konsultacji medycznych. Analiza dokumentacji medycznej pacjentów wykazała poprawę dostępu do opieki medycznej. Około 70% osób, które wzięły udział w programie chorowało. Zdiagnozowano nawet do 15 problemów zdrowotnych u jednego pacjenta. Ponad 50% cierpiało z powodu zaburzeń psychicznych, takich jak uzależnienia, depresja czy zaburzenia osobowości.

Oprócz monitorowania aspektów medycznych, w ramach programu regularnie dokonywano oceny funkcjonowania programu. Przeprowadzono bezpośrednie wywiady z beneficjentami programu, gdyż kwestionariusze mogłyby być zbyt trudne dla grupy docelowej z powodu słabej umiejętności czytania i pisania. Wyniki ewaluacji wykazały akceptację świadczeń zdrowotnych przewidzianych dla populacji objętej programem. Pracownicy socjalni schronisk i psychiatry ocenią program jako pomocny z punktu widzenia ich pracy. Tak więc oceny wykazały, że wszystkie strony były zadowolone.

Wyniki ewaluacji wykazały także wzmocnienie znaczenia interdyscyplinarnej współpracy między lekarzami różnych dziedzin, pracownikami socjalnymi, psychologami i psychiatrami. Analiza danych medycznych spowodowała przegrupowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarzy, ponieważ mieszkańcy schronisk dla długotrwale bezdomnych wykazali się najgorszym stanem zdrowia, dlatego większa część usług została skierowana do nich.

**Finansowanie programu:** Całkowity koszt fazy pilotażowej wyniósł 400 000 Euro, z czego 50% zostało sfinansowane przez Wiedeński Rejonowy Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego (Vienna District Health Insurance Fund), 30% z Wiedeńskiego Funduszu Społecznego (Viennese Social Fund) i 20% przez neunerHAUSARZT. Pod koniec fazy pilotażowej oba Fundusze zobowiązały się do pokrycia 50% kosztów każda, co zagwarantowało długoterminowe, zrównoważone środki na świadczenia opieki zdrowotnej dla bezdomnych. Przejście od finansowania opartego na projektach było niezbędne dla osiągnięcia długoterminowych efektów.

Według raportu z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w 2011 roku liczba osób zamieszkujących schroniska dla bezdomnych i noclegownie liczyła około 12 tysięcy. Podjęto również próbę spisania wszystkich osób bezdomnych. Uwzględniono trzy rodzaje bezdomności, mogących wystąpić pod postacią bezdomności w przestrzeni publicznej, we wcześniej wspomnianych obiektach

zakwaterowania zbiorowego oraz w mieszkaniach konwencjonalnych. Na podstawie wyników badania bezdomności skalę tego zjawiska można oszacować na blisko 26 tysięcy osób. Najwięcej bezdomnych, zaliczających się do I i II kategorii spisano w województwie śląskim (14,2%) i mazowieckim (13,2%). Zróżnicowanie terytorialne wynika przede wszystkim z liczby instytucji oferującej pomoc dla bezdomnych jak schroniska czy domy samotnej matki, a także organizacji działających na rzecz tych osób.

Bezdomni stanowią grupę wysokiego ryzyka przedwczesnej śmierci oraz schorzeń takich jak choroby zakaźne, nadciśnienie, cukrzyca, zaburzenia układu kostno-stawowego, alkoholizm, choroby psychiczne, choroby skóry. Kolejne zagrożenie stanowią zgony w okresie zimowym. Osoby bezdomne mają utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych z powodu braku ubezpieczenia zdrowotnego, barier finansowych ale także wynikający z zaburzeń psychicznych, samo zaniedbania i złego nastawienia do instytucji ochrony zdrowia. Powyższe czynniki wskazują na duże wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej w kwestii zaspokojenia potrzeb zdrowotnych tej grupy społeczeństwa.

Przedstawione programy dotyczące wyrównywania nierówności społecznych w zdrowiu są przykładem dobrych praktyk działań w tym zakresie. Stanowią dobry wzorzec dla polskich instytucji. Należy jednak pamiętać, że sedno tego rodzaju programów tkwi w problemach występujących w danym regionie. Dlatego problemy zdrowotne i grupy docelowe implementowanych programów powinny być dostosowane w szczególności do specyficznych problemów obszaru objętego programem. Każdy powiat w Polsce cechuje się różnymi warunkami, na przykład ekonomicznymi, które mogą wpływać na status społeczny danej grupy społeczeństwa i wynikających z niego nierówności w zdrowiu. Dodatkowo należy pamiętać, że istota tych programów nie kończy się na niwelowaniu skutków zdrowotnych statusu społeczno-ekonomicznego, a likwidowaniu przyczyn. Samo wybranie grupy docelowej, którą stanowią osoby o niższym statusie społecznym, innym pochodzeniu etnicznym, czy też osoby bezdomne pozwala na zmniejszenie różnic w stanie zdrowia w porównaniu do populacji ogólnej. Nie można jednak zapominać, że programy polityki zdrowotnej powinny skupiać się również na zapobieganiu, a więc w tym wypadku niwelowaniu przyczyn. Niezbędna w tym zakresie może okazać się międzysektorowa współpraca i wieloaspektowe podejście do problemu.

#### 8.4.2. HISZPANIA – HEALTH PROMOTION AMONG NAVARRE ETHNIC MINORITIES PROGRAMME

**Nazwa programu:** Health Promotion among Navarre Ethnic Minorities Programme

**Zasięg:** lokalny

**Czas realizacji:** 1987-

**Autorzy programu:** Maria José Pérez Jarauta and Ana Hernandez

**Opis problemu zdrowotnego:** W okresie przed implementacją programu ludność romska w Hiszpanii liczyła około 650 000-700 000 osób, co stanowiło 1,6% ogółu ludności kraju. Ludność romska przybyła do Hiszpanii w czasie pielgrzymek do Santiago de Compostela. Istnieją dowody na zamieszkiwanie społeczeństw romskich już w 1499 roku. Hiszpańska konstytucja z 1978 roku zakazuje dyskryminacji ze względu na rasę, płeć, przekonania religijne. Pierwszy Plan Rozwoju Społeczności Romskich (Primer Plan de Desarrollo Gitano) został zatwierdzony w 1989 roku i dysponował corocznie 3 000 000 Euro. W tym samym roku zaczęto udzielać wsparcia finansowego organizacjom pozarządowym, których działalność koncentrowała się na rozwijaniu możliwości życiowych i społecznych wśród Romów. Mimo, że kwestie zdrowia były poruszane w tych projektach, nigdy nie stanowiły głównego celu działań. Populacja romska zamieszkująca w Hiszpanii doświadczała ubóstwa, wykluczenia społecznego, uprzedzeń i dyskryminacji. Romowie żyli w złych warunkach środowiskowych oraz mieli niewystarczający dostęp do usług społecznych. W rezultacie ludność romska charakteryzowała się wyższymi wskaźnikami śmiertelności i zachorowalności oraz częstszymi zachowaniami antyzdrowotnymi. Przyczynami złych wskaźników stanu zdrowia były nie tylko czynniki genetyczne swoiste dla mniejszości romskiej, ale także brak równych szans życiowych oraz dostępu i korzystania z usług społecznych. Literatura dotycząca zdrowia Romów przed implementacją programu wskazywała 1,4 razy wyższą śmiertelność niemowląt, a oczekiwana długość życia była około 8-9 lat krótsza.

Zaobserwowano również częstsze występowanie chorób zakaźnych, zwłaszcza wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, najczęściej w wyniku transmisji z matki na dziecko. Stwierdzono także niewystarczającą ilość szczepień wśród dzieci. Oprócz tego populacja romska charakteryzowała się 6 razy większą dzietnością, złymi nawykami żywieniowymi, nadużywaniem kawy i tytoniu w bardzo młodym wieku, wysokimi wskaźnikami wypadków domowych i w pracy, częstym korzystaniem z usług medycyny ratunkowej. Pomijając zagrożenia zdrowotne wynikające z czynników socjoekonomicznych, wśród społeczności Romskiej istnieje wysoki poziom ryzyka wad wrodzonych. Znaczna część Romów nie postrzega

zdrowia jako priorytet i definiuje je jako brak choroby, która oznacza dla nich zjawisko obezwładniające, związane ze śmiercią. Skutkuje to rzadkim korzystaniem z usług lekarza pierwszej pomocy, a nadmiernym korzystaniem z pogotowia ratunkowego. Aspekty kulturowe rodzą także problemy w kontaktach z lekarzami, brak zrozumienia przez placówki zaangażowania krewnych, bariery komunikacyjne. Kobiety romskie doświadczają zwiększonej częstości występowania określonych chorób i czynników ryzyka, które są związane z przypisaną im rolą matek i żon. Kobiety w społecznościach romskich mają wysoki współczynnik płodności, a pierwsze ciążę pojawiają się zazwyczaj w bardzo młodym wieku. Informacje dotyczące planowania rodziny i środków kontroli nie są wykorzystywane ze względów kulturowych. Kobiety Romskie nie praktykują także zapobiegania chorobom ginekologicznym. Charakterystyczne jest również przedwczesne starzenie się i częstość występowania chorób nietypowych dla wieku, takich jak cukrzyca, osteoporoza, problemy sercowo-naczyniowe. Uciążliwa rola opiekuna i nadmierny stopień odpowiedzialności wywołuje objawy depresji, niepokoju i lęku. Kobiety romskie mają także tendencję do przedwczesnego rezygnowania z leczenia.

**Cel programu:** Zmniejszenie nierówności zdrowotnych poprzez poprawę stanu zdrowia społeczności romskiej.

**Adresaci programu:** Społeczność romska mieszkająca na terenie Navarry.

**Organizacja programu:** Oprócz profesjonalistów z Sekcji Promocji Zdrowia, program liczy dwunastu mediatorów i koordynatora. Wszyscy pracownicy pracują w pełnym wymiarze godzin.

W program zaangażowanych jest trzech głównych partnerów:

- Instytut Zdrowia Publicznego - Departament Promocji Zdrowia. Pracownicy pomagają koordynować działania oraz zapewniają wsparcie techniczne dla implementacji programu, dokonują wyboru i szkolenia mediatorów, odpowiadają za monitorowanie i ocenę programu. Instytut jest również odpowiedzialny za finansowanie programu oraz zatrudnienie mediatorów.
- Gaz Kaló - organizacja zrzeszająca społeczność romską w Navaree, odpowiedzialna jest za szkolenia i zapewnienie wsparcia technicznego mediatorom.
- Centralna Służba Zdrowia  
Program w całości reprezentuje Międzysektorowa Komisja, która analizuje sytuację społeczności, bada jej potrzeby, monitoruje działania lokalne oraz ocenia program.

Działania i strategie programu obejmują:

- pośrednictwo zdrowotne,
- koordynowanie i współpracę z władzami lokalnymi i centralnymi,

- edukację rówieśniczą,
- wzmocnienie i zwiększenie udziału społeczności romskich,
- szkolenia mediatorów.

Głównymi działaczami są mediatorzy ze społeczności romskiej. Ich wybór opiera się na badaniu ich poziomu wykształcenia, szacunku i wartości własnej społeczności, zdolności adaptacyjnych, zaangażowania w promocję zdrowia, przestrzegania poufności. W późniejszym etapie mediatorzy są szkoleni przez Instytut Zdrowia Publicznego we współpracy z Gaz Kalo. Mediatorzy szkoleni są z następujących zakresów:

- wskazówki dotyczące aktywności zawodowej m.in. na temat pisania raportów, zarządzania grupą i przeprowadzania wywiadów,
- potrzeby zdrowotne społeczności romskiej: choroby przewlekłe, styl życia, zdrowie psychiczne, zdrowie kobiet i dzieci,
- aspekty wzmocnienia osobistego jak np. radzenie sobie ze stresem, planowanie kariery zawodowej, zwiększanie świadomości wpływu warunków socjo-ekonomicznych i kulturowych na zdrowie,
- funkcjonowanie usług socjalnych, edukacyjnych, mieszkaniowych, zatrudnienia i pracy,
- aspekty edukacji zdrowotnej - szczepienia, programy zdrowotne, planowanie rodziny, zdrowe nawyki, uzależnienia.

Modelowy program rozpoczyna się od sporządzenia spisu wszystkich rodzin społeczności romskiej w celu oceny ich potrzeb. Mediatorzy przechowują tzw. historię rodziny, w której znajdują się poufne dane takie jak stan szczepień, nawyki żywieniowe, planowanie rodziny i kontrola ciąż. Na podstawie tych spisów we współpracy z pracownikami służby zdrowia i służb socjalnych opracowywane są plany pracy, które ewentualnie angażują szkoły, do których uczęszczają dzieci z wybranej społeczności. W pierwszym roku priorytetem są szczepienia dzieci i szkolenia mediatorów. Plan pracy uwzględnia także inne działania, takie jak programy prewencyjne raka piersi, chorób przewlekłych i chorób psychicznych. W następnych latach praca mediatora skupia się głównie na działaniach wynikających z planu pracy w połączeniu ze wszystkimi niezbędnymi usługami.

**Monitorowanie i ewaluacja:** Oceny dostarczają dowodów, że program miał wpływ na zdrowie społeczności romskiej w Navarre. Podczas ostatnich 20 lat program został wdrożony w 23 z 55 stref zdrowotnych w Navarre. Przyczyniło się to do zwiększenia zakresu działalności podstawowej opieki zdrowotnej, wzmocnienia zdrowia reprodukcyjnego kobiet oraz poprawy stanu zdrowia dzieci. Program przyczynił się również do zwiększenia udziału społeczności romskiej w edukacji zdrowotnej oraz programach profilaktycznych. Ponadto wzrosła frekwencja szkolna wśród romskich dzieci w wieku poniżej 12 roku życia do 90%.



Pozytywne rezultaty zostały osiągnięte w następujących dziedzinach:

- Podstawowa opieka zdrowotna - obecnie 90% populacji romskiej objęto opieką zdrowotną, 80% dzieci jest zaszczepionych, 70% młodzieży zaszczepiono przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, 39,7% dzieci bierze udział w stomatologicznym programie profilaktyki
- Zdrowie kobiet - 62% kobiet ze społeczności romskiej uczęszcza do centrum planowania rodziny, 75% kontroluje przebieg ciąży, 25% bierze udział w kursach przedurodzeniowych, 72% bierze udział w programie profilaktyki raka piersi
- Edukacja zdrowotna - przeprowadzona została wśród 85% populacji objętej programem, tematy zdrowotne zostały określone na podstawie oceny potrzeb społeczności
- Frekwencja szkolna - wśród dzieci romskich 90% dzieci poniżej 12 roku życia uczęszcza do szkoły, chociaż tylko 33% może kontynuować naukę w szkołach średnich.

Na uwagę zasługują także jakościowe wyniki programu. Program osiągnął sukces w zakresie aktywnego udziału w procesie dbania o zdrowie i kontroli zdrowia i jego determinantów. Zwiększono poziom edukacji zdrowotnej w społecznościach romskich. Na współpracy międzysektorowej skorzystała społeczność romska jak i specjaliści w zakresie usług publicznych. Zredukowano wzajemne uprzedzenia na rzecz zrozumienia i akceptacji.

Wstępne wyniki ilościowe dotyczące poprawy sytuacji kobiet romskich oparte zostały na analizie 320 kobiet. 80% z nich uważa, że uczęszczanie dzieci do szkoły jest ważne, 45% uważa, że ich córki powinny wychodzić za mąż po 20 roku życia, a 67% uważa, że optymalna liczba dzieci wynosi od 1 do 4. Spośród badanych kobiet 91% miało ostatni poród w szpitalu, 75% brało udział w badaniach kontrolnych, a 94,3% uznało słuszność metod planowania rodziny. Pod względem wyników jakościowych, nastąpiła ewolucja w postrzeganiu siebie w obrębie kultury romskiej.

**Finansowanie programu:** Środki finansowe pochodzą w całości z Instytutu Zdrowia Publicznego (Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea) Rządu Nawarry. Budżet jest zapewniony poprzez dotację na promocję zdrowia ustalaną corocznie. Budżet programu w 2007 roku wyniósł 143 499 Euro. Większość środków jest przeznaczona na pokrycie wynagrodzenia mediatorów.

Ludność romska w Polsce zamieszkuje już od kilku stuleci. Bardzo wysoka dynamika zmian stanowi kluczowy element utrudniający badania statystyczne prowadzone w zbiorowości romskiej. Nie ma wystarczających danych pozwalających stwierdzić, czy migrujący Romowie zamierzają osiedlić na dłużej, czy może traktują Polskę jako kraj przystankowy. Wśród niemal półmilionowej rzeszy obywateli polskich podających inne pochodzenie etniczne bądź narodowość, Romów

jest znacznie mniej niż na przykład Niemców czy Ślązaków. Warto jednak zwrócić uwagę, że kategoria nieustalonej narodowości liczy około 800 tys. osób, co mogłoby stanowić uzupełnienie posiadanych danych. Trudno jest wyróżnić województwa, w których Romowie stanowią znaczący, na tle innych mniejszości, odsetek. Można jedynie skłaniać się ku stwierdzeniu, że są to województwa: lubelskie, kujawsko-pomorskie i łódzkie. Najwięcej Romów żyje natomiast w województwie małopolskim. W Nowym Sączu żyje około 700 osób pochodzenia romskiego.

Mimo, że Romowie w Polsce zamieszkują od kilkuset lat nadal borykają się z licznymi barierami w rozwoju społeczności, które wynikają z braku środków finansowych, wykształcenia, dziedziczonego bezrobocia czy też wyuczonej bezradności. Romowie zgodnie z ustawą o mniejszościach narodowych są zaliczani do mniejszości etnicznej i żyją w pewnej izolacji, na marginesie życia społecznego. Zazwyczaj żyją w dużych skupiskach liczących od kilku do kilkunastu rodzin, kierując się często zasadami i prawidłami przekazywanymi przez starszyznę romską. W ich życiu występują różne przesady i tematy tabu, często niezrozumiałe i budzące kontrowersje. Są społecznością biedną i mało zaradną. W dużej mierze skazani są na pomoc instytucji opiekuńczych. Głównymi problemami oprócz ubóstwa jest duże bezrobocie, które wynika z braku kwalifikacji oraz pewnych stereotypów.

Gorszy stan zdrowia Romów, w odniesieniu do reszty populacji, jest często przywoływanym faktem w dokumentach strategicznych i innych opracowaniach. Aby działania wdrażane w zakresie zmiany ich sytuacji należy wcześniej stwierdzić, co jest przyczyną zaistniałej rozbieżności. W wielu opracowaniach podkreślano, że gorszy stan zdrowia społeczności romskiej związany jest ściśle z wykluczeniem społecznym, ubóstwem, ograniczeniami w dostępie do opieki medycznej, fatalnymi warunkami mieszkaniowymi czy też nieprawidłowym odżywianiem. Sytuację pogarsza w znacznym stopniu całkowity brak wiary w profilaktykę. Oczekiwana długość życia Romów, w zależności od państwa i płci badanej grupy, jest od 8 do 12 lat krótsza od reszty społeczeństwa. Na podstawie polskich badań stwierdzono, że poziom zachorowalności wśród społeczności romskiej jest wyższy od średniej dla całego kraju. O wiele częściej występują cukrzyca, choroba wieńcowa i otyłość. Uwzględniając utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej jako przyczynę złego stanu zdrowia, można rozróżnić dwie grupy przyczyn. Pierwszą z nich są bariery powstające wśród społeczności romskiej wynikające z uwarunkowań kulturowych. Drugą przyczyną są uprzedzenia społeczeństwa do przedstawicieli tej mniejszości etnicznej.

Problem nierówności w zdrowiu związany z występowaniem społeczności romskiej jest istotny nie ze względu na liczebność tej społeczności w Polsce, a na jej zróżnicowane rozmieszczenie. Jak wspomniano wcześniej, Romowie żyją w dużych skupiskach, dlatego programy zdrowotne dotyczące tej grupy etnicznej

powinny obejmować niewielkie obszary jak na przykład gminy czy powiaty. Programy ogólnopolskie czy też obejmujące całe województwa nie byłyby uzasadnione, gdyż są miejsca gdzie występowanie społeczności romskiej jest niezauważalne.

### 8.4.3. IRLANDIA – MEN'S HEALTH AND WELLBEING PROGRAMME

**Nazwa programu:** Men's Health and Wellbeing Programme

**Zasięg:** lokalny

**Czas trwania:** 2009 (10 tygodni)

**Autor:** Anne Flanery

**Opis problemu zdrowotnego:** Program obejmował uczestników mieszkających w najbardziej zaniedbanym obszarze północnej części Dublina (Dublin's North Inner City). Pomimo znacznej poprawy obszarów takich jak edukacja i zatrudnienie mieszkańcy północnej części Dublina z dzielnicą Ballybough, cierpieli z powodu niekorzystnej sytuacji społecznej. Niespełna jedna trzecia populacji (29%) ukończyła szkołę podstawową. Najwyższą stopę bezrobocia w północnej części Dublina odnotowano właśnie w dzielnicy Ballybough (23,3% mężczyzn, 19,0% kobiet). Wartości te były prawie dwa razy wyższe od stopy bezrobocia dla całego kraju. W poprzednich badaniach zidentyfikowano związek między bezrobociem i złym stanem zdrowia, który był szczególnie wyraźny wśród mężczyzn. Zwrócono także uwagę na dużą liczbę rodziców samotnie wychowujących dzieci. W około połowie rodzin, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu, był tylko jeden rodzic. W Narodowej Polityce Zdrowia Mężczyzn podkreślano, że rodziny niepełne mogą pozostawiać chłopców bez odpowiednich wzorców na przyszłość, a także mogą prowadzić do izolacji i marginalizacji ojców, którzy opuścili rodzinny dom. W tym samym dokumencie podkreślono również, że ojcowie, którzy tracą prawo do opieki nad dziećmi są narażeni na znacznie większe ryzyko przewlekłych problemów zdrowotnych, psychologicznych i samobójstw. Wśród dzieci z rozbitych rodzin stwierdzało się większe ryzyko wystąpienia negatywnych skutków w dorosłym życiu, w tym niższe osiągnięcia edukacyjne i zawodowe oraz problemy zdrowotne. Badania przeprowadzone przez Instytut Zdrowia Publicznego wykazały, że choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca, nadciśnienie, otyłość, choroba niedokrwienna serca i udar mózgu występują częściej wśród mężczyzn oraz wśród dorosłych żyjących w bardziej zaniedbanych ekonomicznie i socjalnie obszarach. Wnioski z badania SLAN National Health and Lifestyles wykazały natomiast, że odsetek palących, poziom konsumpcji alkoholu i ryzyko chorób

sercowo-naczyniowych były wyższe wśród niższych warstw społecznych. Markery niekorzystnej sytuacji społecznej, takie jak słabe wykształcenie, niskie dochody, brak ubezpieczenia zdrowotnego, bezrobocie, były również związane z gorszym zdrowiem psychicznym i dobrobytem społecznym. Autorzy podkreślali potrzebę zwiększenia wielosektorowych działań aby zbliżyć się do rozwiązania tych nierówności zdrowotnych.

**Cele programu:**

- Rozwijanie wiedzy i umiejętności dotyczących kontroli własnego zdrowia i samopoczucia wśród mężczyzn.
- Dostarczanie przystępnych informacji i wspieranie mężczyzn w dokonywaniu właściwych wyborów dotyczących stylu życia.
- Udzielanie wsparcia w podejmowaniu decyzji o zmianie stylu życia.
- Zapewnienie możliwości udziału w zajęciach sportowych dostosowanych do potrzeb i możliwości uczestników programu.
- Promowanie i wspieranie praktyk zgodnych ze zdrowym stylem życia.
- Opracowanie odpowiednich strategii nauczania i materiałów umożliwiających styl pracy skoncentrowany na uczącym się.
- Budowanie potencjału społeczności lokalnej.
- Stworzenie kontekstu umiejscawiającego uczenie się jako część życia społeczności lokalnej.
- Promowanie alternatywnych płaszczyzn społecznych i rekreacyjnych dla mężczyzn.

**Adresaci programu:** W programie wzięło udział 30. bezrobotnych mężczyzn między 30 a 64 rokiem życia, którzy nie ukończyli drugiego poziomu edukacji i nie posiadali własnego domu. Liczba uczestników badania była stosunkowo niewielka, mimo to program był bardzo skuteczny ze względu na dotarcie do właściwej grupy docelowej, której uzasadnienie było spójne z polityką rządu. Należy również zauważyć, że liczba ta była optymalna do wielkości tego rodzaju interwencji.

**Organizacja programu:** Program powstał z inicjatywy centrum pomocy bezrobotnym Larkin we współpracy z klubem sportowym Glasgow Celtic, Health Service Executive (podmiotem odpowiedzialny za dostarczenie usług zdrowotnych i socjalnych z pieniędzy publicznych), oraz Pfizer Healthcare. Program ten był inicjatywą społeczności lokalnej na rzecz społeczności w niekorzystnym położeniu.

Działalność promocyjna składała się z szeregu wątków, zarówno formalnych jak i nieformalnych. Plakat promocyjny został opracowany wspólnie przez Glasgow Celtic Football Club i Centrum Larkin. Na plakacie zawarto kwestie zdrowego stylu życia, których dotyczył program. Plakaty rozdystrybuowano na terenie North Inner City. Zaangażowani członkowie społeczności rozpowszechniali

program w swojej sieci kontaktów. Ponadto pracownica Larkin Ceneter Nicola Kelly kontaktowała się osobiście ze znaczną liczbą potencjalnych uczestników.

**Działania:** Program trwał 10 tygodni. Uczestnicy byli dzieleni na 10 lub 15 osobowe grupy. Do działań w zakresie programu należały:

- *Badania przesiewowe* - oferowane były wszystkim uczestnikom przez Pfizer Healthcare za darmo. Skrining obejmował wzrost, wagę, BMI, ciśnienie krwi, funkcjonowanie płuc, cholesterol (HDL, LDL, trójglicerydy) oraz styl życia. Kwestionariusz badający styl życia zawierał pytania dotyczące ćwiczeń i sposobu odżywiania. Badania przeprowadzono na początku i na końcu kursu w celu zidentyfikowania ewentualnych zmian w stanie zdrowia.
- *Podnoszenie świadomości* - rozmowy na tematy dotyczące zdrowia mężczyźni przedstawiciele HSE wygłosili bezpłatnie. Zakres tematów obejmował badania krwi, kontrolowanie ciśnienia i cholesterolu, kontrolę masy ciała, odżywianie, higienę jamy ustnej, fizjoterapię, zdrowie psychiczne, zdrowie seksualne, profilaktykę, podnoszenie świadomości dotyczącej przyjmowania leków i dostępu do lokalnej służby zdrowia.
- *Lekcje gotowania* - obejmowały zasady przechowywania żywności, znaczenie posiłków, gotowanie zdrowych, szybkich i tanich potraw.
- *Nauka umiejętności piłkarskich* - zajęcia prowadzone były przez dwóch trenerów z Glasgow Celtic Football Club. Zajęcia obejmowały poznanie zasad dotyczących uprawiania sportu, ocenę kondycji tlenowej i mięśniowej oraz elastyczności i składu ciała, projektowanie indywidualnych programów ćwiczeń, rozwijanie umiejętności piłkarskich i sesje gimnastyczne. Trenerzy mogli także wykorzystywać piłkę nożną jako narzędzie do przekazywania miękkich umiejętności takich jak systematyczność, punktualność, organizacja i komunikacja. Zaproponowano również uczestnikom wycieczkę do Glasgow Celtic Football Club po zakończeniu programu, co stanowiło zachętę do ukończenia kursu.

**Monitorowanie i ewaluacja:** Podejście metodologiczne przyjęte dla oceny programu można podzielić na cztery fazy:

- obserwacja uczestnicząca podczas przebiegu programu,
- dyskusja grupowa przeprowadzona z uczestnikami na koniec programu,
- zebranie informacji zwrotnych od kluczowych interesariuszy na koniec programu,
- analiza i porównanie obiektywnych danych odnoszące się do selektywnych pomiarów zdrowia i ciała, zgromadzonych na początek i koniec programu.

Skuteczność programu odnosiła się do ogólnego wpływu w zakresie realizacji celów programu. Pod uwagę brano efekty dotyczące uczestnictwa w programie, badania stanu zdrowia i pomiaru ciała, zwiększenie świadomości zdrowotnej, rozwój osobisty.

**Osiągnięcia:**

- Zwiększenie wiedzy i świadomości mężczyzn na temat zdrowego stylu życia.
- Zrozumienie i stosowanie praktyk odnoszących się do bezpiecznych ćwiczeń.
- Identyfikacja we własnym stylu życia czynników, które mogłyby przeanalizować lub zmodyfikować.
- Przekazanie wiedzy na temat zdrowej, zbilansowanej diety.
- Zyskanie pewności i kompetencji w zakresie wdrożenia zdrowych praktyk w codziennym życiu.
- Zrozumienie wpływu palenia tytoniu i nadużywania innych używek.
- Zapoznanie się z usługami zdrowotnymi świadczonymi w okolicy.
- Wykazanie podstawowych umiejętności piłkarskich, taktycznych i technicznej gry zespołowej.
- Dokonywanie świadomych wyborów dotyczących stylu życia.
  - Prowadzenie dalszych badań prowadzących do akredytacji FETAC po tym programie.

**Finansowanie i koszty programu:** Koszty operacyjne programu wyniosły 19.400 Euro i obejmowały:

- opłaty za lekcje i treningi,
- transport,
- wynajem pomieszczeń,
- materiały.

W uzupełnieniu do rocznego finansowania otrzymanego od Departamentu Spraw Społecznych i Rodzinnych pokrywających koszty lekcji gotowania, finansowanie programu zapewnili:

- IFS Trust - 5000 Euro,
- IMPACT Trade Union (Joe Lucey Fund) - 1000 Euro. IMPACT finansuje małe granty wspierając inicjatywy lokalne z obszaru edukacji i rozwoju międzykulturowego. Jednym z celów organizacji jest promowanie równości i sprawiedliwości w społeczeństwie,
- Loteria Narodowa - 6500 Euro.

Dodatkowe wsparcie dla programu stanowiło korzystanie z siłowni w lerne Sports & Social Club i transport uczestników między obiektami. Usługi te były bezpłatne, dzięki Ballybough Youth Project, którego misją jest umożliwienie młodym ludziom podejmowanie świadomych decyzji, stawanie się aktywnymi uczestnikami własnego życia, a także aktywnymi obywatelami ich lokalnej społeczności.

W Polsce obserwuje się zjawisko wysokiej nadumieralności mężczyzn, które widoczne jest już wśród chłopców. Poczynając od grupy 20-25 lat współczynnik zgonów dla mężczyzn jest 4-krotnie wyższy niż dla kobiet, zaś w kolejnych gru-

pach jest 3 i 2-krotnie wyższy. Znajduje to także odzwierciedlenie w parametrach trwania życia kobiet i mężczyzn. W dekadzie lat 90. różnica między trwaniem życia mężczyzn i kobiet malała, natomiast kolejna dekada przyniosła stopniowy wzrost różnicy do 8,7 lat w latach 2006-2008. Od 2009 r. obserwowany był ponowny spadek. Obecnie różnica w trwaniu życia mężczyzn i kobiet wynosi 8 lat. W 2013 r. przeciętne trwanie życia mężczyzn zamieszkałych w miastach wynosiło 73,5 lata. Mężczyźni na wsi żyją o 1,1 rok krócej niż mężczyźni mieszkający w mieście. Natomiast kobiety mieszkające zarówno w mieście, jak i na wsi, żyły średnio 81,1 lat.

Uznając płeć jako czynnik wpływający na nierówności w stanie zdrowia, należy zwrócić uwagę na dwa typy zależności. Pierwszy odpowiada zróżnicowaniu wynikającemu z przyczyn biologicznych, drugi zaś dotyczy aspektu społeczno-kulturowego. Obok przyczyn biologicznych, nierówności w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami wynikają również ze stylu życia, postaw wobec zdrowia i choroby czy też wzorców zachowań związanych z pełnieniem ról społecznych. Różnice te uwarunkowane są wieloma czynnikami społeczno-kulturowymi, wśród których główną rolę odgrywają stereotypy płci. Wykształcenie, wykonywany zawód oraz dochody w znacznym stopniu różnicują postawy zdrowotne. Kobiety i mężczyźni wykazują odmienne podejście do profilaktyki zdrowotnej i zachowań zagrażających zdrowiu. Dodatkowo stereotypy związane z płcią w istotny sposób wpływają za zdrowie somatyczne oraz psychiczne przedstawicieli obu płci.

Bezrobocie znajduje się w kręgu zainteresowania wielu dyscyplin naukowych, także zdrowia publicznego. Brak zatrudnienia pociąga za sobą rozległe skutki. Praca jest nie tylko źródłem utrzymania, umożliwia także kontakty społeczne, rozwój oraz organizację czasu. Utrata pracy wywołuje szereg problemów, od finansowych po zaburzenia tożsamości społecznej. Na pierwszy plan wysuwają się skutki ekonomiczne braku zatrudnienia, nie mniej ważne są jednak skutki zdrowotne i społeczne tego zjawiska.

W opisanym wcześniej programie dotyczącym zdrowia mężczyzn głównym kryterium kwalifikującym do wzięcia udziału w programie było właśnie bezrobocie. Słuszność implementacji podobnego programu w Polsce potwierdzają dane dotyczące występowania bezrobocia w Polsce, wskazujące na spore zróżnicowanie między powiatami. Według danych GUS z 2016 roku najwyższe bezrobocie odnotowano w powiecie szydłowieckim, gdzie na 1000 mieszkańców pracuje 111 osób. Jest to znacznie mniej od wartości dla województwa mazowieckiego oraz znacznie mniej od wartości dla Polski. Dodatkowo dane dotyczące nadumieralności mężczyzn, zachowań zdrowotnych i chorobowości w Polsce potwierdzają konieczność działań w kierunku poprawy zdrowia mężczyzn i zmniejszenie przepaści między parametrami dla kobiet i mężczyzn.



## PIŚMIENNICTWO

1. Carroll P, Grace B, Richardson N: What works in engaging and working with boys and men, particularly in relation to mental health and wellbeing, on the island of Ireland? Centre for Health Behaviour Research, Waterford Institute of Technology, Centre for Men's Health, Institute of Technology, Carlow, 2014.
2. Giza M: Sytuacja Romów w Małopolsce jako przykład społecznego wykluczenia *Studia Socialia Cracoviensia* 7 (2015) nr 2 (13), s. 131-144.
3. Kostrzewski S, Worach-Kardas H: Zdrowotne i społeczno-ekonomiczne aspekty długotrwałego bezrobocia w środowisku wielkomiejskim *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89(4): 504-510.
4. Królikowska S: Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej *Folia Sociologica* 2011; 39.
5. Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Główny Urząd Statystyczny.
6. Mazur S: Krajowe i wspólnotowe polityki publiczne wobec mniejszości romskiej - mapa aktywności społeczno-gospodarczej Romów Małopolska Szkoła Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2010.
7. Mirczak A: Problemy zdrowotne osób bezdomnych Wydawnictwo Scriptum, Kraków 2014.
8. Oficjalna strona internetowa miasta Nowy Sącz <http://www.nowysacz.pl/mniejszosci-narodowe> dostęp: 18.01.2017 r.
9. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku, Główny Urząd Statystyczny Warszawa 2015.
10. Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond, Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2010.
11. Program integracji społecznej Romów w Polsce na lata 2014-2020.
12. Raport o sytuacji społeczności romskiej w Polsce - marzec 2012 r. Oficjalna strona internetowa Związku Romów Polskich - Organizacji Pożytku Publicznego <http://www.romowie.com/raport.pdf> dostęp: 18.01.2017 r.
13. Richardson N. Men's health and wellbeing programme: evaluation report. Dublin: The Larkin Unemployed Centre; 2010.
14. Szewczyk M: Edukacyjne i kulturowe uwarunkowania dostępu Romów do usług medycznych *Studia Romologica* 2013; 6.

**PROJEKT PIOTRKOWSKI  
„TWOJE SERCE TWOIM ŻYCIEM”<sup>1</sup>.  
WYKORZYSTANIE POTENCJAŁU  
SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ NA RZECZ  
REALIZACJI WIELOLETNIEJ STRATEGII  
POPRAWY STANU ZDROWIA I REDUKOWANIA  
NASTĘPSTW NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH  
W ZDROWIU**

Danuta Ratajska, Janusz Tamilla

Projekt realizowany w ramach Programu PL 13 - Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu współfinansowanego z funduszy Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 oraz budżetu państwa.

## **WPROWADZENIE**

Z pozoru wszystko jest oczywiste i proste<sup>2</sup>. W praktyce jednak okazuje się, że mimo istnienia sprawdzonych zasad tworzenia programów profilaktycznych, tak aby odpowiadały potrzebom zdrowotnym adresatów programów, a także wymogów formułowanych przez płatników, pojawia się szereg trudności na kolejnych etapach ich tworzenia i wdrażania. Lektura opracowań poświęconych programom profilaktycznym wskazuje na występowanie zróżnicowania poziomu

---

<sup>1</sup> W dalszej części opracowania używany będzie skrót - „Program”.

<sup>2</sup> Światowej klasy podręcznik znany jako „PMBOK® Guide” („A Guide to the Project Management Body of Knowledge”) stanowi odzwierciedlenie współpracy oraz wiedzy praktykujących kierowników projektu i przedstawia podstawy zarządzania projektami w sposób znajdujący zastosowanie w bardzo różnych przedsięwzięciach. Ten uznany na całym świecie standard daje kierownikom projektu elementarne narzędzia praktycznego zarządzania projektami pozwalające uzyskiwać wyniki oczekiwane przez organizacje. Aktualnie w j. polskim dostępna jest piąta edycja tego kanonu wiedzy i praktyki zarządzania projektami.

znajomości metodyki zarządzania projektami, wśród ich twórców i realizatorów, co niekiedy ogranicza ich użyteczność.

W rzeczywistości zarówno wskazane powyżej reguły, jak i wymagania nie gwarantują sukcesu w osiągnięciu celów założonych w programie profilaktycznym, co z jednej strony dziwi (bo kluczowe elementy zostały rozpisane „na role”), a z drugiej strony nie zaskakuje przy uważnej analizie praktyk: (1) *przygotowania* i (2) *wdrażania oraz utrzymania* działań zaplanowanych w programie.

Jeśli uwzględnimy także przymus dokonywania koniecznych korekt wynikających z bieżących sytuacji, mając na uwadze założone cele (i ich wymiar wskaźnikowy), to sprawa jeszcze się komplikuje.

Opracowanie, które tu przedstawiamy składa się z czterech części. Trzy z nich: przygotowanie programu (9.1), wdrożenie działań oraz ich utrzymanie (9.2) oraz aspekty prawne programu (9.3) zawierają opis poszczególnych etapów i aspektów prac nad stworzeniem i realizacją programu profilaktycznego, z uwzględnieniem kluczowych problemów, z którymi jego autorzy i bezpośredni realizatorzy, spotkali się w swej pracy oraz sposobów radzenia sobie z nimi. Ostatnia czwarta część (9.4) poświęcona jest wnioskowi i rekomendacjom, które mogą być użyteczne dla przyszłych autorów i realizatorów programów odnoszących się do podobnych celów i do podobnego środowiska..

Program powstał jako wypadkowa: **oczekiwań władz Powiatu Piotrkowskiego** wyrażonych w 2014 r. w formie zapisów strategii rozwiązywania problemów zdrowotnych oraz **możliwości, które powstały** w wyniku ogłoszenia konkursu przez Ministerstwo Zdrowia w ramach programu PL13 pn. „Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu”.

### STRESZCZENIE PROGRAMU<sup>3</sup>:

Z punktu widzenia populacji powiatu piotrkowskiego, szczególne znaczenie mają choroby układu krążenia (ChUK). Wniosek ten wynika bezpośrednio z danych statystycznych dotyczących śmiertelności, zachorowalności oraz hospitalizacji. Analiza standaryzowanych wskaźników zgonów (SMR) wykazuje, że co czwarty zgon w powiecie piotrkowskim<sup>4</sup> jest „nadmiarowy”. Wartość współczynnika SMR dla zgonów z tytułu ChUK sytuuje powiat piotrkowski na jednym z najgorszych (najniższych) miejsc w Polsce. Biorąc pod uwagę tzw. kryteria negatywne (czyli lista - od najgorszego do najlepszego) to powiat piotrkowski pod tym względem zajmuje 12 pozycję na 380 powiatów dla których dostępne są dane.

<sup>3</sup> Pełny tekst diagnozy dostępny jest na stronie internetowej powiatu piotrkowskiego.

<sup>4</sup> „Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010”; Warszawa 2012 r. [wersja internetowa dostępna pod adresem: [http://www.atlas.pzh.gov.pl/metody\\_statystyczne\\_atlas.pdf](http://www.atlas.pzh.gov.pl/metody_statystyczne_atlas.pdf)].

Celem Programu było ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu na terenie powiatu piotrkowskiego poprzez podniesienie świadomości społecznej w zakresie czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz zmianę postaw w zakresie kluczowych czynników mających znaczenie w przeciwdziałaniu ChUK, tj. stylu życia oraz sposobu odżywiania. Ponadto, oferował szybki i bezpłatny dostęp do wczesnej diagnostyki w placówkach publicznej i niepublicznej służby zdrowia. Program był skierowany do osób bezpośrednio zagrożonych zapadalnością na ww. choroby, szczególnie w wyniku niskiego statusu socjalnego oraz do ogółu populacji powiatu w zakresie promocji zdrowia i zdrowego stylu życia.

Program w założeniu miał przyczynić się do poprawy wskaźnika umieralności, gdyż koncentrował się na profilaktyce schorzeń o największym oddziaływaniu na ww. wskaźnik. Oferował możliwość osobistego doświadczania zmiany m.in. w sposobie odżywiania się, aktywności i poczucia przynależności do grupy osób związanych ze zdrowym stylem życia. Co więcej, zapewniał dodatkową edukację lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nowoczesnych form profilaktyki ChUK. Zakładany był efekt synergii poprzez skoordynowaną współpracę wielu organizacji i służb działających w miejscu zamieszkania beneficjentów Programu.

W wyniku realizacji Programu część populacji zagrożona wykluczeniem zdrowotnym została poddana badaniom screeningowym lub wzięła udział w promocji zdrowia.

### **INSTYTUCJA REALIZUJĄCA PROGRAM: Starostwo Powiatowe w Piotrkowie Trybunalskim**

Odpowiedni potencjał instytucjonalny organizacji/institucji realizującej program profilaktyczny jest nie do przecenienia. Definiuje go struktura organizacyjna, stosowane procedury oraz istniejące powiązania kooperacyjne z potencjalnymi partnerami w programie. Struktura Starostwa Powiatowego obejmuje 8 wydziałów, 2 biura oraz stanowiska samodzielne co zapewnia ciągłość realizacji zadań administracji samorządowej. Założono, że potencjał kadrowy częściowo zaspokoi potrzeby zarządzania w Programie, jednakże planowane było zatrudnienie dodatkowych osób, co wynika z ograniczeń czasu pracy regulowanego ustawowo. Oprócz zasobów ludzkich, instytucja/organizacja wdrażająca i realizująca program musi mieć wydajne procedury, związane szczególnie z postępowaniem w przypadku zamówień publicznych; najlepiej regulamin, bądź podobny dokument gwarantujący przejrzystość zakupów usług i towarów.

Z kolei formalnym potwierdzeniem potencjału instytucjonalnego Starostwa był certyfikat ISO 9001:2009 przyznany w zakresie administracji publicznej oraz zarządzenia wprowadzone w oparciu o ww. standard. W konsekwencji można było przyjąć, że kluczowe działania Starostwa realizowane będą w najwyższych

standardach, m.in. poprzez zorientowanie na klienta; transparentne przywództwo (kierownictwo organizacji wypracowuje kierunki jego rozwoju); zaangażowanie ludzi; podejście procesowe; systemowe podejście do zarządzania jakością; ciągłe doskonalenie, rzeczowe podejście do podejmowania decyzji. Nie bez znaczenia dla założenia skuteczności realizacji Programu były wcześniejsze, pozytywne doświadczenia Starostwa i jednostek organizacyjnych Powiatu w realizacji projektów o podobnym zakresie; należy założyć możliwość dokonywania transferu wiedzy i doświadczenia, szczególnie w obszarze współpracy ze służbami pomocy społecznej i ochrony zdrowia.

### **INSTYTUCJA FINANSUJĄCA PROGRAM: Ministerstwo Zdrowia**

Podstawą realizacji Programu był Projekt - program operacyjny PL 13 dotyczący ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, realizowany w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Projekt PL13 był programem partnerskim z darczyńcami, realizowanym we współpracy z Norweskim Dyrektoriatem do Spraw Zdrowia. Składał się z tzw. projektu predefiniowanego oraz z projektów pilotażowych polegających na realizacji konkretnych działań w zakresie zdrowia publicznego na poziomie lokalnym - w wybranych powiatach.

**BUDŻET PROGRAMU: 2 549 319 zł**

**TERMIN REALIZACJI PROGRAMU: 01.09.2015 - 28.02.2017**

(wybrane zadania Programu są kontynuowane ze środków własnych powiatu)

### **INSTYTUCJA MERYTORYCZNIE WSPOMAGAJĄCA PROGRAM:**

**Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**

Program, co do zasady, wymagał wsparcia merytorycznego placówki naukowo-badawczej z dziedziny medycyny społecznej. Dokonano wyboru Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z dwóch kluczowych przesłanek:

- 1) Merytorycznej: Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi jest ośrodkiem koordynującym realizację Programu CINDI WHO w Polsce, międzynarodowego programu prewencji chorób przewlekłych i promocji zdrowia i od 1997 ma status ośrodka referencyjnego WHO (*WHO Collaborating Centre for Noncommunicable Disease Prevention and Control*). Rozwiązania wypracowane w projekcie CINDI stanowiły fundament podejścia do kwestii żywienia w kontekście profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu krążenia.

- 2) Metodologicznej: rozwiązania przyjęte w Programie jako modelowe zostały zaczerpnięte z program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu krążenia realizowanego przez Katedrę Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w latach 2006-2008 w zróżnicowanym środowisku badawczym. Rozwiązania przyjęte w tym programie zostały uznane jako standard w zakresie koncepcji, jak i zastosowanych narzędzi.

## 9.1. FAZA I - PRZYGOTOWANIE PROGRAMU

### 9.1.1. GENEZA PROGRAMU:

Faktyczne przygotowania do opracowania i realizacji programu profilaktycznego w zakresie chorób układu krążenia (ChUK) miały miejsce już w 2013 r. W trakcie prac nad nowym dokumentem strategicznym dla Powiatu Piotrkowskiego uznano, że zagadnienie zdrowia mieszkańców należy uznać za jeden z kluczowych priorytetów i nadać mu szczególną rangę poprzez opracowanie odrębnego dokumentu. Było to bezpośrednie następstwo opublikowania w 2012 r. przez Biuro Projektowe w Polsce Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) wyników swoich badań i analiz pt. „Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym, Polska 2012, Rozwój regionalny i lokalny”<sup>5</sup>. Zastosowane w nich wskaźniki: LHDI - Lokalny Wskaźnik Rozwoju Społecznego; HI - Wskaźnik Zdrowia, EI - Wskaźnik Edukacji oraz WI - Wskaźnik Zamożności, pozwalały zobiektywizować wiedzę na temat stopnia rozwoju danego regionu (powiatu) w sposób wielowymiarowy. Należy podnieść, że w Wskaźnik Zdrowia zbudowano na: Wskaźniku przeciętnego trwania życia oraz Zagregowanym współczynnikiem zgonów z powodu nowotworów i chorób układu krążenia. Wartość ww. wskaźników przybiera wartość w przedziale 1-100, przy czym im wartość wyższa, tym wyższy „poziom rozwoju”. W przedmiotowym opracowaniu, w ocenie UNDP w 2012 r., Powiat Piotrkowski został usytuowany w obszarze 39 powiatów w Polsce o najniższej wartości Wskaźnika Rozwoju i Wskaźnika Zdrowia. Powiat Piotrkowski, wg analiz UNDP należy do grupy 30 najuboższych powiatów w Polsce

Po kilku miesiącach analiz<sup>6</sup> i konsultacji Rada Powiatu w Piotrkowie Trybunalskim w dniu 23 maja 2014 r. jednogłośnie przyjęła tekst dokumentu pn. „Powia-

<sup>5</sup> Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym Polska 2012 - Rozwój regionalny i lokalny Biuro Projektowe UNDP w Polsce Warszawa 2012; wersja internetowa - <http://issuu.com/undp/poland/docs/raport>.

<sup>6</sup> Punktem wyjścia do poniższych analiz były dane uzyskane z Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi (WCZP), a dedykowane dla powiatu piotrkowskiego oraz własne opracowania przygotowane m.in. na podstawie „Sytuacja zdrowotna ludności

towa Strategia Rozwiązywania Problemów Zdrowotnych Mieszkańców Powiatu Piotrkowskiego na lata 2014 - 2020” (zwanej dalej Strategią) - uchwała Nr XXXIX/293/14<sup>7</sup>.

W Strategii, jako cele strategiczne wskazano m.in. zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu poprzez usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z grup ryzyka chorób niezakaźnych, szczególnie poprzez działania podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto, za priorytet uznano zmniejszenie poziomu zachorowalności i śmiertelności mieszkańców powiatu piotrkowskiego poprzez zwiększenie skuteczności zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia chorób niezakaźnych. Uznano także konieczność kształtowania prozdrowotnych i proekologicznych postaw mieszkańców powiatu poprzez aktywizację jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działania na rzecz zdrowia społeczeństwa.

Celem zapewnienia możliwości realizacji Strategii w maju 2014 r., z inicjatywy Starosty Piotrkowskiego, powołano Radę ds. Zdrowia. W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele większości interesariuszy wskazanych w dalszej części tekstu (patrz 9.2.1). Ustalono, że Rada będzie miała charakter konsultacyjno-doradczy dla Starosty. Ustalono, że Rada będzie opiniowała kluczowe dokumenty (rozwiązania), które związane są ze zdrowiem mieszkańców powiatu piotrkowskiego. Na kolejnym spotkaniu, w dniu 20 maja br., Rada zapoznała się z projektem Powiatowej Strategii Rozwiązywania Problemów Zdrowotnych Mieszkańców Powiatu Piotrkowskiego na lata 2014-2020.

Jednocześnie należy odnotować, że z inicjatywy Starosty Powiatu Piotrkowskiego podpisane zostało Porozumienie na rzecz zdrowia mieszkańców powiatu piotrkowskiego. Sygnatariuszami tego dokumentu są przedstawiciele interesariuszy projektu oraz inne osoby fizyczne, które w ten sposób deklarują gotowość współpracy.

Nie ma wątpliwości, że zdefiniowanie w Strategii celów, mających swoje odniesienie do wszechstronnej analizy problemów i zagrożeń, niezwykle silnie korelowało z założeniami dla projektu PL 13, co stanowiło dobry grunt do szybkiej decyzji Zarządu Powiatu o przystąpieniu do PL 13.

---

Polski i jej uwarunkowania” (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny) i zawartych w „Atlasie umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010” Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PIH).

<sup>7</sup> Pełny tekst dostępny na stronie internetowej Powiatu Piotrkowskiego.



### 9.1.2. BENEFICJENCI PROGRAMU:

#### A. Kryterium wyboru grupy:

Wybór grupy docelowej (Beneficjentów Programu) był następstwem szczegółowej analizy i oceny potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu piotrkowskiego. Na etapie konstruowania Programu przyjęto założenie, mające swoje uzasadnienie w materiale empirycznym, że niezbędne jest przygotowanie specjalnej formy interwencji o charakterze programu profilaktyki i promocji zdrowia wobec osób spełniających określone kryteria.

Przyjęto, zgodnie z zebraniem materiałem empirycznym, że w świetle założeń (celów) Programu i wniosków wynikających z analiz statystycznych i epidemiologicznych, grupą docelową powinny być osoby dorosłe (kobiety i mężczyźni), spełniające łącznie następujące kryteria:

- a. korzystają ze świadczeń gminnego ośrodka pomocy społecznej z tytułu dochodów nie przekraczających kryterium dochodowości określone w ustawie o pomocy społecznej, i
- b. znajdują się przedziale wiekowym przedziale 25-55 lat i
- c. posiadają wykształcenie nie wyższe niż średnie.

Tak przyjęte założenia w fazie konstrukcji Programu były testowane, m.in. pod kątem poziomu funkcjonowania psychospołecznego, które - w świetle literatury specjalistycznej - dość silnie korelują z poziomem wykształcenia formalnego. Jest to ważne co najmniej z dwóch powodów:

- po pierwsze - niski poziom wykształcenia stanowi czynnik niekorzystnie wpływający na nawyki i wiedzę dotyczącą zachowań prozdrowotnych;
- po drugie - im niższy poziom sprawności psychospołecznej, tym prostszy język należy stosować w przekazach. Jest to kryterium wymagań dotyczących *cech przekazu* (język, styl, złożoność/prostota, itp. cechy), które są głównym nośnikiem idei w promocji zdrowia (por. zalecenie prowadzenia oddziaływań w sferze promocji zdrowia w oparciu o metody kognitywno-behawioralne)

Dane zebrane z gminnych ośrodków pomocy społecznej w ostateczności pozwoliły na korektę głównych kryteriów doboru grupy uwzględniając również osoby, które pobierały świadczenia rodzinne. Na etapie wdrażania programu i trzymania procesów zaistniały jednak okoliczności, które spowodowały konieczność dokonania zmian w tym zakresie (patrz: rozdz. 9.2 i 9.3 niniejszego opracowania).

Zebrany materiał demograficzny wskazał na 2293 osoby spełniające wyjściowe kryterium możliwości skorzystania z działań opisanych w projekcie. Pod względem demograficznym, kobiety - mężczyźni, wskazana grupa docelowa była

podobna, co wynika ze zgromadzonych danych znajdujących potwierdzenie w danych GUS (stan na 31.12.2012 r. - Baza Danych Lokalnych), dla populacji w wieku 25-54 żyjącej na terenie powiatu piotrkowskiego: Kobiety - 18 494; Mężczyźni - 19 865. Ustalenie to było istotne z punktu widzenia oszacowania liczby beneficjentów, którzy mogli skorzystać z określonych rodzajów działań przewidzianych w Programie, tj. tzw. Akademii. Stworzono specjalny arkusz symulacji udziału tych osób w poszczególnych fazach Programu.

Z danych Powiatowego Urzędu Pracy wynika, że grupa ta charakteryzuje się zbliżonym odsetkiem bezrobocia, choć, na co należy wskazać w kontekście specyfiki regionu powiatu piotrkowskiego (typowo rolniczy z dominującymi małymi gospodarstwami rolnymi), część osób w tej grupie stanowią osoby mające małe gospodarstwa rolne (powyżej 2 ha przeliczeniowych), czyli nie mogących uzyskać statusu osoby bezrobotnej.

## **B. Opis potrzeb, które zostaną zaspokojone dzięki realizacji Programu**

Realizacja działań zaplanowanych w omawianym programie to - zdaniem jego autorów - swoista technika oddziaływania na ludzi mająca na celu uzyskanie określonych zmian w ich postawach. Zidentyfikowanie potrzeb miało swoje silne uzasadnienie dla zaplanowania działań, bo Program, w założeniu, miał na celu zaspokojenie następujących obszarów potrzeb Beneficjentów:

### **a. Obszar I - potrzeby zdrowotne:**

- Przeprowadzenie badań, które pozwolą na określenie nasilenia czynników ryzyka wystąpienia ChUK;
- Przekazanie pod opiekę medyczną w związku z wystąpieniem nasilenia czynników ChUK;
- Przeprowadzenie badań diagnostycznych (lekarskich i laboratoryjnych);
- Zapewnienie szybkiej konsultacji lekarza specjalisty kardiologa, w sytuacji, gdy wyniki badań będą wskazywały na istotne ryzyko ChUK;
- Możliwość skorzystania z profesjonalnej terapii w zakresie odzwyczajania się od palenia tytoniu;
- Możliwość uzyskania pomocy psychologicznej w trudnych życiowo sytuacjach;
- Przeprowadzenie badań kontrolnych, wg schematu określonego w Programie, po upływie ok. 2 lat i otrzymanie sugestii w zakresie stanu zdrowia oraz sugestii działań związanych z ryzykiem indywidualnym ChUK;
- Przekazanie pod opiekę medyczną w związku z wystąpieniem nasilenia czynników ChUK, w przypadku ich wystąpienia lub w sytuacji, gdy zlekceważył wcześniejsze zalecenia;
- Przeprowadzenie badań diagnostycznych (lekarskich i laboratoryjnych) dla celów kontrolnych.

**b. Obszar II - potrzeby poznawcze:**

- Uzyskanie wiedzy na temat wpływu własnego zachowania na nasilenie czynników ryzyka ChUK;
- Uzyskanie wiedzy w zakresie zdrowego stylu życia jako sposobu na zapobieganie wystąpienia ChUK;
- Uzyskanie profesjonalnego poradnika żywieniowego zawierającego przepisy kulinarne korzystnie wpływające na układ krążenia;
- Doświadczenie możliwości nauczania się pod okiem Trenera - specjalisty przepisów zdrowej kuchni i zrealizowania własnych pomysłów;
- Doświadczenie pod okiem Trenera, różnych form aktywności ruchowej - zdrowych z punktu widzenia układu krążenia.

**c. Obszar III - potrzeby społeczne:**

- Zapewnienie wsparcia dla rozwijania w sobie motywacji do zmiany;
- Udział w spotkaniach i imprezach sprzyjających integracji w środowisku;
- Utrwalenie społecznej funkcji ośrodków pomocy społecznej.
- Pozytywne doświadczenia w relacjach międzyludzkich;
- Wsparcie w trudnych sytuacjach w postaci poradnictwa specjalistycznego;
- Identyfikacja ze środowiskiem lokalnym.

**C. Sposób rekrutacji**

Znacząca część programów profilaktycznych ChUK daje uczestnikom możliwość uzyskania wiedzy na temat własnego stanu zdrowia, a także poznania zaleceń profilaktycznych. Problem w tym, że wiele osób z tej oferty nie korzysta. Autorzy badań profilaktycznych zakładają często, że każda osoba jest na równi zainteresowana własnym zdrowiem, a w praktyce osoby, które zachowują się w sposób zagrażający zdrowiu, a nawet mają objawy subkliniczne nie zgłaszają się do udziału w programach. Stąd wiedza o rzeczywistej liczbie osób będących w grupie ryzyka jest niewystarczająca. Przykładem może być tutaj przypadek nadciśnienia tętniczego. Z badań do których dotarli autorzy Programu wynikało, że „Adresowanie działań prewencyjnych do jednostek podstawowej opieki zdrowotnej wymaga uświadomienia, że grupa osób, które z niej korzystają różni się znacznie od populacji ogólnej”<sup>8</sup>. W tym samym opracowaniu autor wskazuje, że jakkolwiek mężczyźni z nadciśnieniem tętniczym stanowią 71% pacjentów lekarzy POZ, to jednocześnie w całej populacji nasilenie tego problemu jest znacząco większe. Osoby nierozpoznające zagrożeń zdrowia, nawet te prowadzące niezdrowy styl życia, czy też mające objawy subkliniczne, z różnych przyczyn, nie mają motywacji, aby korzystać z pomocy medycznej. Z tego

---

<sup>8</sup> Andrzej Pająk, „Metody prewencji”, w: „Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki”, str. 120.

powodu, jak wskazuje cytowany autor - „Często samo zaproszenie nie wystarcza; w praktyce konieczne jest stworzenie systemu rekrutacji.(...) „Dobry system rekrutacji powinien zapewnić co najmniej 70% populacji objętej opieką”<sup>9</sup>.

Autorzy omawianego Programu wyszli z założenia, że są grupy społeczne, do których trzeba bezpośrednio dotrzeć z ofertą, albowiem ich sytuacja społeczno-ekonomiczna i psychologiczna stanowi potencjalną przeszkodę w skorzystaniu z dobrodziejstw programu profilaktyki chorób i promocji zdrowia. W konsekwencji niezbędne jest bezpośrednie wejście w środowisko tych osób, wyjaśnienie im znaczenia propozycji, a dalej włączenie w ciąg relacji w społeczności lokalnej i motywowanie do kontynuowania współpracy. Uznano, że nie do przecenienia w tym zakresie jest wiedza i umiejętności lokalnych pracowników Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej. Stali się Oni osobami na - ujmując rzecz lapidarnie - tzw. „pierwszej linii frontu”.

### 9.1.3. CELE PROGRAMU<sup>10</sup>

Praca nad celami nieodłącznie powiązana jest z określeniem oczekiwanych rezultatów i wskaźników osiągnięcia tych celów. W takim właśnie ujęciu przedstawiamy przyjęte w Programie cele szczegółowe.

Jako cel nadrzędny przyjęto:

*Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu na terenie powiatu piotrkowskiego poprzez podniesienie świadomości społecznej w zakresie czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.*

Z kolei cel główny zdefiniowano następująco:

*Zapewnienie mieszkańcom powiatu piotrkowskiego znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej pełnego dostępu do wczesnej diagnostyki chorób układu krążenia, opartej na działaniach profilaktycznych oraz promocji zdrowego stylu życia, a w konsekwencji zmniejszenie zachorowalności.*

Cele operacyjne miały, co oczywiste, bardziej rozbudowany charakter. Zostały one przedstawione w tabeli 8:

---

<sup>9</sup> Tamże; s. 121.

<sup>10</sup> W niniejszym opracowaniu koncentrujemy się wyłącznie na aspektach treściowych celów. Zastosowane przez nas metodyki ich określania (m.in. SMART) są obszernie omawiane w literaturze.

**Tabela 8**  
Cele operacyjne Programu

<b>I. CELE DOTYCZĄCE CZYNNIKÓW RYZYKA I DZIAŁANIA W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA</b>	
<b>Cel operacyjny I.1.</b> Wzrost poziomu wiedzy na temat zdrowego sposobu odżywiania się oraz poprawa sposobu żywienia wśród Beneficjentów oraz w społecznościach lokalnych.	
<p><b>Oczekiwane rezultaty:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Zorganizowanie minimum 50 filii Akademii Zdrowego Żywienia (AZŻ).</li> <li>2) Zaangażowanie się minimum 40% Beneficjentów w działalność AZŻ.</li> <li>3) Zwiększenie w gminach liczby kwalifikowanych instruktorów z zakresu zdrowego odżywiania się.</li> <li>4) Upowszechnianie się zasad prawidłowego żywienia.</li> <li>5) Wzrost zainteresowania wśród Beneficjentów zasadami zdrowego odżywiania się.               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wzrost wiedzy na temat zależności pomiędzy zdrowym odżywianiem się a zapadalnością na ChUK.</li> </ol> </li> <li>6) Pozytywna zmiana w strukturze spożycia artykułów spożywczych niekorzystnych dla zdrowia (m.in. spadek spożycia soli, cukru, tłuszczu zwierzęcych).</li> </ol>	<p><b>Wskaźniki:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Liczba filii AZŻ.</li> <li>2) Odsetek uczestników zajęć praktycznych w AZŻ.</li> <li>3) Liczba rozpowszechnionych poradników zdrowego żywienia.</li> <li>4) Liczba oryginalnych przepisów autorstwa uczestników zajęć praktycznych w AZŻ znajdujących się w suplemencie do ww. poradnika.</li> <li>5) Wyniki ankiet przeprowadzonych wśród Beneficjentów w czasie badań kontrolnych dotyczących zachowań prozdrowotnych prowadzonych przez Konsultantów w poszczególnych filiach AZŻ.</li> <li>6) Liczba uczestników zajęć pokazowych w zakresie zdrowego odżywiania się organizowanych w czasie akcji promujących Program.</li> <li>7) Liczba upowszechnionych materiałów edukacyjnych.</li> </ol>
<b>Cel operacyjny I.2.</b> Zwiększenie aktywności fizycznej wśród Beneficjentów oraz w społecznościach lokalnych.	
<p><b>Oczekiwane rezultaty:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Zorganizowanie minimum 15 filii Akademii Ruchu (AR).</li> <li>2) Zaangażowanie się co najmniej 20 % Beneficjentów w działalność AR.</li> <li>3) Różnorodność form zorganizowanej aktywności fizycznej.</li> <li>4) Wzrost wiedzy na temat zależności pomiędzy aktywnością fizyczną się a zapadalnością na ChUK.</li> <li>5) Stworzenie pozytywnego klimatu dla współzawodnictwa amatorskiego w zakresie kierowanej aktywności fizycznej.</li> <li>6) Zwiększenie w gminach liczby kwalifikowanych instruktorów z zakresu sportu i rekreacji.</li> </ol>	<p><b>Wskaźniki:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Liczba filii AR.</li> <li>2) Odsetek Beneficjentów - uczestników zajęć w AR.</li> <li>3) Rodzaje zorganizowanej aktywności fizycznej w AR.</li> <li>4) Liczba turniejów, w których uczestniczyli członkowie AR.</li> <li>5) Liczba Beneficjentów uczestników zajęć rekreacyjnych organizowanych w czasie akcji promującej Program.</li> <li>6) Wyniki ankiet przeprowadzonych wśród Beneficjentów w czasie badań kontrolnych dotyczących zachowań prozdrowotnych prowadzonych przez Konsultantów.</li> <li>7) Liczba upowszechnionych materiałów edukacyjnych.</li> </ol>

<p><b>Cel operacyjny I.3.</b>  <b>Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu wśród Beneficjentów oraz w społecznościach lokalnych.</b></p>	
<p><b>Oczekiwane rezultaty:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wzrost liczby osób, które podjęły decyzję o wyeliminowaniu palenia z własnego życia.</li> <li>2) Wzrost wiedzy na temat zależności pomiędzy paleniem tytoniu a ChUK.</li> <li>3) Wzrost liczby uczestników spotkań zorganizowanych dla Beneficjentów na temat sposobów wychodzenia z uzależnienia tytoniowego realizujących w ramach Akademii Dobrej Rady (ADR).</li> <li>4) Stworzenie atmosfery społecznej akceptacji dla życia wolnego od dymu tytoniowego.</li> </ol>	<p><b>Wskaźniki:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Liczba uczestników dedykowanych zajęć w ADR.</li> <li>2) Liczba porad w zakresie tematyki „rzucania palenia”.</li> <li>3) Liczba godzin zajęć o charakterze wychodzenia z uzależnienia tytoniowego.</li> <li>4) Wyniki ankiet przeprowadzonych wśród Beneficjentów w czasie badań kontrolnych dotyczących zachowań prozdrowotnych prowadzonych przez Konsultantów.</li> <li>5) Liczba upowszechnionych materiałów edukacyjnych.</li> </ol>
<p><b>Cel operacyjny I.4.</b>  <b>Zwiększenie wśród Beneficjentów oraz w społecznościach lokalnych poczucia wsparcia w trudnych psychologicznie sytuacjach życiowych.</b></p>	
<p><b>Oczekiwane rezultaty:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wzrost liczby osób, które w trudnych psychologicznie sytuacjach życiowych podjęły decyzje o korzystaniu z pomocy profesjonalnej (psycholog/lekarz).</li> <li>2) Wzrost wiedzy na temat zależności pomiędzy negatywnym („złym”) stanem psychicznym, a zapadalnością na ChUK.</li> <li>3) Wzrost liczby uczestników spotkań zorganizowanych dla Beneficjentów na temat sposobów radzenia sobie ze stresem w ramach ADR.</li> <li>4) Stworzenie atmosfery społecznej akceptacji dla udzielania wsparcia psychicznego osobom w trudnych sytuacjach życiowych.</li> </ol>	<p><b>Wskaźniki:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Liczba uczestników dedykowanych zajęć w ADR.</li> <li>2) Liczba porad w zakresie trudnych psychologicznie sytuacjach życiowych.</li> <li>3) Liczba godzin zajęć o charakterze profesjonalnego wsparcia psychologicznego.</li> <li>4) Wyniki ankiet przeprowadzonych wśród Beneficjentów w czasie badań kontrolnych dotyczących zachowań prozdrowotnych prowadzonych przez Konsultantów.</li> <li>5) Liczba upowszechnionych materiałów edukacyjnych.</li> </ol>
<p><b>II. CELE DOTYCZĄCE PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA</b></p>	
<p><b>Cel operacyjny II.1.</b>  <b>Wczesna identyfikacja osób z podwyższonym globalnym wskaźnikiem ryzyka chorób układu krążenia</b></p>	
<p><b>Oczekiwane rezultaty:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wczesna identyfikacja osób z nasiloną wartością czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz wdrożenie u tych osób działań zapobiegawczo-leczniczych.</li> <li>2) Wzrost kompetencji personelu medycznego w dziedzinie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu krążenia (ChUK).</li> <li>3) Wzrost poziomu wiedzy w wybranych grupach zawodowych oraz środowiskach organizacji pozarządowych w zakresie czynników ryzyka ChUK.</li> </ol>	<p><b>Wskaźniki (z uwzględnieniem wieku i płci):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Liczba osób, u których wg kryteriów medycznych zidentyfikowano istotną wartość czynników ryzyka, poddanych interwencji medycznej o charakterze zapobiegawczo-leczniczym.</li> <li>2) Liczba osób uczestniczących w szkoleniach.</li> <li>3) Wyniki pre- i post- testów w czasie szkoleń.</li> <li>4) Minimum 80% beneficjentów poddało się ankietowaniu oraz badaniu ciśnienia krwi.</li> </ol>

<p>4) Usprawnienie procesu wczesnej identyfikacji osób z ryzykiem ChUK w środowisku osób znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej (ubóstwo).</p> <p>5) Zmniejszenie zachorowalności z powodu ChUK.</p>	<p>5) Minimum 70 % z wytypowanych przez pracowników pomocy społecznej w fazie wstępnego badania Beneficjentów zgłosiło się do pielęgniarki poz.</p> <p>6) Minimum 90% skierowanych do lekarza poz zgłosiło się do lekarza.</p> <p>7) Minimum 90% skierowanych przez lekarza poz na badania diagnostyczne laboratoryjne zgłosili się do laboratorium (we właściwych fazach Programu).</p> <p>8) Minimum 90% skierowanych przez lekarza poz zgłosiło się na konsultacje kardiologiczna (we właściwych fazach Programu).</p> <p>9) Liczba wykonanych badań diagnostycznych na etapie podstawowym i pogłębionym</p> <p>10) Liczba osób z określonym poziomem ryzyka ChUK - rozkład czynników wśród beneficjentów.</p>
<p><b>Cel operacyjny II.2.</b>  <b>Usprawnienie systemu współpracy między poszczególnymi instytucjami i organizacjami na rzecz wczesnej diagnostyki chorób układu krążenia.</b></p>	
<p><b>Oczekiwane rezultaty:</b></p> <p>1) Współpraca w zakresie kierowania osób z czynnikami ryzyka do właściwych placówek medycznych i propagujących zdrowy styl życia.</p> <p>2) Zwiększenie zakresu współpracy w czasie imprez propagujących zdrowy styl życia.</p>	<p><b>Wskaźniki:</b></p> <p>1) Liczba wspólnych spotkań merytorycznych oraz kooperacji w czasie akcji promujących Program.</p> <p>2) Liczba interwencji Konsultantów i/lub Instruktorów w zakresie motywowania Beneficjentów z podwyższonymi czynnikami ryzyka ChUK do kontynuowania udziału w Programie „Twoje serce - Twoim życiem” (dalej zwanym „Programem”).</p> <p>3) Liczba incydentów zaburzeń w przekazywaniu informacji pomiędzy poszczególnymi ogniwami w Programie.</p>



**Tabela 9.**

Zestawienie zbiorcze w odniesieniu do monitorowania

Cel projektu	Wskaźnik	Sposób weryfikacji	Wartość bazowa	Wartość docelowa
Zapobieganie lub zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia	Wdrożony wśród społeczności lokalnych kompleksowy program promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej	Raport końcowy z realizacji projektu zaakceptowany przez Operatora Programu	0	1
Rezultat projektu	Wskaźnik	Sposób weryfikacji	Wartość bazowa	Wartość docelowa
Programy promocji zdrowia wśród społeczności lokalnych	Liczba osób uczestniczących w programach promocji zdrowia, łącznie z uczestnikami akcji promujących zdrowie	Dokumentacja fotograficzna, liczba rozdanych materiałów informacyjno-promocyjnych	0	15000
Programy profilaktyki chorób wśród społeczności lokalnych	Liczba osób uczestniczących w programach profilaktyki chorób, łącznie z osobami poddanymi badaniom	Raport końcowy z realizacji programu profilaktyki chorób układu krążenia wśród społeczności lokalnych	0	1818

**Tabela 10.**

Zestawienie zbiorcze w odniesieniu do wskaźników monitorowania

Wynik projektu	Wskaźniki <sup>1</sup>	Sposób weryfikacji	Wartość bazowa	Wartość docelowa
<b>W ramach rezultatu 1</b>				
Szkolenie pod nazwą „Czynniki ryzyka w chorobach układu krążenia”	Liczba osób objętych szkoleniem	Listy obecności na szkoleniu	0	120
Szkolenia instruktorów w ramach Akademii Zdrowego Żywienia; Akademii Ruchu; Akademii Dobrej Rady	Liczba osób objętych szkoleniem	Listy obecności na szkoleniu	0	90
<b>W ramach rezultatu 2</b>				
Badania profilaktyczne w kierunku chorób układu krążenia	Liczba osób objętych badaniami profilaktycznymi z co najmniej jedną interakcją medyczną	Karty pacjentów	0	1273
Badania profilaktyczne w kierunku chorób układu krążenia	Liczba osób objętych badaniami profilaktycznymi z co najmniej jedną interakcją medyczną	Karty pacjentów	0	1273
Badania profilaktyczne w kierunku chorób układu krążenia	Liczba osób objętych pakietem badań podstawowych	Karty pacjentów	0	1273

<sup>1</sup> Wskaźniki są podstawą do oceny realizacji części merytorycznej projektu oraz jego rezultatów. Dlatego każdy ze wskaźników powinien być bardzo dokładnie oszacowany oraz powinien mieć określony sposób pomiaru i weryfikacji. Wybór dokumentacji na podstawie, której potwierdzone zostanie osiągnięcie zaplanowanych wartości docelowych, to bardzo ważny i kluczowy dla późniejszego prawidłowego rozliczenia, element projektu.

- Założono również, że Program wygeneruje następujące efekty mnożnikowe:
- opracowanie i wydanie „Księgi Dobrych Praktyk Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Układu Krążenia”. Adresatami tego opracowania, które będzie dostępne również w wersji elektronicznej na stronie internetowej Programu, będą wszystkie podmioty i osoby, które planują realizować tego typu działania;
  - wydanie poradnika żywienia - poradnik zostanie rozpowszechniony w formie wydrukowanej, jak również będzie dostępny z poziomu strony internetowej, publikacja będzie dostępna po zakończeniu realizacji projektu;
  - zaplanowane szkolenia lekarzy POZ i innego personelu medycznego w zakresie ChUK, będą kanałem transferu wiedzy specjalistycznej, wiedza ta zostanie wykorzystana w działalności operacyjnej przychodni POZ, w tym w zakresie prowadzenia programów profilaktycznych w publicznym systemie zdrowia;
  - warsztaty w zakresie zdrowego żywienia w organizacjach pozarządowych będą kanałem transferu wiedzy i kompetencji skierowanym do przedstawicieli NGOs, podnosząc kompetencje podmiotów w zakresie działalności operacyjnej;
  - wiedza zgromadzona w projekcie pozwoli na planowanie celowanych akcji informacyjnych i programów profilaktycznych w kolejnych latach, bez kierowania zasobów, w tym finansowych, w obszary interwencji nie korespondujące z potrzebami populacji powiatu;
  - strona internetowa projektu zostanie utrzymana po jego realizacji i zostanie przekształcona w powiatowy portal zdrowia informujący o aktualnych programach profilaktycznych, placówkach medycznych, zagrożeniach epidemiologicznych, etc.

#### 9.1.4. MONITORING RZECZOWEJ REALIZACJI PROJEKTU

Monitoring bieżących postępów w realizacji projektu był prowadzony metodą Earned Value (EV). Ponieważ projekt został podzielony na zadania, którym przyporządkowano konkretne etapy realizacji oraz jednostkowe koszty, decyzja o stosowaniu tej metody do kontroli projektu była zasadna i efektywna. Metoda ta pozwoliła na analizę odchyień kosztów w czasie, co z punktu widzenia kontroli projektu było rozwiązaniem optymalnym. Odpowiedzialność za prawidłowy przebieg procesu monitoringu rzeczowej realizacji projektu ponosił Kierownik projektu. Wyniki i rezultaty projektu były badane przez Wnioskodawcę w trakcie i na zakończenie rzeczowego etapu projektu. Na zakończenie każdego kwartału od momentu zawarcia umowy o dofinansowanie, badany był postęp rzeczowy projektu i stopień realizacji wskaźników poprzez ich porównanie z zamówieniem i założonym harmonogramem prac. Wartość docelowa wykazana została w sprawozdaniu końcowym ujętym we wniosku o płatność końcową złożonym po zakończeniu finansowym projektu.

### 9.1.5. PROCEDURA ZARZĄDZANIA RYZYKIEM I MONITORING RZECZOWEJ REALIZACJI PROJEKTU

Odpowiedzialność za prawidłowy przebieg procesu zarządzania ryzykiem ponosi Kierownik projektu. Zakres odpowiedzialności obejmował przede wszystkim:

- ocenę sposobu identyfikacji i zarządzania ryzykiem przez kierowników zespołów,
- wybór działań kontrolujących ryzyko (tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się, działanie).

Członkowie zespołu mieli obowiązek dokonywania comiesięcznych przeglądów czynników ryzyka identyfikowanych w swoich obszarach oraz skuteczności podejmowanych działań kontrolujących ryzyko.

Dla projektu zidentyfikowano następujące ryzyko:

Tabela 11.

Ryzyko zdefiniowane dla projektu

Opis ryzyka	Prawdopodobieństwo	Wpływ	Plan zmniejszenia ryzyka
<b>Techniczne/technologiczne:</b> <i>Ryzyka szczególne:</i> - ryzyko krzywej mocy produkcyjnych sprzętu medycznego.	Niskie	Wysoki	Zaplanowano dywersyfikację wykonawców merytorycznych elementów projektu, poprzez umożliwienie składania ofert częściowych w ramach zamówienia publicznego dla działania nr 4.
<b>Finansowe:</b> <i>Ryzyka szczególne:</i> - ryzyko szacowania kosztów; - ryzyko płynności finansowej.	Niskie	Niski	Ryzyko szacowania kosztów zostało ograniczone poprzez przeprowadzenie rozeznania rynku w zakresie badań laboratoryjnych i konsultacji medycznych. Dodatkowo Realizator zaplanował w budżecie rezerwę na potrzeby ewentualnego wzrostu kosztów.
<b>Prawne:</b> <i>Ryzyka szczególne:</i> - ryzyko zamówień publicznych; - ryzyko kontraktowe.	Niskie	Niski	Realizator legitymuje się doświadczeniem w zakresie przeprowadzania procedur przetargowych. W zespole projektowym zaplanowano funkcję specjalisty ds. zamówień publicznych oraz radcy prawnego w wymiarze czasu niezbędnym do realizacji projektu.
<b>Zarządcze/organizacyjne:</b> <i>Ryzyka szczególne:</i> - ryzyko harmonizacji procesów; - ryzyko kadrowe - zarządzanie.	Niskie	Niski	Chronologia etapów została uwzględniona w harmonogramie w sposób gwarantujący symbiotyczną i logiczną realizację działań, bez ryzyka pokrywania się subprocesów. Opracowano model zarządzania projektem, powołano zespół projektowy.
<b>Zewnętrzne:</b> <i>Ryzyka szczególne:</i> - ryzyko odbiorców (beneficjentów).	Niskie	Wysoki	Zaplanowano kanały dotarcia do grupy docelowej z uwzględnieniem potrzeby kontaktu bezpośredniego. W tym celu zaplanowano wykorzystanie sieci placówek GOPS, organizacji pozarządowych, jak również nawiązano współpracę z samorządem gminnym.

## 9.2. FAZA II - WDROŻENIE DZIAŁAŃ I ICH UTRZYMANIE

### 9.2.1. WSPÓLPRACA Z INTERESARIUSZAMI

Udział interesariuszy w realizacji poszczególnych działań od początku stanowił podstawę organizacji Programu. Można powiedzieć, że bez ich zaangażowania Program nie spełniłby swojej funkcji, a jego przeprowadzenie nie byłoby możliwe.

Z każdym z interesariuszy udało się nawiązać współpracę. Dodatkowo (na poziomie ustalania założeń zarządzania Programem ich nie uwzględniono) nawiązano współpracę z lokalnymi parafiami celem pomocy w zorganizowaniu 11 punktów medycznych (po 1 w każdej z gmin), w ramach których mieszkańcy mogli wykonać bezpłatnie badania profilaktyczne oraz skonsultować się z lekarzem kardiologiem. Wszyscy proboszczowie, którzy zostali zaproszeni do współpracy bardzo zaangażowali się i wspierali inicjatywy projektowe również poprzez prowadzenie kampanii informacyjnej. W ocenie realizatorów Programu zaangażowanie duchownych bardzo pozytywnie wpłynęło, nie tylko na promocję działań projektu, ale również na liczny udział mieszkańców w prowadzonych akcjach.

Poniżej (tabela 12) przedstawieni zostaną wszyscy z zaproszeni do współpracy interesariusze oraz wskazane zostaną działania do jakich się włączyli, sposoby komunikacji i ewentualne problemy jakie wystąpiły:

Tabela 12.

Interesariusz	Działania, do których zaangażowano interesariuszy i jakie działania faktycznie wykonali	Sposoby komunikacji z interesariuszem	Problemy/ uwagi
Starostwo Powiatowe w Piotrkowie Trybunalskim	Zaangażowanie na etapie aplikowania o dofinansowanie Programu oraz od momentu zawarcia umowy z Operatorem Programu. Zarządzanie Programem za pośrednictwem powołanego do tego celu przez starostę Zespołu, w tym nadzór nad realizacją działań w Akademiach, monitorowaniem przebiegu procedur. Przeprowadzenie ustaleń z partnerami (Interesariuszami). Przeprowadzanie postępowań PZP. Podpisywanie wszelkich umów w ramach Programu. Organizacja szkoleń dla osób uczestniczących w realizacji Programu. Organizacja akcji medialnych, konferencji Współpraca z Interesariuszami. Prowadzenie monitoringu i ewaluacji. Realizacja wszystkich funkcji związanych z operacjami finansowymi w ramach budżetu Programu.	Listy intencyjne potwierdzające przyjęcie zaproszenia do współpracy w ramach Programu. Spotkania organizacyjno-informacyjne, korespondencja drogą tradycyjną i elektroniczną, konferencje promocyjno-informacyjne.	Współpraca przebiegała bez problemów.

<p>Gminy Powiatu Piotrkowskiego</p>	<p>Od początku realizacji Programu gminy zadeklarowały pomoc organizacyjną i techniczną w poniższym zakresie: wytypowaniu beneficjentów Programu spośród swoich klientów; udział w szkoleniach dotyczących Programu; prowadzenie rozmów z osobami zakwalifikowanymi do Programu mających na celu zmotywowanie ich do wypełnienia ankiet; prowadzenie badania ciśnienia u osób zakwalifikowanych do Programu; informowanie o miejscach powadzenia oraz zasadach Programu badań profilaktycznych, monitorowanie udziału swoich klientów w badaniach profilaktycznych, rekomendowanie i zachęcanie beneficjentów do korzystania z oferty Akademii Zdrowego Żywienia, Akademii Ruchu i Akademii Dobrej Rady; wsparcie dla działalności Akademii Dobrej Rady promowanie Programu w społeczności lokalnej.</p>	<p>Spotkania organizacyjno-informacyjne, korespondencja drogą tradycyjną i elektroniczną, konferencje promocyjno-informacyjne. Bezpośredni kontakt z odbiorcami Programu w ośrodku lub w miejscu zamieszkania.</p>	<p>Współpraca przebiegała bez problemów.</p>
<p>zakłady opieki zdrowotnej realizujące świadczenia POZ</p>	<p>Od stycznia 2016 do wdrożenia i realizacji Programu badań profilaktycznych. Zadania powierzone i realizowane: przyjmowanie beneficjentów z grup docelowych Programu; przeprowadzanie procedur diagnostycznych właściwych dla posiadanych kompetencji; udział w szkoleniach; przestrzeganie zasad rozłączności finansowania świadczeń w ramach umowy na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach Programu profilaktycznego i umowy na inne świadczenia; prowadzenie dokumentacji medycznej dla każdego uczestnika; współpraca z realizatorem usług medycznych Powiatowym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Piotrkowie Tryb.; współpraca z realizatorem Programu w zakresie prowadzenia działalności promującej Program wśród społeczności lokalnej oraz dystrybucji tematycznych materiałów informacyjnych.</p>	<p>Porozumienie na realizację usług medycznych z PZOZ w Piotrkowie Tryb. Spotkania organizacyjno-informacyjne, korespondencja drogą tradycyjną, szkolenia.</p>	<p>Problemy organizacyjne wynikające z braku możliwości zastępstw np. w przypadku udziału w szkoleniach lekarzy oraz związanych z wykonywaniem dodatkowych obowiązków wynikających z realizacji procedury medycznej Programu, a w szczególności w przypadku nie „swoich pacjentów.”</p>
<p>zakłady opieki zdrowotnej realizujące świadczenia opieki specjalistycznej w zakresie kardiologii</p>	<p>Od lipca 2016 r. do wdrożenia i realizacji dalszego etapu badań profilaktycznych. Zadania powierzone i realizowane: Przyjmowanie Beneficjentów - uczestników Programu skierowanych przez lekarza POZ; przeprowadzanie diagnostyki pogłębionej; przestrzeganie zasad rozłączności finansowania świadczeń w ramach umowy na realizację świadczeń zdrowotnych</p>	<p>Porozumienie na realizację usług medycznych z PZOZ w Piotrkowie Tryb. Spotkania organizacyjno-informacyjne, korespondencja drogą tradycyjną i elektroniczną.</p>	<p>Konieczność przeorganizowania sposobu kierowania pacjentów na konsultacje z uwagi na zmiany organizacyjne placówki realizującej ten etap badań.</p>

	<p>w ramach Programu profilaktycznego i umowy na inne świadczenia, głównie z NFZ;</p> <p>przestrzeganie postępowania zgodnie z procedurą medyczną Programu przewidziana dla etapu badań pogłębionych;</p> <p>prowadzenie dokumentacji medycznej dla każdego uczestnika;</p> <p>współpracę z samorządami terytorialnymi w zakresie prowadzenia działalności promującej Program wśród społeczności lokalnej oraz dystrybucji tematycznych materiałów informacyjnych.</p>		
<p>Koła Gospodyń Wiejskich z terenu powiatu</p>	<p>Od listopada 2015 roku</p> <p>Zadania powierzone i realizowane:</p> <p>udział w szkoleniach;</p> <p>prowadzenie rozmów z osobami zakwalifikowanymi do Programu mających na celu informowanie o działaniach realizowanych w projekcie oraz ich promowanie;</p> <p>prowadzenie badania ciśnienia u osób biorących w Programie;</p> <p>edukacja w zakresie zdrowego żywienia osób objętych Programem;</p> <p>rekomendowanie i zachęcanie beneficjentów do korzystania z oferty Akademii Zdrowego Żywienia, Akademii Ruchu i Akademii Dobrej Rady;</p> <p>wsparcie dla działalności Akademii Zdrowego Żywienia;</p> <p>promowanie Programu w społeczności lokalnej.</p>	<p>Deklaracje potwierdzające przyjęcie zaproszenia do współpracy w ramach Programu. Spotkania organizacyjno-informacyjne, konferencje, korespondencja drogą tradycyjną i elektroniczną, w sprawach bieżących telefonicznie, bezpośredni kontakt w ramach zajęć AZŻ.</p>	<p>Nie zawsze warunki techniczne, czy dostępność Sali mogły być dostosowane do harmonogramów zajęć Akademii Zdrowego Żywienia. Jednak KGW zawsze o takiej informacji powiadamy wykonać, który na bieżąco reagował dostosowując harmonogramy do potrzeb lokalnych.</p>
<p>kluby sportowe działające samodzielnie lub przy szkołach zrzeszone w ramach Ludowych Zespołów Sportowych</p>	<p>Od listopada 2015 roku</p> <p>Zadania powierzone i realizowane:</p> <p>udział w szkoleniach dotyczących Programu;</p> <p>prowadzenie rozmów z osobami zakwalifikowanymi do Programu mających na celu informowanie o działaniach realizowanych w projekcie oraz ich promowanie;</p> <p>edukacja zdrowotna w zakresie aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia osób objętych programem na etapie badań wstępnych;</p> <p>rekomendowanie i zachęcanie beneficjentów do korzystania z oferty Akademii Zdrowego Żywienia, Akademii Ruchu i Akademii Dobrej Rady;</p> <p>wsparcie dla działalności Akademii Ruchu;</p> <p>promowanie Programu w społeczności lokalnej.</p>	<p>Deklaracje potwierdzające przyjęcie zaproszenia do współpracy w ramach Programu. Spotkania organizacyjno-informacyjne, konferencje, korespondencja drogą tradycyjną i elektroniczną, w sprawach bieżących telefonicznie, bezpośredni kontakt w ramach zajęć AR.</p>	<p>Nie dotyczy, jeśli wystąpiły na bieżąco były rozwiązywane.</p>

## 9.2.2. ZASOBY WYKORZYSTANE PRZY REALIZACJI PROJEKTU

### A. Zasoby ludzkie

Zespół projektowy (pracujący przy realizacji Programu) składał się z 7 członków. Osoby wchodzące w skład zespołu projektowego, o kluczowych kompetencjach mających wpływ na jego realizację to: Kierownik projektu, Specjalista ds. Promocji i edukacji w zdrowiu i promocji projektu, Specjalista ds. zamówień publicznych, Specjalista ds. monitoringu i ewaluacji, Specjalista ds. controllingu i rozliczeń projektu, Radca prawny, Koordynator gminny. Zespół został powołany na podstawie zarządzenia starosty powiatu, w którym każdy jego członek miał powierzone konkretne zadania.

Kierownik projektu, Specjalista ds. controlling i rozliczenia oraz monitoringu i ewaluacji, zatrudnieni byli w oparciu o umowę o pracę (tylko do celów realizacji projektu) odpowiednio: na pełny etat oraz specjalista ds. monitoringu i ewaluacji zatrudniony na  $1/4$  etatu. Pozostali członkowie zespołu byli pracownikami Starostwa Powiatowego, którzy wykonywali swoje obowiązki wobec projektu jako dodatkowe zadania i otrzymywali z tego tytułu wynagrodzenie w postaci dodatków specjalnych.

Zadania poszczególnych członków Zespołu zostały przedstawione poniżej:

#### **Kierownik Programu:**

- zarządzanie zespołem, zarządzanie ryzykiem;
- kontakt z operatorem projektu PL13;
- ogólny nadzór nad realizacją działań z zakresu profilaktyki oraz promocji i edukacji zdrowotnej;
- przygotowanie i realizacja planów aktywności na powierzonym terenie;
- systematyczna i planowa współpraca z interesariuszami projektu.

#### **Specjalista ds. Promocji i edukacji w zdrowiu i promocji Programu:**

- nadzór nad realizacją działań z zakresu promocji i edukacji zdrowotnej;
- prowadzenie działań marketingowych, promocyjnych i informacyjnych Programu;
- przygotowanie i realizacja planów aktywności na powierzonym terenie;
- systematyczna i planowa współpraca z kluczowymi klientami;
- kreacja i realizacja kampanii multimedialnych i projektów promocyjnych;

#### **Specjalista ds. zamówień publicznych:**

- określenie przedmiotu zamówienia i jego wartości oraz wybór trybu postępowania;
- przygotowanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia;
- przeprowadzenie procedur zamówień publicznych, w tym; obsługa ofertów, merytoryczna ocena ofert i wybór oferty najkorzystniejszej, poinformowanie oferentów o wyborze oferty;



- zapewnienie transparentności procedur, w tym zachowanie podstawowych zasad, tj. równego traktowania wykonawców, bezstronności i obiektywizmu, uczciwej konkurencji, jawności, pisemności postępowania, pierwszeństwa trybów przetargowych;

**Specjalista ds. monitoringu i ewaluacji:**

- Prowadzenie bieżącego i ciągłego monitoringu i ewaluacji,
- Przygotowywanie raportów przedstawiających stan realizacji projektu i stopień osiągnięcia celów,
- Monitorowanie zgodności realizowanych działań z wymogami Mechanizmu Norweskiego,
- Kontrola wewnętrzna zgodności dokumentów Programu z wymogami Mechanizmu Norweskiego oraz zawarta umową o dofinansowanie projektu.

**Specjalista ds. controllingu i rozliczeń Programu:**

- prowadzenie rozliczeń projektu (raporty, sprawozdania, harmonogramy, wnioski o płatność) zgodnie z wymogami Instytucji udzielających dofinansowania.

**Radca prawny:**

- przygotowywanie umów, w tym umów cywilnoprawnych związanych z realizacją projektu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym z ustawą - Prawo zamówień publicznych;
- prawna obsługa realizowanych umów i innych dokumentów;
- wykonywanie wszelkich innych zadań z zakresu prawa, w razie konieczności.

**Koordynator gminny:**

- współpraca z Zarządzającym Programem i zespołem projektowym przy organizowaniu wszelkich działań ujętych w Programie, w tym raportowanie ryzyka związanego z odbiorcami projektu;
- wspólnie z Zarządzającym prowadzenie ustaleń odnośnie miejsc i warunków działalności Akademii (Zdrowego Żywienia; Ruchu; Dobrej Rady);
- organizacja działalności ww. Akademii;
- stała współpraca z realizatorami zajęć w Akademiach - konsultantami;
- dokumentowanie przebiegu zajęć oraz gromadzenie, archiwizacja i udostępnianie zebranego materiału.

Wszyscy członkowie Zespołu byli zatrudnieni w instytucji realizatora Programu tj. w Starostwie Powiatowym w Piotrkowie Trybunalskim, a ich wynagrodzenie opłacane było z budżetu Programu (projektu PL13).

Niewątpliwym atutem wykorzystania zasobów ludzkich realizatora Programu była znajomość, przez poszczególnych członków zespołu, jego systemu organizacji oraz głównych założeń zarządzania strategicznego. Dodatkowo doświadczenie zdobyte w administracji czy też we współpracy z organizacjami społecznymi

oraz wiedza na temat struktury demograficzno-ekonomicznej gmin wchodzących w skład powiatu, to wartość, która bez wątplenia wpłynęła korzystnie na skuteczność realizacji poszczególnych działań Programu.

Słabą stroną takiego rozwiązania były trudności związane z operacyjnym zarządzaniem realizacją bieżących zadań. Oprócz osób związanych tylko i wyłącznie z projektem (2 pełne etaty) pozostali członkowie dzielili czas poświęcony na projekt ze swoimi głównymi obowiązkami wynikającymi z zajmowanych stanowisk. Ponadto pracownicy stawali często przed wyborem, które z aktualnie realizowanych przez nich zadań jest priorytetowe - to zlecone przez bezpośredniego przełożonego czy to zlecone przez kierownika projektu. Biorąc pod uwagę specyfikę projektową, gdzie praca musi być zorientowana na rezultaty, które muszą być osiągnięte w określonym czasie i w określony sposób. Jest to element wymagający szczególnej uwagi ze strony kierownika projektu i ma znaczący wpływ na zapewnienie prawidłowej realizacji projektu.

Dodatkowo, czasowa absencja chorobowa, odbiór zaległych urlopów znacznie wpływają na sprawne przeprowadzenie procesów.

*Opracowano model zarządzania oparty na ustalonym systemie komunikacji i zarządzaniu ryzykiem. Celem zminimalizowania ryzyka ustalono, że zespół projektowy będzie komunikował się elektronicznie oraz podczas spotkań, w sytuacji wystąpienia problemu. Dokonano podziału zadań zawartych w harmonogramie pomiędzy członków zespołu. Na bieżąco monitorowano również stopień zaawansowania realizacji poszczególnych zadań i w razie potrzeby wprowadzano odpowiednie działania zaradcze, co pozwalało na uniknięcie problemów mogących mieć negatywny wpływ na realizację Programu.*

## **B. Zasoby informacyjne**

W trakcie przygotowania i realizacji projektu wykorzystywano następujące kanały przepływu informacji (finansowane ze środków projektu):

- strona internetowa projektu i realizatora projektu,
- ogłoszenia prasowe,
- spoty radiowe,
- udział przedstawicieli realizatora projektu w wywiadach i audycjach radiowych,
- ulotki, broszury, plakaty, banery, roll-upy,
- konferencje,
- spotkania informacyjno-organizacyjne z interesariuszami projektu.

### 9.2.3. HARMONOGRAM REALIZACJI PROGRAMU<sup>11</sup>

Nie będzie nic odkrywczego w stwierdzeniu, że prawidłowe zaplanowanie zadań w czasie umożliwi zorientowanie się nie tylko w długości realizacji samego Programu, ale daje również podstawę do zaplanowania zasobów oraz ubiegania się o środki finansowe, niezbędne do jego realizacji.

Szacowanie czasu realizacji całego Programu lub jego części musi być przeprowadzone na podstawie wartości przypisanych poszczególnym zadaniom.

Pierwszym krokiem w wyznaczaniu terminów w Programie to ustalenie, ile czasu potrzebne jest na prawidłową realizację kolejnych czynności. Wiedzą tą musi dysponować projektodawca, opierając się na wcześniejszych doświadczeniach i znajomości specyfiki zadań. Informacje o czasie trwania zaplanowanych czynności można również uzyskać od ich potencjalnych wykonawców i oszacować je w przybliżeniu, korzystając z wiedzy ekspertów.

W przypadku programów (projektów) współfinansowanych z funduszy Norweskigo Mechanizmu Finansowego, czas trwania niektórych czynności (np. zarządczych, związanych z rozliczeniami płatności albo z raportowaniem, sposobem przeprowadzania postępowań PZP) wynika bezpośrednio z wytycznych programu i jest narzucony projektodawcom.

Przy realizacji tego konkretnego Programu duży wpływ na planowanie zadań w czasie miały okresy rozliczeniowe tj. od I-IV, V-VIII, od IX-XII oraz czas niezbędny na przeprowadzenie odpowiedniej procedury zamówień publicznych. Podstawą do przygotowania harmonogramu było zatem określenie okresów realizacji poszczególnych zadań oraz sposobu wyłonienia potencjalnego wykonawcy zleconego zadania.

Z doświadczeń płynących z realizacji Programu wynika, że w przypadku postępowań prowadzonych dla zamówień do wartości 30 000 Euro minimalny czas jaki należy zaplanować na prawidłowe przeprowadzenie procedury zgodnej z wytycznymi, w tym zakresie, to miesiąc. Natomiast przy postępowaniach prowadzonych dla zamówień o wartości powyżej 30 000 Euro minimalny czas jaki należy zaplanować na prawidłowe przeprowadzenie procedury zgodnej ustawą Prawo zamówień publicznych, to dwa miesiące. Zatem do każdego oszacowanego czasu realizacji danego zadania należy dodać w zależności od jego kosztu realizacji odpowiednio miesiąc lub dwa miesiące. Poza tym należy również uwzględnić czas na końcowe rozliczenie prawidłowości realizacji zadania. Optymalnie od 2 tygodni do miesiąca, w zależności od wielkości zadania i ilości dokumentacji do zweryfikowania.

---

<sup>11</sup> *ABC Zarządzania Projektami Miękkimi* Poradnik (źródło: [https://www.efs.2007-013.gov.pl/dzialaniapromocyjne/Documents/ABC\\_Zarządzania\\_Projektami\\_Miękkimi\\_06022013.pdf](https://www.efs.2007-013.gov.pl/dzialaniapromocyjne/Documents/ABC_Zarządzania_Projektami_Miękkimi_06022013.pdf)), str. 82-85.

**PRZYKŁAD:****Zadanie - Akademia Zdrowego Żywienia**

Zamówienie powyżej 30 000 Euro. Czas realizacji zaplanowany na to zadanie w projekcie, to okres od kwietnia do listopada 2016 r. Zatem minimalny czas całkowity jego realizacji (z uwzględnieniem procedury przetargowej i rozliczenia) to okres od lutego do grudnia.

**Reasumując:**

Całkowity czas niezbędny do prawidłowej realizacji ww. zadania, to czas 11 miesięcy, z czego: 2 miesiące, to czas niezbędny do przeprowadzenia postępowania PZP; 8 miesięcy, to czas na realizację merytorycznej części zadania (prowadzenie zajęć zaplanowanych ramach akademii) oraz 1 miesiąc na weryfikację dokumentacji i ocenę prawidłowości realizacji zadania.

Wyznaczając czas trwania całego programu, terminy zakończenia poszczególnych etapów i rezerwy czasu, warto pamiętać, że wartości te wynikać będą z logiki powiązań między zadaniami, czyli z przyjętej struktury projektu. Jeżeli w projekcie zaplanowano czynności równoległe (a tylko wtedy można coś zrobić szybciej), czas trwania programu nie będzie prostą sumą czasu trwania jego zadań.

W realizowanym Programie terminy realizacji poszczególnych działań w 90% zaplanowano jako czynności równoległe. Tylko w ten sposób można było zrealizować tak wiele różnych zadań w tak krótkim czasie. Było to również konsekwencją specyfiki merytorycznej Programu oraz sekwencji powiązań i skumulowaniu działań, które w tym samym czasie miały za zadanie oddziaływać na różne sfery życia, mające bezpośredni wpływ na zdrowie mieszkańców. Np. Akademia Zdrowego Żywienia, Akademia Ruchu i Akademia Dobrej Rady.

*Z uwagi na sztywno określone ramy czasowe, narzucone projektodawcy, prawidłowo i realnie oszacowany czas realizacji programu, to podstawa powodzenia jego wdrożenia.*

#### 9.2.4. BUDŻET PROGRAMU - ZAGADNIENIA SZCZEGÓŁOWE<sup>12</sup>

Stworzenie szczegółowego budżetu, to ostatni krok w procesie planowania projektu i polega na oszacowaniu kosztów działań zaplanowanych do realizacji w danym projekcie.

<sup>12</sup> *ABC Zarządzania Projektami Miękkimi Poradnik* (źródło: [https://www.efs.2007-2013.gov.pl/dzialaniapromocyjne/Documents/ABC\\_Zarządzania\\_Projektami\\_Miekkimi\\_06022013.pdf](https://www.efs.2007-2013.gov.pl/dzialaniapromocyjne/Documents/ABC_Zarządzania_Projektami_Miekkimi_06022013.pdf)), str. 87-90.

W przypadku przedsięwzięć miękkich, a takimi w większości były działania programu „Twoje Serce Twoim Życiem”, budżet przygotowywany jest na ogół na zasadzie zestawienia zadaniowego. To nic innego, jak przypisanie poszczególnym czynnościom wchodzącym w skład programu wszystkich kosztów wynikających z ich zapotrzebowania na zasoby oraz zsumowanie tych kosztów dla całego programu. Wydatki na konkretne zadania powinny być zatem jedynym źródłem kosztów programu. Szacowanie kosztów odbywa się analogicznie do szacowania innych zasobów. Wiedząc, czego potrzebujemy i co jest niezbędne do zrealizowania danej czynności, wystarczy odpowiedzieć na pytanie, ile jednostek zasobu w jakiej cenie trzeba będzie pozyskać, aby poznać dokładny koszt zadania. Po zsumowaniu kosztów dla wszystkich zadań w programie, powstanie budżet.

Trudnością w szacowaniu budżetu może być przyjęcie odpowiednich jednostek miar dla poszczególnych czynności. Każdorazowo przy określaniu jednostki miary należy się zastanowić, czy podana jednostka odpowiada zaangażowaniu danego zasobu.

Mimo, że budżetowanie zadaniowe jest stosunkowo prostym i logicznym sposobem szacowania kosztów projektu, w praktyce dopuszcza się pewne wyjątki od tak przyjętej metody budżetowania.

Obejmują one rozliczanie niektórych wydatków w formie zryczałtowanej, na podstawie znormalizowanych stawek, lub wyliczonych w sposób z góry narzucony projektodawcy (przypadek opisywanego projektu). W wielu programach w odniesieniu do wielu kategorii wydatków wprowadzono ich limitowanie poprzez określenie progów i pułapów maksymalnych. Są one na ogół uzależnione od wielkości projektu.

Takim limitem, w projektach realizowanych w ramach Programu PL 13 „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu”, współfinansowanego w ramach z funduszy Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 oraz budżetu państwa, ograniczona została wysokość rezerwy na nieprzewidziane wydatki (maksymalnie 5% wartości całego projektu), koszty zarządzania (maksymalnie 10% wartości całkowitych kosztów projektu) oraz wysokość wydatków na zakup sprzętu, którego wartość jednostkowa nie mogła przekroczyć 3 500 złotych brutto.

**PRZYKŁAD:**

**Szacowanie kosztów zadania** - badania profilaktyczne.

Zgodnie z założeniami Programu każda osoba biorąca udział w programie badań profilaktycznych będzie miała wykonany m.in. pakiet badań podstawowych (cholesterol, trójglicerydy, glukoza). Zatem na koszt badań będzie składała się suma kosztu wykonania 3 pomiarów biochemicznych z krwi 1 pacjenta. Dlatego w tym przypadku najlepiej jako (jednostkę miary) najlepiej odnieść do liczby osób, u których te badania zostaną wykonane, a koszt oszacować jako sumaryczną wartość pakietu. Analogicznie będzie w przypadku pakietu badań pogłębianych.

Natomiast w przypadku powielenia i dostawy dokumentacji medycznej, jako jednostkę miary wskazano usługę, gdyż zadanie, to będzie działaniem jednorazowym i powierzonym wykonawcy jako jedno zlecenie.

Lp.	Opis	Ilość	Jednostka miary / wyjaśnienie
1.	Konsultacja pielęgniarska w POZ	1 500	Liczba osób
2.	Pakiet badań podstawowych	1 500	Liczba osób
3.	Konsultacja lekarska w POZ	1 500	Liczba osób
4.	Konsultacja kardiologiczna	225	Liczba osób
5.	Pakiet badań diagnostycznych pogłębionych	225	Liczba osób
6.	Koszt powielenia i dostawy dokumentacji medycznej	1	usługa

Samego oszacowania kosztów najlepiej dokonać w oparciu o dokonane rozeznanie cenowe rynku dla danego rodzaju usług, jak najbardziej aktualne w stosunku do tworzonego budżetu.

W naszym przypadku koszt oszacowaliśmy na podstawie kalkulacji kosztów sporządzonej przez jednostkę, która mała realizować usługi medyczne na rzecz projektu. Specyficzna forma powierzenia jego realizacji (opisana poniżej w pkt. 5.A - profilaktyka chorób układu krążenia) wykluczała szacowanie na poziomie cen rynkowych.

Biorąc powyższe pod uwagę, planując wydatki na zarządzanie warto zastanowić się czy np. koszty wynagrodzeń pracowników merytorycznych, których zadania są ściśle powiązane z realizacją określonych działań w projekcie, zamiast w kosztach zarządzania nie należałoby uwzględnić w kosztach realizacji konkretnych zadań.

W przypadku realizowanego Programu wszystkie koszty wynagrodzeń poszczególnych członków zespołu projektowego, zostały ujęte w działaniu - zarządzanie. Z perspektywy realizacji Programu oraz na podstawie doświadczeń innych projektodawców koszty wynagrodzeń przynajmniej 2 członków można było zaplanować w ramach działania - informacja i promocja oraz promocja zdrowia. Chodzi tu o specjalistę ds. **promocji i edukacji w zdrowiu i promocji projektu oraz koordynatora gminnego**. Takie rozwiązanie zwiększyłoby koszty związane z działaniami merytorycznymi Programu, a tym samym jego wartość ogólną, co pozwoliłoby z kolei na proporcjonalne zwiększenie kwoty na zarządzanie z przeznaczeniem na inny cel np. zwiększenie wynagrodzeń pozostałych członków lub ujęcie kosztów, które nie zostały zaplanowane, jak koszty korespondencji, której w projekcie było bardzo dużo i była finansowana ze środków realizatora Programu.

Oczywiście wprowadzenie tego typu rozwiązania musiałoby mieć uzasadnienie merytoryczne. Należałoby wykazać ścisły związek zadań zaplanowanych w ramach danego działania z zakresem czynności tych osób. Koordynator gminny - bezpośredni związek ze szkoleniami oraz wszystkimi rodzajami akademii,

natomiast specjalista ds. promocji (...) - bezpośredni związek z kampaniami informacyjnymi i medialnymi oraz nadzór nad realizacją działań promocyjnych i edukacji w zdrowiu.

### 9.2.5. DZIAŁANIA ZAPLANOWANE W PROGRAMIE - OMÓWIENIE TECHNICZNE

Cele Programu realizowano w ramach zaplanowanych działań równolegle w obszarze profilaktyki zdrowotnej oraz promocji zdrowia i zdrowego stylu życia.

Program „Twoje Serce Twoim Życiem” tym różni się od innych tego typu projektów w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia, że oprócz programu badań profilaktycznych w swej ofercie posiadał również szereg działań o charakterze promującym zdrowy styl życia. Realizacja tychże prowadzona była poprzez szeroko rozumianą, ogólnie dostępną edukację zdrowotną, skierowaną bezpośrednio do dorosłej populacji powiatu piotrkowskiego.

Taki sposób patrzenia na profilaktykę w ocenie realizatorów projektu daje gwarancję zapewnienia szerokiego odbioru działań oraz pozwala na zachowanie trwałości rezultatów Programu również po zakończeniu jego realizacji.

Poniżej przedstawiony został szczegółowy opis poszczególnych zadań i sposobu ich realizacji wraz z kosztem całkowitym, jaki został poniesiony na ten cel. Należy zaznaczyć, iż koszt ten ma jedynie znaczenie szacunkowe na podstawie którego osoby/instytucje planujące podobne działania w przyszłości będą mogły ocenić rząd wielkości nakładów finansowych, jakie muszą zaplanować. Ostatecznie i tak każde zadanie musi zostać wycenione na bazie aktualnych cen rynkowych obowiązujących w danej chwili dla danej usługi czy zakupu.

Wszystkie dane oraz informacje zawarte w przedmiotowym opisie oparte zostały na opracowaniach własnych oraz dokumentacji Programu.

#### A. Profilaktyka chorób układu krążenia

Bezpłatne badania profilaktyczne w kierunku chorób układu krążenia (ChUK), na które składa się: wywiad medyczny, pomiar ciśnienia krwi, badania biochemiczne w postaci pomiaru poziomu cholesterolu i jego frakcji, trójglicerydów oraz glukozy, ocena ryzyka dokonana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistyczne konsultacje lekarskie, skierowane były do grupy z dużym i bardzo dużym ryzykiem wystąpienia ChUK.

Usługi medyczne świadczył na rzecz Programu Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Piotrkowie Tryb. we współpracy z Poradniami POZ z terenu powiatu piotrkowskiego. Podstawą realizacji usługi było Porozumienie na świadczenie usług medycznych w ramach programu „Twoje Serce Twoim Życiem”. Takie rozwiązanie było możliwe za zgodą Operatora Programu PL13 (w tym przypadku



Ministerstwa Zdrowia) wyrażoną na podstawie wytycznych wynikających z zapisów zawartych w dokumentach programowych. Zasadą bowiem jest, że wszelkie usługi i działania zlecane w ramach projektu powinny być przeprowadzone zgodnie z procedurami dotyczącymi zamówień publicznych.

Wobec powyższego jednym z warunków porozumienia było założenie, że Wykonawca, z tytułu realizacji usługi medycznej w ramach projektu, nie będzie osiągał jakiegokolwiek przychodu, a wynagrodzenie stanowić będą jedynie faktycznie poniesione przez niego koszty tj. wynagrodzenie personelu medycznego, koszty dojazdów, koszty środków medycznych i sprzętu oraz inne koszty niezbędne do należytego wykonania usługi np. koszt związany z koniecznością powtórzenia badania (kontrola wyniku).

Z badań podstawowych skorzystało **1 376 osób**, z czego **164 osoby (stan na 31.12.2016)** poddane zostały badaniom pogłębionym oraz skorzystały z konsultacji kardiologicznej. Osoby objęte badaniem to osoby spełniające kryteria grupy docelowej.

Badania profilaktyczne obejmowały:

1. Wywiad pielęgniarki POZ (w tym, pomiar ciśnienia, BMI) - **1 500 osób**;
2. Wykonanie badań biochemicznych: cholesterol całkowity oraz jego frakcje, trójglicerydy, glukoza na czczo - **1 500 osób**;
3. Konsultację lekarza POZ - **1 500 osób**;
4. Konsultację kardiologiczną i badania pogłębione osób o umiarkowanym, wysokim i bardzo wysokim ryzyku chorób układu krążenia, które skierowane zostaną przez lekarza POZ - **225 osób**.

**Ostateczny schemat procedury medycznej w projekcie w ramach programu badań profilaktycznych przedstawiał się następująco:**

#### **OBIEG DZIAŁAŃ I INFORMACJI MEDYCZNYCH w Projekcie „Twoje SERCE - Twoim ŻYCIEM”**

##### **I. BADANIE ANKIETOWE**

1. Badania ankietowe przeprowadzone na terenie gmin przez pracowników GOPS i/lub ankieterów
2. Wytypowanie osób - uczestników Projektu z nasilonymi czynnikami ryzyka chorób układu krążenia

##### **II. BADANIA PROFILAKTYCZNE W PORADNIACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Ten etap jest taki sam dla wszystkich uprawnionych do udziału w badaniach.

3. Wizyta wytypowanego uczestnika Projektu we wskazanej placówce podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wg listy osób zakwalifikowanych i zaproszonych do dalszych badań profilaktycznych
4. Badanie uczestnika Projektu przeprowadzone przez pielęgniarkę POZ, w tym:
  - pobranie od uczestnika Projektu krwi i przekazanie do laboratorium szpitala przy ul. Roosevelta 3 (PZOZ) w Piotrkowie Tryb.
  - wykonanie bezpłatnych badań podstawowych (zgodnie z Kartą Badania Profilaktycznego)
5. Przekazanie wyników badania\* przez PZOZ do poradni POZ, w której była pobierana krew do badań i wpisanie ich wyników do Karty Badań Profilaktycznych
6. Badanie uczestnika Projektu przeprowadzone przez lekarza POZ oraz przekazanie wyników badań\* uczestnikowi projektu lub do biura projektu
7. Analiza wyników badania i decyzja lekarza POZ o:
  - ewentualnej bezpłatnej konsultacji kardiologicznej dla danej osoby - uczestnika Projektu lub
  - *wydanie zaleceń, co do zmiany stylu życia i poinformowanie o możliwości skorzystania z bezpłatnych usług (zajęć) Akademii Dobrej Rady (poradnictwo psychologiczne), Zdrowego Żywienia (zmiana nawyków żywieniowych), Ruchu (regularna aktywność fizyczna) oraz*
  - przekazanie Karty Badania Profilaktycznego do PZOZ w Piotrkowie Tryb. ul. Roosevelta

### **III. KONSULTACJE KARDIOLOGICZNE I BADANIA POGŁĘBIONE W SZPITALU PRZY UL. ROOSEVELTA 3 (PZOZ) W PIOTRKOWIE TRYBUNALSKIM**

8. W przypadku decyzji lekarza POZ o konieczności konsultacji kardiologicznej (pkt. 7):
  - bezpłatna wizyta u specjalisty w szpitalu (PZOZ) oraz
  - wykonanie bezpłatnych badań pogłębionych w PZOZ
  - Wpisanie wyników badań\* pogłębionych do Karty Badań Pogłębionych przez PZOZ i przekazanie wraz z wynikami do lekarza specjalisty kardiologa
9. Konsultacja specjalisty kardiologa i ocena stanu układu krążenia uczestnika projektu na podstawie wyników badań\* podstawowych (Karta Badania Profilaktycznego) oraz wyników badań\* pogłębionych (Karty Badań Pogłębionych).
10. Przekazanie wyników badań\* pogłębionych uczestnikowi Projektu lub do biura projektu oraz wpis wyników konsultacji do Karty Badań Pogłębionych.

### 11. Wydanie karty zaleceń przez specjalistę

**\* UWAGA:**

1. *Wszystkie wyniki uczestnika Projektu stanowią własność badanego uczestnika Projektu*
2. *Wszelka dokumentacja medyczna (Karta Badania Profilaktycznego oraz Karta Badań Pogłębionych) na etapie realizacji badań profilaktycznych jest własnością PZOZ w Piotrkowie Tryb., będącego wykonawcą usług medycznych na zlecenie realizatora projektu - Powiatu Piotrkowskiego*

Rozliczanie za wykonane badania następowało po zakończeniu danego miesiąca, co pozwalało na bieżące monitorowanie i ewaluację przeprowadzanych badań profilaktycznych w ramach Programu. Podstawą były zestawienia wykonanych badań, które następnie były weryfikowane z kartami badań profilaktycznych.

To zadanie można wskazać, jako te, które sprawiało najwięcej problemów w trakcie realizacji. Zarówno o charakterze organizacyjnym, jak i związanym bezpośrednio z jego uczestnikami.

Na początku badania skierowane były tylko i wyłącznie do wąskiego grona osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej i należących do ściśle określonej grupy wiekowej, wytypowanej przez pracowników ośrodków pomocy społecznej. Osoby te zazwyczaj przejawiają bardzo bierną postawę wobec jakichkolwiek aktywności, a więc wybór grupy docelowej miał ogromny wpływ na powodzenie w realizacji celów i osiągnięcia zakładanych wskaźników. Dodatkowym czynnikiem niesprzyjającym był fakt występowania wielu ofert programów wspierających tę grupę, w innych sferach niż zdrowie i udział w kolejnym rodził opór, bez względu na korzyści z niego płynące. Można tu powiedzieć o swoistym zjawisku „zmęczenia materiału”. Kolejną barierą były problemy techniczne, a mianowicie trudności w dotarciu bezpośrednio do beneficjentów celem ich stałego motywowania i monitorowania - z uwagi na rozległy teren i duże odległości, jakie musieli pokonywać ze swoich domostw np. do poradni, ośrodków. To wymagało wprowadzenia wielu działań naprawczych związanych ze strukturą grupy docelowej oraz przeprowadzeniem samej procedury medycznej.

Należy zaznaczyć, że każda taka zmiana wymaga szerokiego merytorycznego uzasadnienia oraz zgody instytucji nadzorującej realizację Programu. Ma to z kolei bezpośrednie przełożenie na organizację, zarządzanie oraz czas realizacji (harmonogram) projektu. Dlatego bardzo istotne jest, aby na samym początku bardzo dokładnie zbadać zasadność wyboru grupy docelowej, dokładnie ją zdiagnozować, oszacować realność jej udziału w zaplanowanych działaniach i w kon-

sekwencji, wybrać rozwiązanie jak najbardziej optymalne z punktu widzenia wskaźników, jakie sobie założymy przy realizacji Programu.

Lepiej założyć mniejszy wskaźnik i ewentualnie go zwiększyć niż oszacować go zbyt wysoko i mieć problemy z jego osiągnięciem.

Ryzyko odbiorców, to podstawowe ryzyko zewnętrzne, jakie należy uwzględnić przy planowaniu realizacji podobnego programu (projektu), zakładając jego bardzo duże prawdopodobieństwo wystąpienia oraz wysokie oddziaływanie na rezultaty. Z tego powodu już na samym początku należy zaplanować działania zaradcze.

W przypadku naszego Programu zaplanowano m.in. kanały dotarcia do grupy docelowej z uwzględnieniem potrzeby kontaktu bezpośredniego. W tym celu wykorzystano sieć placówek GOPS, organizacji pozarządowych, jak również nawiązano współpracę z poradniami podstawowej opieki zdrowotnej i z samorządem gminnym. Przeprowadzono akcję informacyjną skierowaną do każdego z interesariuszy projektu (otoczenie zewnętrzne projektu). Wskazano również cele i zakres ewentualnej współpracy. Dodatkowo uzyskano potwierdzenie w postaci deklaracji, złożonej przez każdego z interesariuszy, potwierdzające chęć współpracy i wsparcia dla realizacji celów i działań przewidzianych w projekcie. Zorganizowano konkurs dla uczestników badań profilaktycznych, w którym jako nagrody przewidziano rowery, celem zwiększenia motywacji odbiorców do udziału w badaniach. Pomimo tak wielu podjętych działań i zaangażowania wielu instytucji zadanie przez większy okres realizacji Programu było zagrożone niewykonaniem w zakresie, w jakim je zaplanowano, co potwierdza ważność problemu i skalę ww. ryzyka.

**Koszt całkowity zadania - 98 175,00 zł.**

## **B. Badanie ankietowe**

Grupę korzystającą z pomocy społecznej (1 818 osób) dodatkowo objęto badaniami ankietowymi w kierunku występowania czynników ryzyka oraz zachowań zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę ww. grupę docelową założono, żeby badanie ankietowe przeprowadzić we współpracy z ośrodkami pomocy społecznej działającymi na terenie powiatu piotrkowskiego.

Przeprowadzenie badania ankietowego zostało zlecone w ramach uprzednio przeprowadzonej procedury przetargowej, której ściśle określone zostały warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi dotyczące samego badania.

Zakres powierzonego zadania obejmował opracowanie i powielenie formularzy ankiety oraz dwukrotne przeprowadzenie badania ankietowego na wskazanej grupie docelowej mieszkańców powiatu piotrkowskiego, w tym stworzenie bazy

danych respondentów biorących udział w badaniu, z weryfikacją i zakodowanie uzyskanych wyników w postaci elektronicznej oraz przygotowanie raportu końcowego z badania.

W ramach realizacji usługi Wykonawca musiał dotrzeć do mieszkańców powiatu znajdujących się we wskazanej grupie i przeprowadzenie wywiadu, z co najmniej 1 818 osobami. Spośród przebadanej grupy za każdym razem zidentyfikowana powinna zostać grupa minimum 1.273 osób narażonych na choroby układu krążenia, które kwalifikują się do przejścia do dalszych konsultacji i badań profilaktycznych.

W celu realizacji badań należy bezwzględnie pamiętać o obowiązkach wynikających z ochrony danych osobowych ankietowanych i upoważnić wybranego realizatora badania do przetwarzania tych danych, wyłącznie w zakresie i celu określonym w umowie.

Wymagania, jakie postawione zostały w zakresie narzędzia badawczego:

- 1) Konstrukcja ankiety musiała być logiczna i efektywna.
- 2) Osoby uczestniczące w badaniu nie mogły mieć trudności ze zrozumieniem celu i problematyki badania.
- 3) Pytania musiały być w pełni zrozumiałe dla respondentów i odpowiadać ich sytuacji życiowej.
- 4) Nie mogła zawierać pytań, które są drażliwe lub osobiste lub też stwarzają respondentowi trudności w udzieleniu odpowiedzi.

Pytania główne kwestionariusza obejmowały następujące tematy: używanie tytoniu, narażenie na środowiskowy dym tytoniowy, e-papierosy, aktywność fizyczna, sposób odżywiania, spożycie alkoholu, subiektywna ocena stanu zdrowia, dane socjo-demograficzne, zdrowie psychiczne/depresja.

Tytoń: bierne palenie, używanie wyrobów tytoniowych [aktualnie i w przeszłości], intensywność i poziom uzależnienia od nikotyny, próby rzucenia palenia, postawy wobec rzucenia palenia tytoniu u aktualnych palaczy percepcja, postaw oraz wiedzy na temat zagrożeń wynikających z używania tytoniu, postrzeganie szkodliwości różnych produktów tytoniowych, zagadnienia związane z kontrolą używania wyrobów tytoniowych.

E-papierosy: używanie e-pap, w tym intensywność i poziom uzależnienia, próby rzucenia, percepcja, postawy oraz wiedza na temat zagrożeń wynikających z używania e-pap, postrzeganie szkodliwości e-pap, zagadnień związane z kontrolą używania e-pap na szczeblu krajowym.

Aktywność fizyczna: informacje o rodzajach podejmowanej przez respondentów aktywności fizycznej (z możliwością szacowania wydatku energetycznego), będącej składnikiem codziennego życia, w tym wysiłek fizyczny (aktywność) w ramach czynności wykonywanych w pracy zawodowej, w domu i w jego otoczeniu,

w przemieszczaniu się z miejsca na miejsce oraz w czasie wolnym poświęconym rekreacji, ćwiczeniom lub sportowi. Analiza ewentualnych barier w podejmowaniu aktywności ruchowej, zwłaszcza rekreacyjnej.

Sposób odżywiania: ocena jakości diety, zwłaszcza pod kątem ryzyka powstawania chorób układu krążenia, umożliwia policzenie indeksu, jakości diety.

Spożycie alkoholu: ocena ilości, częstości, rodzaju spożywanych napojów alkoholowych.

Obciążenia rodzinne: ocena zachorowania rodzinnego na choroby układu krążenia <55 r.ż. u mężczyzn i <65 r.ż. u kobiet.

Ponadto, ankieta zawierała pola metryczkowe zawierające: wiek, płeć, wykształcenie, PESEL, gminę, miejsce na numer identyfikujący respondenta w bazie danych Realizatora Projektu itp. oraz pole, w którym respondent wskaże numer telefonu kontaktowego oraz zagadnienia takie jak:

- subiektywna ocena stanu zdrowia,
- jakość życia,
- zdrowie psychiczne/depresja,
- status społeczno-demograficzny.

Założono, że ankieta powinna dotyczyć nie tylko oceny czynników ryzyka chorób układu krążenia, ale także zmian w świadomości, zachowaniu Beneficjentów, a w dłuższej perspektywie czasowej we wskaźnikach zdrowia. Dlatego w ramach **raportu końcowego** dokonane zostało porównanie uzyskanych danych z I badania ankietowego z danymi z II badania ankietowego oraz z przeprowadzonymi dotychczas ogólnokrajowymi badaniami dorosłej populacji Polski.

Realizator badań ankietowych działający na zlecenie realizatora projektu, w celu przygotowania II tury badań ankietowych we współpracy z Biurem projektu zorganizował we wrześniu spotkanie z kierownikami ośrodków pomocy społecznej, na którym oprócz ustalenia szczegółów samego badania ze strony biura projektu poruszona została także kwestia badań u zaproszonych podopiecznych. W czasie przeprowadzania II etapu badania ankietowego (październik - listopad) metodą wywiadu bezpośredniego, założono dodatkową akcję, podczas, której byłaby możliwość indywidualnego zmotywowania każdego respondenta do przebadania się.

*Firma realizująca badanie zgodnie z założeniami jego przeprowadzenie opierała na ścisłej współpracy z pracownikami ośrodków pomocy społecznej, co spowodowało bezproblemową i terminową realizację umowy.*

**Koszt całkowity zadania - 105 854 zł.**

### C. Zadania z zakresu promocji zdrowia i zdrowego stylu życia

- a. ***Cyklicznie organizowane*** przy parafiach punkty medyczne oraz akcje promujące zdrowy styl życia dostępne dla wszystkich mieszkańców (17 punktów medycznych i 6 akcji).

**Punkty medyczne (PM).** Zadanie zostało zlecone w ramach uprzednio przeprowadzonej procedury zamówień publicznych, w której ściśle określone zostały warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi dotyczące samej realizacji.

W ramach punktów została zaplanowana usługa pielęgniarska oraz konsultacje lekarskie. Na potrzeby projektu zaplanowano zorganizowanie 17 terenowych punktów medycznych, w tym 11 punktów we współpracy z parafiami zlokalizowanymi na terenie gmin powiatu piotrkowskiego (1 punkt na terenie każdej gminy) oraz 6 punktów w ramach imprez masowych organizowanych przez powiat w ramach akcji promujących zdrowy styl życia. Wykaz parafii oraz planowanych imprez wraz z termami został ustalony przez realizatora Programu.

Każdy z punktów działał przez 5 godzin. W ramach punktów wykonywano mieszkańcom powiatu piotrkowskiego badania: pomiar ciśnienia tętniczego krwi, oznaczano poziom cholesterolu i glukozy we krwi oraz prowadzono edukację zdrowotną w kierunku profilaktyki chorób układu krążenia.

Ważne z punktu widzenia organizacji było zapewnienie warunków wymaganych do przeprowadzania tego typu akcji z zakresu profilaktyki zdrowia, w tym: użycie do badań tylko i wyłącznie jednorazowego sprzętu medycznego (dotyczy wykonania badań z krwi), zachowania zasad sanitarno-higienicznych, w tym gromadzenie i utylizację zużytego sprzętu i akcesoriów medycznych zgodnie z obowiązującymi wymaganiami w tym zakresie, udzielenia pierwszej pomocy. Niezbędny sprzęt medyczny, torba medyczna, środki opatrunkowe i pomocnicze zostały zakupione z budżetu projektu i przekazane Wykonawcy na potrzeby realizacji zadania i zwrócone do realizatora projektu po rozliczeniu umowy.

Zarówno namiot, jak i torba medyczna zostały zakupione w ramach Programu. Po zakończeniu realizacji zadania (ostatnie punkty były zorganizowane we wrześniu) namiot wraz z wyposażeniem, sprzęt medyczny, w tym torba medyczna z wyposażeniem oraz pozostałymi akcesoriami medycznymi i materiałami pomocniczymi protokołem, nieodpłatnie zostały przekazane do Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Piotrkowie Tryb., który oświadczył, że będzie on wykorzystywany do celów prowadzenia bezpłatnej profilaktyki i promocji zdrowia wśród mieszkańców powiatu piotrkowskiego w ramach prowadzonej działalności, jak również w ramach lokalnych imprez organizowanych przez samorząd powiatowy lub samorządy gminne. Będzie to element, który wpłynie na trwałość Programu po jego zakończeniu.



Punkty były zorganizowane w plenerze, na terenie lokalnych parafii lub w miejscach organizowanych akcji (impres). Miejszem ich działania był namiot promujący projekt (zawierał wszelkie wymagane oznakowania i logotypy), co powodowało, że punkty medyczne były bardzo łatwo dostrzegalne i identyfikowane z Programem.

Obsługę punktów stanowiły 4 osoby, w tym: 3 wykwalifikowane i doświadczone pielęgniarki oraz lekarz kardiolog.

**Przeprowadzone badania** w ramach organizowanych punktów były dokumentowane w rejestrach wykonanych usług, a każdy z przebadanych otrzymywał kartę wyników badań.

Łącznie, od kwietnia do września 2016 r., w zorganizowanych **17 PM** z badań w punktach medycznych skorzystało łącznie **1 728 osób**, w tym **1 502 osoby** skorzystały z konsultacji lekarskiej kardiologa. Łącznie wykonanych zostało ponad **7 010 badań**.

Największe zainteresowanie punktami było w ramach organizowanych akcji niedzielnych przy parafiach.

*Sposób, forma i organizacja prowadzonych powszechnych akcji w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia, jako terenowych punktów medycznych była bardzo trafiona i jest godna polecenia przy realizacji podobnych programów. Poza tym ich kontynuowanie zapewni uzyskanie większej trwałości dla Programu.*

**Koszt całkowity zadania - 111 345 zł (w tym koszt zakupu niezbędnego sprzętu medycznego - 48 530 zł, obsługa punktów - 62 815 zł).**

**Akcje promujące zdrowy styl życia.** Zadanie zostało zlecone w ramach uprzednio przeprowadzonej procedury zamówień publicznych (przetarg nieograniczony), w której ściśle określone zostały warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi dotyczące samej realizacji.

W trakcie realizacji Programu w okresie letnim (ważne, gdyż akcje były organizowane w plenerze) zorganizowano 6 akcji promujących zdrowy styl życia, w trakcie imprez powiatowych lub u innych organizatorów (gminy, organizacje społeczne). Na potrzeby promocji Programu i samych akcji znane one były mieszkańcom, jako Strefy Zdrowia, czyli miejsca, gdzie można w sposób zdrowy spędzić czas wolny, a przy okazji skorzystać z porad profesjonalistów z zakresu wielu dziedzin medycznych.

W ramach każdej Strefy Zdrowia przeprowadzano akcję informacyjno-promocyjną, w tym: animacje i konkursy o tematyce promującej zdrowy styl życia dla dzieci, dorosłych i całych rodzin, 2 koncerty muzyki na żywo dla uatrakcyjnienia i zwiększenia efektu medialnego akcji, konkursy sportowe, gdzie, jako nagrody główne uczestnicy mogli wygrać rowery i robota kuchennego wielofunk-

cyjnego oraz, jako nagrody pocieszenia dla pierwszych 10 osób biorących udział w konkursie, piłki do siatkówki i piłki nożnej, ciśnieniomierze i glukometry. Dodatkowo serwowano produkty promujące zdrowie, w tym: 100% soki owocowe lub warzywne, przekąski warzywne, owocowe itp., a także zapewniano atrakcje w postaci: placów zabaw dla dzieci, pokazów udzielania pomocy przedmedycznej przez kwalifikowanych ratowników, punktów konsultacji dietetyka oraz fizjoterapeuty.

Wszystkie atrakcje były dla mieszkańców bezpłatne.

Oszacowano, że łącznie w **6 imprezach** wzięło udział ok. **8 200 osób**, **1 092 osoby** dorosłe skorzystały z porad dietetyka, fizjoterapeuty lub badań profilaktycznych w ramach punktów medycznych, ponad **2 500 dzieci i młodzieży** skorzystało z proponowanych w ramach Stref Zdrowia atrakcji, ok. **340 osób** skorzystało z indywidualnych porad ratowników medycznych.

Akcje cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem ze strony mieszkańców powiatu. Przy wielkości powiatu piotrkowskiego oraz innych działaniach, jakie były zaproponowane w projekcie, w zakresie promocji zdrowia, ilość akcji była optymalna i spełniły one swoją funkcję. Przyczyniły się mianowicie do wzrostu zainteresowania zdrowym stylem życia u osób w nich uczestniczących. Miały również bardzo duże znaczenie informacyjne i promujące idee Programu.

**Całkowity koszt zadania - 179.600 zł.**

#### **D. Akademia Zdrowego Żywienia (50 AZŻ w skali powiatu)**

forma powszechnej edukacji z zakresu zdrowego gotowania

Zadanie zostało zlecone w ramach uprzednio przeprowadzonej procedury zamówień publicznych (przetarg nieograniczony), w której ściśle określone zostały warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi dotyczące samej realizacji. Jednakże z uwagi wielkość zamówienia, a co za tym idzie, bardzo duże wyzwanie organizacyjne, zamówienie zostało podzielone na 5 części, a potencjalni wykonawcy mieli możliwość składania ofert częściowych. Takie rozwiązanie zwiększało szanse na powodzenie rozstrzygnięcia postępowania i jego późniejszej realizacji poprzez zmniejszenie jego zakresu oraz umożliwienie wzięcia udziału większej liczby oferentów. Dodatkowo, jako kryterium pozacenowe, przyjęto ocenę dotyczącą przedstawienia sposobu organizacji zadania w sposób umożliwiający jego terminową i prawidłową realizację oraz opis zakresu i sposobu współpracy z interesariuszami i odbiorcami.

Akademie Zdrowego Żywienia (AZŻ) organizacyjnie stanowiły formę powszechnych, ogólnodostępnych punktów, w których prowadzone były, przez instruktora (trenera) gotowania, zorganizowane zajęcia z zakresu nauki i praktycznego zastosowania technik i zasad zdrowego żywienia.

Dedykowane były osobom, które znalazły się w grupie docelowej Programu oraz osobom pełnoletnim, które nie należały do grupy docelowej, ale są mieszkańcami danej gminy (powiatu) i wykazały chęć udziału w proponowanych zajęciach kulinarnych. Udział w zajęciach był całkowicie dobrowolny, dlatego bardzo ważną przy realizacji zadania była promocja prowadzonych zajęć, ich atrakcyjność oraz dopasowanie do potrzeb potencjalnych uczestników. W zamówieniu zastrzeżono także prawo do zmiany (zwiększenia lub zmniejszenia) ilości godzin w ramach zajęć w zależności od zainteresowania.

Program zajęć sprzyjał nauce i wdrażaniu do codziennego życia zasad zdrowego żywienia, w oparciu o produkty, które do tej pory były stosowane i są dostępne w kuchniach osób uczestniczących w zajęciach. Zachęcał również do zmian, poprzez wprowadzanie nowych produktów dotychczas niestosowanych lub pomijanych, przy czym wówczas było brane pod uwagę kryterium dostępu do nich tj. na ile wprowadzane artykuły są dostępne cenowo dla uczestników. Bezpośredni realizator zleconego zadania był zobowiązany do przedstawienia i zaakceptowania przez Zamawiającego przygotowanego w porozumieniu z lokalnymi partnerami (kołami gospodyń wiejskich [KGW]) harmonogramu i programu zajęć.

Częstotliwość zajęć z instruktorem (trenerem) gotowania łącznie 4 godziny (godzina zajęć wynosi 60 min.), co najmniej 2 razy w miesiącu (co 2 tygodnie) przez cały czas realizacji zadania tj. od kwietnia do listopada 2016 r. włącznie. Łącznie, przez cały okres działalności Akademii Zdrowego Żywienia, zorganizowano 16 spotkań, a łączna liczba godzin zajęć wyniosła 64 h w każdej z filii AZŻ.

Wykonawca organizując spotkania musiał zapewnić:

- promocję i informację o zajęciach;
- miejsce spotkań - były one wcześniej ustalone w porozumieniu z lokalnymi kołami gospodyń wiejskich;
- trenera (instruktora) gotowania;
- surowce oraz produkty żywnościowe niezbędne do przygotowania posiłków i przeprowadzenia zajęć;
- opracowane i zgromadzone, w wersji papierowej i elektronicznej, przepisy wszystkich potraw i posiłków przygotowywanych podczas zajęć.

Każda z 50 AZŻ, na poczet prowadzonych zajęć, otrzymała zakupiony w ramach budżetu projektu sprzęt w postaci robotów kuchennych wielofunkcyjnych oraz garnków do gotowania na parze (1 sztuka każdego sprzętu na 1 AZŻ).

Dokumentowanie zajęć odbywało się na podstawie „Dzienników zajęć” - obecności z imiennymi wpisami uczestników, miesięcznych sprawozdań sporządzanych na podstawie liczby odbytych zajęć i list obecności oraz kart czasu pracy instruktorów.

Dodatkowo realizujący zadanie musieli sporządzić regulamin zasad uczestnictwa osób biorących udział w poszczególnych zajęciach prowadzonych przez Akademię Zdrowego Żywienia oraz harmonogram zajęć na cały okres realizacji umowy.

W okresie od kwietnia do listopada 2016, tak jak zaplanowano, łącznie odbyło się 800 spotkań AZŻ. Zadanie zostało zrealizowane w 100%. W spotkaniach systematycznie uczestniczyły 954 osoby. W zajęciach brało udział od 4 do 16 osób, co średnio stanowiło ok. 10 osób na każdym zajęciu. Każda z AZŻ (KGW) otrzymała zakupiony w ramach projektu sprzęt kuchenny w postaci robotów kuchennych wielofunkcyjnych (z funkcją sokowirówki i nożami do sałatek) oraz parowarów. Przekazano dla każdego KGW łącznie 50 szt. robotów oraz 50 szt. parowarów. Ponadto do celów zajęć i promocji projektu (także poza zajęciami) Akademii w ramach promocji projektu oraz na potrzeby zajęć, otrzymały fartuchy z nadrukiem i logotypami programu (po 14 szt. dla każdej z akademii).

Wszystkie przepisy potraw przygotowywanych podczas zajęć AZŻ wraz ze zdjęciami gotowych potraw były na bieżąco publikowane na stronie internetowej projektu oraz zostały zamieszczone w przygotowanej publikacji - poradnika zdrowego żywienia pt. „Co jeść, aby Twoje serce było zdrowe”.

Na podstawie ewaluacji zajęć, polegającej na autoocenie poszczególnych kategorii odnoszących się do posiadanej wiedzy, uczestnicy oceniali swoją wiedzę i umiejętności w skali od 1 (bardzo nisko) do 5 (bardzo wysoko). **Na podstawie zebranych wyników można stwierdzić, że uczestnicy wszystkich filii AZŻ zauważyli u siebie wyraźny wzrost zarówno wiedzy dotyczącej zdrowego żywienia, głównie w chorobach układu krążenia, jak i umiejętności związanych z przygotowaniem odpowiednich posiłków, ważnych w profilaktyce chorób serca.**

Zwrócić jednak należy uwagę na fakt, że we wszystkich badanych kategoriach przyrost zarówno wiedzy i umiejętności uczestników był bardzo duży. Można, więc stwierdzić, że prowadzone zajęcia w sposób bardzo skuteczny i efektywny przyczyniły się do wzrostu kompetencji uczestników w zakresie zdrowego żywienia.

Przedstawicielki KGW bardzo pozytywnie wypowiadały się na temat prowadzonych zajęć i wyraziły chęć ich kontynuacji we współpracy z powiatem również po zakończeniu projektu.

Zadanie zostało wykonane zgodnie z założeniami Programu. Zaplanowane cele zajęć w ramach Akademii Zdrowego Żywienia w skali całego powiatu piotrkowskiego zostały z pewnością osiągnięte, a zdobyta wiedza i umiejętności przyczynią się do kontynuacji szerzenia idei zdrowego żywienia w ramach działalności prowadzonej przez KGW.

**Całkowity koszt realizacji zadania** (tj.: koszt zatrudnienia osoby prowadzącej spotkania (instruktora), zakup produktów (surowców) żywnościowych niezbędnych do realizacji zajęć, dojazd do miejsca działalności akademii, prowadzenie dokumentacji oraz inne koszty niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia, a wcześniej niewymienione) to kwota - **373 760,00 zł, co odpowiada średnio kwocie 467 zł za jedno spotkanie w 1 AZŻ.**

#### **E. Akademia Ruchu (26 AR w skali powiatu)**

forma zorganizowanych zajęć ruchowych

Zadanie zostało zlecone w ramach uprzednio przeprowadzonej procedury zamówień publicznych (przetarg nieograniczony), w której ściśle określone zostały warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi dotyczące samej realizacji. Jednakże z uwagi wielkość zamówienia, a co za tym idzie bardzo duże wyzwania organizacyjne, zamówienie zostało podzielone na 5 części, a potencjalni wykonawcy mieli możliwość składania ofert częściowych. Takie rozwiązanie zwiększyło szanse na powodzenie rozstrzygnięcia postępowania i jego późniejszej realizacji poprzez zmniejszenie jego zakresu oraz umożliwienie wzięcia udziału większej liczby oferentów. Dodatkowo, jako kryterium pozacenowe przyjęto ocenę dotyczącą przedstawienia sposobu organizacji zadania w sposób umożliwiający jego terminową i prawidłową realizację oraz opis zakresu i sposobu współpracy z interesariuszami i odbiorcami.

Akademie Ruchu dedykowane były dla osób, które znalazły się w grupie docelowej Programu oraz osób pełnoletnich, które nie należały do grupy docelowej, ale były mieszkańcami danej gminy (powiatu) i wykazały chęć udziału w proponowanych zajęciach sportowych.

AR organizacyjnie stanowiły formę ogólnodostępnych punktów, w których prowadzone były przez instruktora (trenera) zorganizowane zajęcia sportowe. W ramach Akademii zorganizowane były wszelkie zajęcia, które sprzyjały regularnej aktywności fizycznej, były powszechne, ogólnie dostępne i nie wymagały od uczestników zajęć szczególnych umiejętności z danej dyscypliny.

W każdej Akademii Ruchu zorganizowane zostały, co najmniej raz w tygodniu 1 zajęcia z nordic walking (obligatoryjne), a pozostałe zajęcia w postaci marszobiegów lub/i fitness (tj. pilates, zdrowy kręgosłup itp.). Częstotliwość zajęć z instruktorem (trenerem), to łącznie 3 godziny (godzina zajęć wynosi 60 min.), co najmniej 2 razy w tygodniu, przez cały czas realizacji zamówienia (tj. od kwietnia 2016 r. do 10 lutego 2017 r.). Łącznie przez cały okres działalności Akademii Ruchu zorganizowano minimum **94 zajęcia**, z których łączna liczba godzin wyniosła 141 w każdej z **26 filii AR.**

Sprzęt w postaci: 10 szt. piłek do pilatesu, 10 szt. karimat, 20 par kijów do nordic walking, dla każdej z 26 współpracujących AR został zakupiony w ramach projektu. Przekazanie sprzętu zostało potwierdzone protokołem, w którym odbiorcy potwierdzili otrzymanie ww. sprzętu i oświadczyli, że będą go używać na potrzeby projektu, a po jego zakończeniu ze sprzętu, w sposób nieodpłatny, będą mogli korzystać mieszkańcy danej gminy. Ponadto akademiom przekazano gabloty do celów informacyjno-promocyjnych oraz po 20 szt. kamizelek odblaskowych, celem zapewnienia bezpieczeństwa uczestnikom zajęć z nordic walking w okresie jesienno-zimowym.

Tak jak w przypadku Akademii Zdrowego Żywienia, udział w zajęciach AR był dobrowolny, dlatego bardzo ważna przy realizacji zamówienia była szeroko prowadzona promocja zajęć, ich atrakcyjność oraz dopasowanie do potrzeb potencjalnych uczestników. Z uwagi na fakt, że zajęcia miały charakter dobrowolny, w zamówieniu zastrzeżono sobie prawo do zmiany (zwiększenia lub zmniejszenia) ilości godzin w ramach zajęć w zależności od zainteresowania.

Szczegółowe harmonogramy realizacji usługi zostały ustalone w zależności od potrzeb Zamawiającego w uzgodnieniu z poszczególnymi podmiotami z terenu danej gminy, które zadeklarowały współpracę w zakresie Akademii Ruchu.

Miejscem działalności Akademii były pomieszczenia lokalnie działających klubów sportowych oraz obiekty /pomieszczenia szkół działających na terenie gmin powiatu piotrkowskiego, w tym boiska sportowe, które zostały użyczone na czas realizacji projektu.

Dokumentowanie zajęć odbywało się na podstawie „Dzienników zajęć” - obecności z imiennymi wpisami uczestników, miesięcznych sprawozdań sporządzanych na podstawie liczby odbytych zajęć i list obecności oraz kart czasu pracy instruktorów. Dodatkowo realizujący zadanie musieli sporządzić regulamin zasad uczestnictwa osób biorących udział w poszczególnych zajęciach prowadzonych przez Akademię Ruchu oraz harmonogram zajęć na cały okres realizacji umowy.

Zajęcia w AR dla uczestników były bezpłatne oraz miały charakter otwarty i dobrowolny. W okresie od kwietnia 2016 do lutego 2017 r. w 26 Akademiach Ruchu przeprowadzono zajęcia w łącznej liczbie **3 666 godzin** (zajęcia odbywały się 2 razy w tygodniu po 1,5 godziny), co stanowi **100%** zaplanowanych godzin w projekcie. W spotkaniach systematycznie uczestniczyło 549 osób. Średnio w zajęciach uczestniczyło 9 osób.

Zadanie zostało wykonane zgodnie z założeniami projektu. Zaplanowane cele zajęć w ramach Akademii Ruchu w skali całego powiatu piotrkowskiego zostały osiągnięte, a zdobyta wiedza i umiejętności przyczyniły się do wzrostu wiedzy na temat zależności pomiędzy aktywnością fizyczną się a zapadalnością na ChUK oraz do stworzenia pozytywnego klimatu dla współzawodnictwa amatorskiego w zakresie kierowanej aktywności fizycznej.



**Całkowity koszt realizacji zadania** (tj.: koszt zatrudnienia osoby prowadzącej zajęcia (instruktora), dojazd do miejsca działalności akademii, prowadzenie dokumentacji oraz inne koszty niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia, a wcześniej niewymienione) to kwota - **256 620,00 zł, co odpowiada średnio kwocie 70 zł za godzinę zajęć w ramach AR.**

#### **F. Akademia Dobrej Rady** (11 ADR w skali powiatu)

forma poradnictwa i wsparcia w trudnych sytuacjach życiowych,  
w **każdej z 11 gmin** powiatu piotrkowskiego uruchomiona została **1 filia ADR**

Zadanie zostało zlecone w ramach uprzednio przeprowadzonej procedury zamówień publicznych (przetarg nieograniczony), w której ściśle określone zostały warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi dotyczące samej realizacji. Jednakże z uwagi wielkość zamówienia, a co za tym idzie bardzo duże wyzwania organizacyjne, zamówienie zostało podzielone na 3 części, a potencjalni wykonawcy mieli możliwość składania ofert częściowych. Takie rozwiązanie zwiększało szanse na powodzenie rozstrzygnięcia postępowania i jego późniejszej realizacji poprzez zmniejszenie jego zakresu oraz umożliwienie wzięcia udziału większej liczby oferentów. Dodatkowo, jako kryterium pozacenowe przyjęto ocenę dotyczącą przedstawienia sposobu organizacji zadania w sposób umożliwiający jego terminową i prawidłową realizację oraz opis zakresu i sposobu współpracy z interesariuszami i odbiorcami.

Akademie Dobrej Rady były jedną z form wsparcia ogólnodostępnego, która miała za zadanie zaspokoić potrzeby psychospołeczne uczestników projektu oraz ogółu społeczności lokalnych, w tym przede wszystkim spowodowanie powstania warunków do rozwoju motywacji do zmiany, nabycia umiejętności pozytywnego doświadczenia w relacjach międzyludzkich, pomocy w trudnych sytuacjach życiowych oraz umożliwienie skorzystania z profesjonalnego wsparcia w zakresie odzwyczajania się od palenia tytoniu.

ADR organizacyjnie stanowiły formę ogólnodostępnych punktów poradnictwa i wsparcia w trudnych sytuacjach życiowych (w rozumieniu psychospołecznym). Częstotliwość spotkań - dyżury z psychologiem (terapeutą) - trwające łącznie 4 godziny, co najmniej raz w tygodniu przez okres od marca 2016 r. do 10 lutego 2017 r.

Łącznie, przez cały okres działalności ADR, zorganizowano minimum 54 dyżury, w których łączna liczba godzin wyniosła 216 w każdej filii Akademii Dobrej Rady.

Wsparcie w ramach Akademii dedykowane było dla osób, które znalazły się w grupie docelowej Programu oraz osób, które nie należały do grupy docelowej, ale miały problemy życiowe inne niż prawne czy z zakresu przemocy domowej.



Dokumentowanie spotkań:

1. dla poradnictwa indywidualnego - karty, rejestr konsultacji oraz, celem zachowania zasad w zakresie ochrony danych osobowych, oświadczenia potwierdzające zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb projektu
2. dla zajęć grupowych - „Dzienniki zajęć” (wg wzoru dziennika lekcyjnego) z imiennymi wpisami uczestników oraz opisem treści spotkania. Dziennik, sprawozdania miesięczne w zakresie liczby odbytych godzin w ramach dyżurów pełnionych w ADR oraz liczby osób korzystających z poradnictwa prowadzi osoba udzielająca porad i wsparcia.

Łącznie przez cały okres działalności ADR zapewniono stały dostęp (raz w tygodniu) do poradnictwa psychologicznego. W ramach 2 376 godzin **dyżurów** w 11 Akademiach Dobrej Rady udzielono ponad **1 200 porad**, z których skorzystało ponad **251 osób**.

Zadanie zostało wykonane zgodnie z założeniami projektu. Zaplanowane cele, w ramach ADR, w skali całego powiatu piotrkowskiego zostały osiągnięte. Wzrost świadomości w zakresie korzystania z pomocy profesjonalnej w trudnych psychologicznie sytuacjach życiowych, wiedzy na temat zależności pomiędzy negatywnym („złym”) stanem psychicznym, a zapadalnością na ChUK, stworzenie atmosfery społecznej akceptacji dla udzielania wsparcia psychicznego osobom w trudnych psychologicznie sytuacjach życiowych i zwiększenie dostępu do niego, to rezultaty najbardziej potwierdzające celowość i zasadność realizacji tego zadania.

**Całkowity koszt realizacji zadania** (tj.: koszt zatrudnienia konsultanta, dojazd do miejsca działalności akademii, prowadzenia dokumentacji oraz inne koszty niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia, a wcześniej niewymienione) to kwota - **116 424,00 zł**, co odpowiada średnio kwocie **49 zł za godzinę dyżuru w ramach ADR**.

## G. Szkolenia

dla pracowników ośrodków pomocy społecznej (GOPS), kół gospodyń wiejskich (KGW), klubów sportowych (KS) odpowiednio: z poradnictwa psychologicznego, zdrowego żywienia, aktywności sprzyjającej zdrowiu oraz czynników ryzyka chorób układu krążenia

Zadanie zostało zlecone w ramach uprzednio przeprowadzonej procedury zamówień publicznych, w której ściśle określone zostały warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi dotyczące samej realizacji. Jednakże z uwagi różne grupy odbiorców i różną tematykę szkoleń, zamówienie zostało podzielone na 3 części, a potencjalni wykonawcy mieli możliwość składania ofert częściowych.

Takie rozwiązanie zwiększało szanse na powodzenie rozstrzygnięcia postępowania i jego późniejszej realizacji poprzez zmniejszenie jego zakresu oraz umożliwienie wzięcia udziału większej liczby oferentów. W przypadku szkoleń specjalistycznych czas na przeprowadzenie postępowania powinien uwzględniać ewentualność konieczności przeprowadzenia kolejnego postępowania wskutek braku złożenia ofert lub niedoszacowania zadania.

Bezpłatne szkolenia o tematyce i zakresie dobranym do określonej grupy odbiorców obejmowały m.in. zasady zdrowego żywienia (KGW), aktywność sprzyjającą zdrowiu (KS, szkoty), poradnictwo psychologiczne motywujące do zmiany stylu życia (GOPS), czynniki ryzyka oraz profilaktykę chorób układu krążenia (KGW, KS, GOPS, POZ).

Na podstawie ankiet przeprowadzonych przed i po każdym szkoleniu należy stwierdzić, że szkolenia zarówno pod względem merytorycznym, jak i organizacyjnym zostały ocenione bardzo wysoko.

W szkoleniach wzięły udział łącznie **264** osoby, w tym:

- **100** przedstawicielek kół gospodyń wiejskich,
- **52** osoby reprezentujące kluby sportowe, szkoty, biblioteki gminne, które zadeklarowały współpracę w projekcie,
- **55** pracowników ośrodków pomocy społecznej
- **57** przedstawicieli personelu medycznego (lekarze i pielęgniarki), działających na terenie powiatu piotrkowskiego.

Niewątpliwie słabym punktem w realizacji zadania był element rekrutacji, w szczególności personelu medycznego. Biorąc pod uwagę liczbę wszystkich poradni funkcjonujących na terenie powiatu (20 POZ) oraz poradnie będące w strukturach Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej z terenu M. Piotrkowa Tryb. (łącznie 23 poradnie), zaplanowano, że w szkoleniach weźmie udział 50 osób personelu medycznego - 2 cykle dla lekarzy (25 osób) i 2 cykle dla pielęgniarek (25 osób). Natomiast w szkoleniach wzięło udział łącznie 38 lekarzy i pielęgniarek. Odpowiednio 13 i 25 osób. Na podstawie ankiet przeprowadzonych przed i po każdym szkoleniu należy stwierdzić, że szkolenia zarówno pod względem merytorycznym, jak i organizacyjnym zostały ocenione bardzo wysoko.

W tym miejscu należy wspomnieć, że pomimo uwzględnienia przez organizatora szkoleń sugestii dotyczących dni organizacji szkoleń (wtorki, czwartki wskazywane były jako optymalne) oraz działań podejmowanych przez realizatora projektu (wcześniejsze zawiadomienia o szkoleniu, możliwość wyboru jednego z dwóch terminów szkolenia, liczne monity telefoniczne), wystąpiły trudności w rekrutacji na szkolenie, szczególnie wśród lekarzy. Powody jakie wskazywano podczas zapraszania na szkolenia to trudności w zapewnieniu i zorganizowaniu zastępstw. Dlatego na zgłoszenia czekano praktycznie do ostatniej chwili (dzień przed szkoleniem).

Z punktu widzenia zarządzania projektem jest to sytuacja wysoce niekomfortowa i niosąca za sobą duże ryzyko finansowe i organizacyjne. W naszym przypadku miała ona także wpływ na zaplanowane w projekcie wskaźniki.

W przyszłości planując szkolenia dla personelu lekarskiego w ramach podobnych projektów, zanim podejmie się decyzję o sposobie i terminie ich realizacji, należy wcześniej dokonać rozeznania wśród samych zainteresowanych i zebrać deklaracje udziału ze wskazaniem terminów, obszarów, które są w kręgu ich zainteresowania, a dopiero w drugiej kolejności przeprowadzić postępowanie w zakresie samej realizacji, terminu i miejsca szkolenia.

## **H. Warsztaty w zakresie zdrowego żywienia**

dla Kół Gospodyń Wiejskich mające na celu naukę prozdrowotnych technik i sposobów komponowania dań

Zadanie zostało zlecone w ramach uprzednio przeprowadzonej procedury zamówień publicznych, w której ściśle określone zostały warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi dotyczące samej realizacji.

Warsztaty przeznaczone były dla wszystkich kół gospodyń wiejskich z terenu powiatu piotrkowskiego (nie tylko tych, które współpracowały z Programem). Były formą zorganizowanych zajęć nauki praktycznego zastosowania technik i zasad zdrowego gotowania i żywienia (z możliwością ich wykorzystania przez uczestników również w warunkach domowych), które prowadzone były przez instruktora (trenera) gotowania. Okres realizacji od lipca 2016 r. do października 2016 r. Czas trwania 1 warsztatu to 6 godzin.

Wymagania dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia wobec Wykonawcy to przede wszystkim przedstawianie sprawozdań częściowych i końcowego (wraz z dokumentacją) w wersji elektronicznej i papierowej w zakresie: liczby odbytych godzin w ramach warsztatów, liczby osób uczestniczących w zajęciach, zakresu tematycznego poszczególnych warsztatów, miejsca przeprowadzenia warsztatu, zdjęć dokumentujących zajęcia.

Po raz kolejny nieocenionym wsparciem dla realizacji zadań projektu okazali się sami odbiorcy warsztatów, czyli członkinie koła gospodyń wiejskich. Celem zwiększenia dostępności do zajęć, a tym samym umożliwienia uczestnictwa w nich jak największemu gronu przedstawicielek tej organizacji, udostępniły wykonawcy pomieszczenia, które na co dzień służą ich działalności bieżącej. To spowodowało bardzo wysoką frekwencję na warsztatach.

Łącznie w 24 warsztatach wzięły udział 372 przedstawicielki KGW, co średnio stanowiło ok. 16 osób na 1 warsztat.

Przeprowadzono ewaluację zajęć. Na podstawie zebranych wyników można stwierdzić, że uczestniczki wszystkich warsztatów zauważyły wyraźny wzrost

swoich kompetencji i umiejętności związanych z przygotowywaniem odpowiednich posiłków, ważnych w profilaktyce chorób serca (99% oceniła warsztaty jako zdecydowanie przydatne lub przydatne). We wszystkich badanych kategoriach przyrost zarówno wiedzy, jak i umiejętności uczestniczek był bardzo duży. Zaplanowane cele zajęć w ramach warsztatów, w skali całego powiatu piotrkowskiego, zostały z pewnością osiągnięte, a zdobyta wiedza i umiejętności przyczynią się do szerzenia idei zdrowego żywienia w ramach działalności prowadzonej przez KGW.

Przedstawicielki KGW bardzo pozytywnie wypowiadały się na temat prowadzonych zajęć. Zadanie zostało wykonane zgodnie z założeniami projektu, a umowa rozliczona.

Warsztaty kulinarne były uzupełnieniem wiedzy teoretycznej, zdobytej podczas szkoleń, o umiejętności praktyczne wśród wszystkich przedstawicielek KGW, a nie tylko tych, które zostały zaproszone do współpracy w ramach projektu. Takie rozwiązanie dodatkowo zwiększa trwałość projektu poprzez dalszą promocję zdrowego żywienia przez lokalne organizacje społeczne, których działalność bieżąca kojarzona jest głównie z gotowaniem.

**Koszt całkowity zadania - 62 400 zł** (tj. koszt zatrudnienia osoby prowadzącej spotkania, catering dla uczestniczek, zakup produktów (surowców) żywnościowych niezbędnych do realizacji zajęć, wynajem sali, w której będą odbywały się warsztaty wraz z niezbędnym wyposażeniem, umożliwiającym prawidłowe przygotowanie posiłków, dojazd do miejsca, w którym będą odbywały się warsztaty, przygotowanie i prowadzenie dokumentacji, inne koszty niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia, a wcześniej niewymienione), co stanowi kwotę **2 600 zł za 1 warsztat**.

## **I. Produkcja filmu promującego zdrowy styl życia**

Zadanie zostało zlecone w ramach uprzednio przeprowadzonej procedury zamówień publicznych, w której ściśle określone zostały warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi dotyczące samej realizacji. Pierwsze postępowanie, w tym zakresie musiało zostać unieważnione przed terminem składania ofert.

Głównym powodem unieważnienia był zbyt mało szczegółowy opis przedmiotu zamówienia, z którego zdaliśmy sobie sprawę dopiero z chwilą rozpoczęcia postępowania i otrzymywania licznych pytań (merytorycznych i technicznych) dotyczących produkcji filmu. Uznaliśmy, że aby uzyskać produkt (film), który będzie miał wysoką jakość merytoryczną i zapewniał odpowiednią wartość dla trwałości projektu (film miał stanowić m.in. materiał edukacyjny dla społeczności lokalnej powiatu), unieważnimy postępowanie i przygotujemy specyfikację, która uwzględni wszystkie aspekty niezbędne do osiągnięcia założonego celu. W wyniku

zaistniałej sytuacji przeprowadzone zostało kolejne postępowanie, w którym wyłoniono wykonawcę.

Przystępując do tak specjalistycznego przedsięwzięcia jakim jest produkcja filmu warto wcześniej wesprzeć się wiedzą fachową na ten temat lub zapoznać się z podobnymi postępowaniami, co pozwoli uniknąć problemów w trakcie realizacji już na samym początku.

Efektom jest 40 min. film w wersji angielskiej i polskiej, promujący zdrowy styl życia. Film nawiązuje do działań realizowanych w projekcie, jako przykłady dobrych praktyk z zakresu promocji zdrowia. Produkcja na płytach DVD w ilości 50 szt. została bezpłatnie rozdysponowana wśród samorządów gminnych oraz szkół ponadgimnazjalnych powiatu piotrkowskiego oraz zamieszczona na stronie głównej projektu [www.zdrowie.powiat-piotrkowski.pl](http://www.zdrowie.powiat-piotrkowski.pl).

Produkcja skierowana jest do młodzieży i osób dorosłych, jako forma powszechnej edukacji zdrowotnej w kierunku profilaktyki chorób układu krążenia poprzez zmianę nawyków i stylu życia na sprzyjający zdrowiu. Z przeprowadzonej oceny potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu piotrkowskiego wynika, że złe nawyki zdrowotne mają znaczący wpływ na liczbę zgonów w naszym powiecie. Jak do tej pory promocja zdrowego stylu życia z zakresu zdrowego żywienia czy ruchu, prowadzona była zazwyczaj tylko w ramach szkolnych programów profilaktyki i skierowana głównie do dzieci. Dlatego biorąc pod uwagę fakt, że podstawą wzorców zachowań dla każdego dziecka jest dom rodzinny uznano, że aby zwiększyć szanse na poprawę stanu zdrowia naszych mieszkańców zarówno teraz, jak i w przyszłości, edukację zdrowotną trzeba przede wszystkim skierować do rodziców, którzy są głównymi modelami zachowań dla swojego potomstwa. Zakładamy, że jeśli uda się wpłynąć na zmianę zachowań rodziców na te sprzyjające zdrowiu, to będzie to miało bezpośrednie przełożenie również na ich dzieci.

Film był działaniem o szerokim zasięgu i dużym oddziaływaniu edukacyjnym, które będzie miało bezpośredni wpływ na trwałość projektu po zakończeniu jego realizacji.

**Koszt całkowity zadania - 24 600 zł.**

## **J. Cykliczne audycje radiowe o tematyce promującej zdrowy styl życia**

Zadanie zostało zlecone w ramach uprzednio przeprowadzonej procedury zamówień publicznych, w której ściśle określone zostały warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi dotyczące samej realizacji.

Wyemitowano 12 audycji radiowych o zdrowiu. Tematyka tych audycji poświęcona była profilaktyce chorób układu krążenia oraz promocji zdrowego stylu życia

w obszarze żywienia, ruchu oraz higieny psychicznej (z wcześniej zatwierdzonymi scenariuszami i harmonogramem).

Każda z audycji była emitowana 3 razy w miesiącu w lokalnym radio Strefa FM w różnych godzinach, a ich emisja była zapowiadana na dwa dni przed emisją w postaci spotów radiowych. Istnieje również możliwość odsłuchania audycji bezpośrednio ze strony głównej Programu „Twoje serce Twoim Życiem”.

Audycje, podobnie jak film, to działanie o szerokim zasięgu i dużym oddziaływaniu edukacyjnym.

**Koszt całkowity zadania - 16 800 zł, koszt 1 audycji to 1 400 zł.**

### **K. Opracowanie Księgi Dobrych Praktyk dla populacyjnych programów profilaktyki promocji zdrowia w obszarze chorób układu krążenia** (termin realizacji 15 luty 2017)

Zadanie zostało zlecone w ramach uprzednio przeprowadzonej procedury zamówień publicznych, w której ściśle określone zostały warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi dotyczące samej realizacji.

Opracowana „Księga Dobrych Praktyk Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Układu Krążenia” została skierowana do lokalnych samorządów gminnych, powiatowych, instytucji działających w obszarze zdrowia publicznego jako wsparcie przy realizacji projektów z zakresu zdrowia. Wersja elektroniczna opracowania jest dostępna na stronie internetowej projektu, która będzie również dostępna po zakończeniu Programu.

Głównym celem Opracowania był opis zastosowanych działań profilaktycznych oraz promujących zdrowy styl życia dla chorób układu krążenia na podstawie stosowanych praktyk w zakresie Programu Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (w aspekcie organizacyjnym i społecznym), w taki sposób, aby ocenić i wybrać te rozwiązania, które wpłynęły na poprawę dostępności do świadczeń medycznych oraz przyczyniły się do transferu wiedzy na temat zdrowego stylu życia, a tym samym wpłynęły na wzrost świadomości społeczności lokalnej z zakresu zachowań prozdrowotnych.

Dobre praktyki, w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób układu krążenia, zostały przeanalizowane według następujących kryteriów:

- Promowania inicjatywy powiatowego samorządu terytorialnego na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczności lokalnej,
- Wpływu na skuteczną profilaktykę wczesnej identyfikacji osób z nasiloną wartością czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz wdrożenia u tych osób działań zapobiegawczo-leczniczych.

- Oceny systemu współpracy pomiędzy poszczególnymi instytucjami i organizacjami na rzecz wczesnej diagnostyki chorób układu krążenia.
- Promocji zdrowego stylu życia, a w szczególności: zmiany nawyków żywieniowych szkodliwych dla zdrowia, zwiększenia aktywności fizycznej mieszkańców, dostępu mieszkańców powiatu do wsparcia w trudnych psychologicznie sytuacjach życiowych.
- Aktywności gminnych jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych w działaniach na rzecz zdrowia społeczeństwa.
- Stosowania zrównoważonych rozwiązań w zakresie infrastruktury społecznej, zwłaszcza w edukacji i ochronie zdrowia.

Ponadto dokonana została analiza dobrych praktyk pod kątem ich ewentualnego zastosowania przez potencjalnych Beneficjentów i Wnioskodawców w projektach promocji zdrowia i profilaktyki chorób układu krążenia.

**Kryteria wyboru dobrych praktyk.** Głównymi kryteriami wyboru przykładów dobrych praktyk do Opracowania, jakimi powinien posługiwać się Wykonawca, w trakcie opracowania dokumentu, były: skuteczność, użyteczność, trwałość.

**Całkowity koszt zadania - 28 290 zł.**

#### **L. Opracowanie i wydanie poradnika zdrowego żywienia (6 000 szt.)**

Zadanie zostało zlecone w ramach uprzednio przeprowadzonej procedury zamówień publicznych, w której ściśle określone zostały warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi dotyczące samej realizacji.

Celem publikacji poradnika była powszechna edukacja i promocja zdrowego żywienia z możliwością jego rozpowszechniania w wielu źródłach tj. zamieszczania na stronach internetowych oraz dystrybucji bezpośredniej wersji drukowanej poradnika.

Poradnik „Co jeść, aby Twoje serce było zdrowe” został opracowany przez zespół ekspertów Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie, pod redakcją naukową prof. dr hab. n. med. Mirosława Jarosza, w ocenie którego:

*„zapropionowane przepisy kulinarne dla każdego mogą być inspiracją do tworzenia własnych, rodzinnych zdrowych przepisów. Cennym elementem poradnika są podpowiedzi, jak włączyć dzieci i młodzież w dbanie o zdrowe żywienie całej rodziny i zabawę w zdrowe gotowanie. Wyrażam przekonanie, że publikacja **Co jeść, aby Twoje serce było zdrowe** będzie przydatna nie tylko młodszym i starszym mieszkańcom powiatu piotrkowskiego, lecz także okaże się cenną pomocą dla nauczycieli zajmujących się edukacją żywieniową młodego pokolenia”<sup>13</sup>.*

<sup>13</sup> Od redaktora naukowego, Poradnik „Co jeść, aby Twoje serce było zdrowe”, [www.zdrowie.powiat-piotrkowski](http://www.zdrowie.powiat-piotrkowski).



Poradnik został napisany w oparciu o aktualnie obowiązujące standardy zdrowego żywienia, ze szczególnym uwzględnieniem żywienia w profilaktyce i w chorobach układu krążenia (ChUK) i zawiera: Wstęp - treści ogólne, krótki opis zawierający informacje o wpływie żywienia na nasze zdrowie, krótki opis dot. wpływu żywienia na kondycję serca i krążenie, w tym które ChUK są skutkiem nieprawidłowego żywienia, opis zasad prawidłowego żywienia, ze szczególnym uwzględnieniem ChUK, ogólne zasady układania jadłospisów, zalecenia i wskazówki w zakresie sporządzania posiłków, zalecane i przeciwwskazane produkty, potrawy w ChUK, przykładowe normy kaloryczne, tygodniowe diety dla mężczyzn i kobiet oraz suplement w postaci gotowych przepisów, w tym dostarczonych przez Zamawiającego, które przygotowywane były w trakcie zajęć Akademii Zdrowego Żywienia.

Każdy z ww. bloków tematycznych zawiera treści pokazujące pozytywny wpływ zdrowego żywienia na nasze zdrowie, a informacje oraz treści edukacyjne przedstawione w Poradniku zostały poparte przykładami.

Wydanie poradnika jest elementem projektu, który ma bezpośredni wpływ na zachowanie jego trwałości również po zakończeniu realizacji.

**Całkowity koszt realizacji zadania** tj. przygotowanie opracowania, redakcja naukowa i publikacja - **83 099 złotych**.

#### **Ł. Opracowanie raportu ewaluacyjnego z realizacji projektu**

Zadanie zostało zlecone w ramach uprzednio przeprowadzonej procedury zamówień publicznych, w której ściśle określone zostały warunki udziału w postępowaniu oraz wymogi dotyczące samej realizacji.

Celem ewaluacji (podstawowe pytanie badawcze) było dokonanie analizy i oceny procesu oraz efektów realizacji projektu poprzez zbadanie stopnia trafności, efektywności, skuteczności i użyteczności podjętych działań oraz opracowanie wniosków i rekomendacji dotyczących sposobu przeprowadzania analizy potrzeb i programów zdrowotnych.

Ocena zawarta została w Raporcie Końcowym ewaluacji, składającym się z dwóch części:

Część I - Raport z ewaluacji projektu: Podsumowanie i Ocena Wykonawcy wszystkich działań w ramach projektu,

Część II - Analiza i ocena projektu przeprowadzona na bazie dokumentacji projektowej i ewaluacyjnej Realizatora oraz wywiadów przeprowadzonych przez Wykonawcę z Realizatorem projektu, Interesariuszami oraz Odbiorcami.

Raport sporządzony został w dwóch wersjach polskiej i angielskiej.

**Całkowity koszt realizacji zadania - 23 315 złotych.**

*Przy realizacji ww. zadań najważniejszym było dokonanie wyboru wykonawcy, który spełni wymagania pozwalające na w pełni merytoryczne zrealizowanie powierzonego zadania. Kluczowym było tu określenie właściwych kryteriów pozacenowych, które wyłonią tych najbardziej doświadczonych. Zastosowano zatem dwa kryteria dostępu do postępowania, a mianowicie czas realizacji zadania oraz liczbę wydanych poradników lub podobnych publikacji z zakresu zdrowego żywienia. Założono bowiem, że tylko wykonawcy, którzy na co dzień zajmują się publikacjami z zakresu żywienia będą w stanie je spełnić, dysponując odpowiednimi zasobami ludzkimi, zapleczem technicznym oraz doświadczeniem. Jak się okazało był to dobry kierunek, który pozwolił na wybór takich właśnie wykonawców.*

Ww. działania, to główne zadania jakie realizatorzy projektu postawili sobie na samym początku. Ich wdrożenie miało posłużyć szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej, powszechnie dostępnej, bezpłatnej i skierowanej bezpośrednio do mieszkańców powiatu, której nadrzędnym celem było spowodowanie zmiany nawyków i postaw społeczności lokalnej w zakresie stylu życia, na ten bardziej sprzyjający zdrowiu.

## **1. KONTEKST PROGRAMU ORAZ BARIERY I OGRANICZENIA W TRAKCIE REALIZACJI DZIAŁAŃ**

### **1.1. Czynniki wpływające na osiągnięcie planowanych rezultatów:**

- dobrze rozwinięta i funkcjonująca infrastruktura w poszczególnych gminach powiatu,
- zaangażowanie i współpraca pracowników ośrodków pomocy społecznej,
- dobra baza sportowo-rekreacyjna,
- znaczny procent ludzi młodych,
- aktywne postawy mieszkańców,
- efektywne inicjatywy społeczne,
- dobra baza lokalowa placówek zdrowotnych,
- wykwalifikowana kadra medyczna,
- poradnie POZ w każdej gminie,
- wzrost zainteresowania mieszkańców stanem zdrowia własnego i najbliższych,
- medialna popularyzacja „mody na zdrowy styl życia”,
- sprzyjająca atmosfera w środkach masowego przekazu,

- spełnienie oczekiwań pacjentów i ich rodzin,
- wzrost zainteresowania mieszkańców aktywnym wypoczynkiem.

### **1.2. Bariery i ograniczenia (organizacyjne, prawne, finansowe)**

- stagnacja oraz brak współpracy środowiskowej personelu medycznego,
- bierna postawa i negatywne nastawienie do wszelkich aktywności społecznych grupy docelowej projektu,
- trudności z terminowym pozyskaniem środków finansowych na bieżącą realizację zadań przewidzianych w projekcie,
- brak płynności finansowej, co ma znaczący wpływ na bieżącą i terminową realizację projektu,
- absencja członków zespołu z uwagi na konieczność wykorzystania zaległych urlopów zgodnie z obowiązującymi przepisami KP,
- zmiany przepisów w zakresie prawa zamówień publicznych,
- brak uszczegółowienia niektórych zapisów w ramach wytycznych w zakresie udzielenia zamówień poniżej 30 000 tys. Euro.

### **1.3. Zastosowane sposoby przeciwdziałania barierom**

- Organizowano spotkania informacyjno-organizacyjne dla pracowników POZ, celem zachęcenia ich do współpracy i wskazania pozytywnych aspektów tej współpracy,
- Zorganizowane zostały bezpłatne szkolenia zarówno dla lekarzy, jak i pielęgniarek,
- Wyposażono POZ w dodatkowy sprzęt (ciśnieniomierze, glukometry),
- Osoby, które zostały zakwalifikowane do grupy docelowej, celem ich dodatkowego zmotywowania do wzięcia udziału w badaniu ankietowym, otrzymywały upominki oraz miały możliwość wzięcia udziału w losowaniu rowerów,
- Zaplanowano kanały dotarcia do grupy docelowej z uwzględnieniem potrzeby kontaktu bezpośredniego. W tym celu zaplanowano wykorzystanie sieci placówek GOPS, organizacji pozarządowych, jak również nawiązano współpracę z samorządem gminnym.
- Przeprowadzono akcję informacyjną skierowaną do każdego z interesariuszy pracowników GOPS, wskazując również cele i zakres ewentualnej współpracy.
- Dodatkowo uzyskano potwierdzenie w postaci deklaracji, potwierdzającej chęć współpracy i wsparcia dla realizacji celów i działań przewidzianych w projekcie.

- Poszerzono grupę docelową projektu o osoby spoza klientów pomocy społecznej w wieku 20-55 lat.
- Monitorowano proces weryfikacji wniosków o płatność oraz na bieżąco bez zbędnej zwłoki przekazywano Operatorowi Programu wszelkie informacje i wyjaśnienia niezbędne do ich rozliczenia,
- Prowadzono bieżącą analizę wszystkich wydatków oraz terminów płatności,
- Zabezpieczono środki finansowe powiatu na uregulowanie zobowiązań wymagalnych wynikających z zawartych umów na potrzeby realizacji projektu,
- Rozdzielono obowiązki osób będących na urloпах pomiędzy innych członków zespołu, od września 2016 r. zatrudniono w Wydziale Spraw Społecznych i Edukacji dodatkowego pracownika na  $\frac{1}{2}$  etatu (finansowanego ze środków własnych powiatu), który został oddelegowany do pracy w projekcie,
- Osoba odpowiedzialna za zamówienia publiczne wzięła udział w szkoleniu nt. zmian w prawie zamówień publicznych oraz przekazała wszystkim zainteresowanym informacje o zmianach,

Zapytanie kierowane do OP w sytuacjach wskazujących na dwojakiego rodzaju możliwość interpretacji zapisów wytycznych.

#### 1.4. Wpływ ww. barier na rezultaty projektu

Powyższe działania służące zniesieniu lub zminimalizowaniu oddziaływania występujących barier na rezultaty Programu zostały wdrożone. Ostatecznie w związku wprowadzanymi działaniami zaradczymi nie miały one znaczącego wpływu na końcowe rezultaty projektu, a w szczególności na działania wynikające z programu promocji zdrowia. Niewątpliwie miały jednak wpływ na ilość przebadanych w ramach programu badań profilaktycznych. Co prawda wskaźnik jaki został zaplanowany w tym zakresie został osiągnięty, to jednak w założeniach przyjęto, że liczba osób jaka zgłosi się na badania będzie dwukrotnie większa niż planowana wartość wskaźnika.

### 9.3. ZAGADNIENIA PRAWNE DOTYCZĄCE PROJEKTU

#### 9.3.1. Pomoc publiczna

zgodnie z art. 87 ust. 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE)

Pomoc publiczna to wszelka pomoc przyznawana przez państwo członkowskie lub przy użyciu zasobów państwowych, w jakiegokolwiek formie, która zakłóca lub grozi zakłóceniem konkurencji poprzez sprzyjanie niektórym przedsiębiorstwom lub produkcji niektórych towarów. Przeprowadzony test pomocy publicznej wykazał, że wsparcie jest selektywne i uprzywilejowuje konkretne podmioty, ale nie zakłóca i nie grozi zakłóceniem konkurencji, bowiem nie wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi. Świadczenia na rzecz odbiorców działań profilaktycznych i promocyjnych były realizowane nieodpłatnie i udzielane przez, wyłonionych na podstawie przepisów prawa o zamówieniach publicznych, wykonawców.

#### 9.3.2. Zamówienia publiczne

Wnioskodawca (realizator Programu) dla realizacji przedmiotowego przedsięwzięcia zaplanował przeprowadzenie postępowań zgodnie z prawem zamówień publicznych. Wszystkie działania merytoryczne oraz związane z promocją i edukacją w zdrowiu zostały zlecone zewnętrznym wykonawcom. Oceniono, że dla wybranych zadań przeprowadzona zostanie jedna procedura o udzielenie zamówienia publicznego, jednakże dopuszczona została możliwość składania ofert częściowych. Działania promocji i edukacji w zdrowiu zostały zlecone zewnętrznym podmiotom, z zaznaczeniem, że elementy działań medycznych będą realizowane przez specjalistów w zakresie danej dziedziny. Wstępnie zaplanowano następujące zamówienia (zgodne z Ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych z uwzględnieniem zmian wprowadzonych Ustawą z dnia 14 marca 2014 r. o zmianie ustawy - Prawo zamówień publicznych oraz niektórych innych ustaw):

- zamówienie na usługę przeprowadzenia badania ankietowego;
- zamówienie na dostawę aparatów do pomiaru ciśnienia krwi i glukometrów;
- zamówienie na usługę organizacji warsztatów w zakresie zdrowego żywienia w organizacjach pozarządowych;
- zamówienie na dostawę robotów kuchennych wielofunkcyjnych i innych prostych urządzeń przydatnych do zdrowego gotowania oraz sprzętu sportowego służącego aktywności ruchowej;

- zamówienie na usługę i dostawę - spoty; billboardy i bannery, rollbanery, plakaty, ulotki, broszury, długopisy, gadzety służące promocji programu, zestawy konferencyjne i szkoleniowe, kalendarzy, notesów;
- zamówienie na usługę i dostawę - fartuchów kuchennych, koszulek bawełnianych, butelek z filtrem, piłek;
- zamówienie na usługę - opracowanie raportu na temat efektywności podjętych działań;
- zamówienie na usługę i dostawę - tablica informacyjna;
- zamówienie na usługę - konferencje prasowe (wydarzenia medialne, w tym wynajem sali i catering, zaproszenia, prelekcję oraz występ artysty);
- zamówienie na usługę - ogłoszenia prasowe;
- zamówienie na usługę - spoty i ogłoszenia radiowe;
- zamówienie na usługę - produkcja filmu promującego zdrowy styl życia;
- zamówienie na usługę - audycje radiowe o zdrowiu;
- zamówienie na zakup i dostawę - namioty wraz wyposażeniem do organizacji punktów medycznych i akcji promujących zdrowy styl życia;
- zamówienie na zakup i dostawę - akcesoriów medycznych i pomocniczych dla punktów medycznych;
- zamówienie na zakup i dostawę - aparatury do pomiarów i badań w ramach punktów medycznych;
- zamówienie na usługę - przeprowadzenie badań i pomiarów w ramach punktów medycznych;
- zamówienie na usługę - konsultacje lekarskie w ramach punktów medycznych;
- zamówienie na usługę - opracowanie i wydanie poradnika żywienia;
- zamówienie na usługę organizacji szkoleń lekarzy POZ i innego personelu medycznego - profilaktyka chorób układu krążenia (dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych);
- zamówienie na usługę organizacji szkoleń „Czynniki ryzyka w chorobach układu krążenia” (dopuszcza się składanie ofert częściowych);
- zamówienie na usługę organizacji szkoleń dla Akademii Zdrowego żywienia; Akademii Ruchu; Akademii Dobrej Rady oraz prowadzenia zajęć w ramach akademii (dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych);
- zamówienie na usługę prowadzenia Akademii Zdrowego żywienia; Akademii Ruchu; Akademii Dobrej Rady (dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych);
- zamówienie na dostawę gablot;
- zamówienie na usługę - opracowanie i powielenie książki dobrych praktyk
- zamówienie na usługę - organizacja i przeprowadzenie akcji promujących zdrowy styl życia.

### 9.3.3. Ochrona zdrowia

Działania planowane w Programie zostały tak przygotowane, aby spełniały wymagania prawne przepisów w zakresie ochrony zdrowia:

- w zakresie całokształtu zaplanowanych zadań zapewniono zgodność z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654, ze zmianami);
- w zakresie działań profilaktycznych zapewniono zgodność projektu z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135, ze zmianami)
- w zakresie wykluczenia ze względu na status materialny z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2004 Nr 64 poz. 593, ze zmianami).
- wykonanie pakietu badań podstawowych oraz pakietu badań pogłębionych, konsultacji kardiologicznej zostanie przeprowadzone w ramach porozumienia zawartego pomiędzy Beneficjentem, a podmiotem, dla którego powiat jest organem tworzącym w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej.

## 9.4. WNIOSKI I REKOMENDACJE

Jak już pisaliśmy we wstępie, w odpowiedzialnie przygotowanym programie nie ma miejsca na przypadkowość, choć nie wszystko jest do przewidzenia. Ale można istotnie zmniejszyć ryzyko popełnienia kardynalnych błędów mogących niekorzystnie wpłynąć na efektywność realizowanego programu i/lub jego skuteczność.

Na podstawie doświadczeń zdobytych przy planowaniu i realizacji opisywanego wyżej Programu można sformułować kilka istotnych wniosków i rekomendacji. W naszej ocenie mogą być one przydatne dla tych osób, które zamierzają przygotować program profilaktyki i promocji zdrowia oraz zrealizować go w społeczności lokalnej.

1. Zanim przystąpi się do tworzenia projektu należy bardzo dokładnie zdiagnozować lokalne potrzeby zdrowotne i potrzeby, które - poprzez konkretne programy profilaktyki i promocji zdrowia będziemy zaspokajać. Z tej wiedzy klarownie wyłonią się nam cele strategiczne, z których wynikać będą cele operacyjne przekładające się na wdrożenie konkretnych działań.
2. Definiując cele konieczne jest wykorzystanie nowoczesnych narzędzi służących ich konkretyzacji, np. metody SMART. Zadbajmy o rzetelne wskaźniki, gdyż tylko w ten sposób uzyskamy zobiektywizowaną wiedzę na temat tego,



czy faktycznie działamy skutecznie, czy też ulegamy złudzeniu. Nie bójmy się liczb, które charakteryzują rezultaty założone w realizowanym programie. Nie ulegajmy magii opisów z kręgu literatury pięknej.

3. W procesie rozpoznawania potrzeb zdrowotnych środowiska, w którym będzie realizowany program konieczne jest wykorzystanie zbiorów statystycznych i epidemiologicznych charakteryzujących populację, które są dostępne w specjalistycznych placówkach zajmujących się zdrowiem publicznym. Należy również zapoznać się ze współczesnymi, rekomendowanymi wytycznymi dotyczącymi skutecznych działań.
4. Tworząc programy mające na celu zmianę określonego zachowania, korzystajmy z ustaleń współczesnej psychologii na temat tego, jak dokonuje się zmiana w zachowaniu. Ludzie lubią swoje nawyki (nawet te, które nie służą zdrowiu) i rzadko ulegają słownym perswazjom. Konieczne jest stworzenie im warunków do zmiany tego zachowania, co z kolei podlega określonym metodykom opisanym w psychologii.
5. Nieocenione jest upowszechnienie w środowisku realizacji programu diagnozy problemów zdrowotnych oraz zbudowanie swoistej „koalicji na rzecz zdrowia”. Znacznie ułatwi to identyfikację Interesariuszy oraz współpracę z nimi.
6. Znajomość sposobu wdrażania i realizacji podobnych projektów, dogłębnej orientacji w tym „jak zrobili to inni”, jest nieocenionym źródłem wiedzy na etapie planowania programu, dlatego jeśli jest taka możliwość niewątpliwie warto, a wręcz należy z niej skorzystać.
7. Na każdym etapie programu, konieczna jest wyważona mieszanka wiedzy, pokory i determinacji. A przede wszystkim trzeba mieć każdego dnia, zwłaszcza w obliczu trudności, orientację dokąd się zmierza i na co umawialiśmy się z ludźmi, którzy nam zaufali biorąc udział w programie.
8. Do współpracy należy wybierać solidnych, doświadczonych i sprawdzonych partnerów oraz jasno określić oczekiwania wobec każdego z nich. W tym celu warto rozmawiać z innymi samorządami.
9. Dobór odpowiedniego potencjału instytucjonalnego organizacji/instytucji realizującej program profilaktyczny jest zagadnieniem nie do przecenienia. Definiuje go struktura organizacyjna, stosowane procedury oraz istniejące powiązania kooperacyjne z potencjalnymi partnerami w programie.
10. Na samym początku należy zaplanować model zarządzania oparty na ustalonym systemie komunikacji i zarządzaniu ryzykiem. Warto do tego celu wykorzystać posiadane zasoby ludzkie ich doświadczenie, wiedzę oraz znajomość na temat struktury demograficzno-ekonomicznej danej jednostki terytorialnej.

11. Z uwagi na sztywno określone ramy czasowe, które może narzucić projektodawca, prawidłowo i realnie oszacowany czas realizacji projektu, to podstawa powodzenia jego wdrożenia. Wyznaczając czas trwania całego projektu, terminy zakończenia poszczególnych etapów i rezerwy czasu, warto pamiętać, że wartości te wynikać będą z logiki powiązań między zadaniami, czyli z przyjętej struktury projektu. Jeżeli w projekcie zaplanowano czynności równoległe (a tylko wtedy można coś zrobić szybciej), czas trwania projektu nie będzie prostą sumą czasu trwania jego zadań.
12. Planując budżet należy w pierwszej kolejności określić potrzeby i co jest niezbędne do zrealizowania danej czynności. Wówczas wystarczy odpowiedzieć na pytanie, ile jednostek zasobu, w jakiej cenie trzeba będzie pozyskać, aby poznać dokładny koszt zadania. Po zsumowaniu kosztów dla wszystkich zadań w projekcie, powstanie budżet.
13. Wskaźniki są podstawą do oceny realizacji części merytorycznej projektu oraz jego rezultatów. Dlatego każdy ze wskaźników (już na etapie planowania) powinien być bardzo dokładnie oszacowany oraz powinien mieć określony sposób pomiaru i weryfikacji. Wybór dokumentacji na podstawie, której potwierdzone zostanie osiągnięcie zaplanowanych wartości docelowych, to bardzo ważny i kluczowy dla późniejszego prawidłowego rozliczenia, element projektu.
14. Oprócz programu badań profilaktycznych, programy zdrowotne w swej ofercie powinny posiadać również szereg działań o charakterze promującym zdrowy styl życia, których realizacja prowadzona będzie jako szeroko rozumiana, ogólnie dostępna edukacja zdrowotna, skierowana bezpośrednio do wybranej populacji. Taki sposób patrzenia na profilaktykę w ocenie realizatorów projektu daje gwarancję zapewnienia szerokiego odbioru działań oraz pozwala na zachowanie trwałości rezultatów projektu również po zakończeniu jego realizacji.
15. Wybór grupy docelowej (Beneficjentów Programu) powinien być następstwem szczegółowej analizy i oceny potrzeb zdrowotnych mieszkańców danego obszaru terytorialnego np. powiatu.
16. Należy dobrać taki sposób rekrutacji uczestników projektu, który zapewni ich udział w programie. Najczęściej stosowaną metodą jest zapraszanie osób spełniających określone kryteria, aby skorzystali z istniejących możliwości, co zazwyczaj bywa nieskuteczne z powodów psychospołecznych tj. zbyt małej wiedzy i świadomości zdrowotnej, a co za tym idzie dostatecznej motywacji, aby korzystać z pomocy medycznej. Z tego powodu, system rekrutacji, który dotrze z ofertą bezpośrednio do tych osób, wyjaśni im znaczenie propozycji, a dalej włączy i zmotywuje do kontynuowania współpracy, to system

rekrutacji, zapewniający jej wynik na poziomie zakładanych wskaźników. Do tego celu warto wykorzystać potencjał partnerów i aktywnie ich włączyć w proces rekrutacji.

17. Ryzyko odbiorców, to podstawowe ryzyko zewnętrzne, jakie należy uwzględnić przy planowaniu realizacji podobnego projektu, zakładając jego bardzo duże prawdopodobieństwo wystąpienia oraz wysokie oddziaływanie na rezultaty. Z tego powodu już na samym początku należy zaplanować odpowiednie działania zaradcze, które w sytuacji wystąpienia ryzyka pozwolą na jego zminimalizowanie lub wyeliminowanie.
18. Formy doboru działań promocyjnych i informacyjnych, ich ilość, powinny być dostosowane do potrzeb danego projektu i jego potencjalnych odbiorców.
19. Umożliwienie systematycznego dostępu do powszechnej, bezpłatnej edukacji zdrowotnej w zakresie stylu życia sprzyjającego zdrowiu oraz jej zorganizowanie w sposób zapewniający utrwalenie zdobytej wiedzy, to podstawa promocji zdrowia. Dlatego, jako te działania, które doskonale się wpisują w ten obszar oraz przyniosły oczekiwane efekty mierzone udziałem mieszkańców w proponowanych zajęciach, to Akademia Zdrowego Żywienia, Akademia Ruchu, Akademia Dobrej Rady oraz organizowane punkty medyczne.
20. Projekt powinien uwzględniać w swoich działaniach opracowania, w których zawarte zostaną analizy oraz opisane efekty podejmowanych działań, jako element trwałości projektu oraz transferu wiedzy do innych instytucji zainteresowanych profilaktyką zdrowia.
21. **Zachęcamy gorąco** do realizacji programów profilaktyki i promocji zdrowia wg modelu przez nas opracowanego i realizowanego. Jest to przedsięwzięcie czasochłonne, wymagające pracy, uwagi i gotowości do reagowania, ale cieszące się dużym zainteresowaniem społecznym z uwagi na jego **kooperacyjny charakter i konkretną ofertę działań**. Osią tej współpracy w naszym Programie były Akademie oraz prowadzone Akcje informacyjno - medyczne.
22. Realizatorzy Programu nie mają żadnych wątpliwości, że gdyby nie merytoryczne wsparcie (pomoc) Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi efektywność i skuteczność podejmowanych działań byłaby zdecydowanie na niższym poziomie. Ponadto, co należy sformułować jako rekomendację, informacja publiczna o wsparciu Programu przez autorytet placówki naukowo-badawczej w randze Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, otwierała szerokie możliwości współpracy z samorządami.

23. Do rozważenia na poziomie samorządu powiatowego i gmin pozostaje kwestia możliwości odbywania przez studentów kierunku zdrowia publicznego ww. uczelni lub innych uczelni medycznych praktyk w środowisku instytucji samorządowych, np. GOPS, poradni gminnych ośrodków zdrowia. Zdaniem realizatorów Programu wdrożenie takiego rozwiązania przyniesie wymierne korzyści dla mieszkańców społeczności lokalnych Powiatu Piotrkowskiego, które - w świetle statystyk - wymagają wszechstronnej i profesjonalnej interwencji z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.

**TWOJE SERCE TWOIM ŻYCIEM**

**PROMOCJA ZDROWEGO STYLU ŻYCIA**

**11 FILLI**  
DZIAŁAJĄCYCH  
W RAMACH  
OŚRODKÓW  
POMOCY SPOŁECZNEJ

**Akademia Dobrej Rady**

Bezpłatne poradnictwo psychologiczne i wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych  
**UDZIELONYCH ponad 1 230 PORAD**

**26 FILLI**  
DZIAŁAJĄCYCH  
W RAMACH SZKÓL,  
KLUBÓW SPORTOWYCH,  
ŚWIETLIC, BIBLIOTEK

**Akademia Ruchu**

Zorganizowane, prowadzone pod okiem instruktora zajęcia ruchowe  
**Frekwencja to ponad 2 500 OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W ZAJĘCIACH**

**50 FILLI**  
DZIAŁAJĄCYCH  
W RAMACH  
KÓŁ GOSPODYŃ  
WIEJSKICH

**Akademia Zdrowego Żywienia**

Edukacja w zakresie zdrowego gotowania  
**Frekwencja to ponad 2 000 OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W ZAJĘCIACH**


 TWOJE SERCE  TWOIM ŻYCIEM  
**AKADEMIE RUCHU**


Każda z 26 Akademii Ruchu otrzymała sprzęt sportowy w postaci:  
**PIŁEK DO PILATESU, KARIMAT I KIJÓW DO NORDIC WALKING,  
 KAMIZELKI ODBLASKOWE**





**AKADEMIA RUCHU CZARNOCIN**  
Nordic walking



**AKADEMIA RUCHU SROCK**  
Nordic walking



**AKADEMIA RUCHU BUJNY**  
Siatkówka





**AKADEMIA RUCHU BABY** Zajęcia ogólnorozwojowe


 TWOJE SERCE  TWOIM ŻYCIEM  
**KONKURSY NA NAJBARDZIEJ AKTYWNEGO UCZESTNIKA ZAJĘĆ  
 Akademii Ruchu i Zdrowego Żywienia**


**100 uczestników Akademii Zdrowego Żywienia (AZŻ) oraz 26 z Akademii Ruchu (AR) otrzymało nagrody za aktywność podczas zajęć i warsztatów, realizowanych w ramach Akademii**







Losowanie, parowarów dla AZŻ i rowerów dla AR, odbyło się 29 listopada w Starostwie Powiatowym w Piotrkowie Trybunalskim









TWOJE SERCE  TWOIM ŻYCIEM

PROFILAKTYKA CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA - PUNKTY MEDYCZNE



W ramach Punktów medycznych z bezpłatnych badań tj. pomiar ciśnienia, stężenia tlenu, cholesterolu i glukozy we krwi oraz z konsultacji kardiologicznej skorzystało ponad **1 780 osób.**



**PIOTRKÓW**



**ŁĘKI SZLACHECKIE**




**GORZKOWICE**



**KRZEPCZÓW**


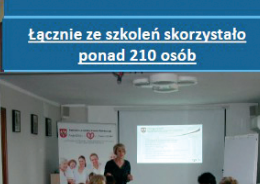




Dodatkowo Punkty Medyczne były organizowane w ramach zaplanowanych 6 plenerowych akcji promujących zdrowy styl życia

PROFILAKTYKA I EDUKACJA ZDROWOTNA  
WARSZTATY I SZKOLENIA



Szkolenia dla personelu medycznego pracującego w POZ oraz przedstawicieli GOPS, KGW, KS

łącznie ze szkoleń skorzystało ponad **210 osób**

Tematyka szkoleń dotyczyła: profilaktyki chorób układu krążenia, czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz zdrowego żywienia, aktywności fizycznej sprzyjającej zdrowiu i wsparcia psychologicznego





## ZAŁĄCZNIK 1

### PROGRAM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA - ZASADY REALIZACJI

**Cel programu:** Cel główny: obniżenie o ok. 20 % zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania i natężenia czynników ryzyka.

**Cele pośrednie:** zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia, wczesna identyfikacja osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia, promocja zdrowego stylu życia: niepalenia, prawidłowego odżywiania się, aktywności fizycznej.

**Grupa docelowa:** Od 2008 roku kryteria włączenia do programu dotyczą osób, które w danym roku kalendarzowym ukończyły 35, 40, 45, 50, 55 lat; są obciążone czynnikami ryzyka (palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze krwi, zaburzenia gospodarki lipidowej, niska aktywność ruchowa, nadwaga i otyłość, upośledzona tolerancja glukozy, nadmierny stres, nieracjonalne odżywianie się, wiek); u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia; które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu profilaktyki chorób układu krążenia, także u innych świadczeniodawców.

**Rozwiązania organizacyjne:** Osoby spełniające kryteria włączenia do projektu mogą skorzystać z dostępnych badań w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (wszystkie poradnie podstawowej opieki zdrowotnej mają obowiązek realizacji programu). Świadczenia w ramach programu udzielane są bez skierowania, przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), do którego ubezpieczony jest zadeklarowany, pielęgniarkę albo inne osoby, które uzyskały uprawnienia do udzielania porad w POZ, zgodnie z zakresem przewidzianym w programie. Początkowo zakres świadczeń obejmował etap badań podstawowych oraz w wybranych przypadkach, etap badań pogłębionych.

**Zakres świadczeń w ramach etapu badań podstawowych:**

- przeprowadzenie wywiadu, pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie wskaźnika masy ciała i wypełnienie I części Karty Badania Profilaktycznego przez przeszkoloną pielęgniarkę;
- edukację i promocję zachowań pro-zdrowotnych w zakresie odżywiania, stosowania używek i stylu życia;
- wykonanie badań laboratoryjnych określonych w schemacie programu (stężenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji HDL i LDL, triglicerydów, glukozy na czczo);
- przeprowadzenie badania przedmiotowego, ocena poszczególnych czynników ryzyka wg ściśle określonych kryteriów, dokonanie podziału badanych osób na cztery grupy oraz ocena globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego według algorytmu SCORE przez lekarza. Uzyskany wynik zostaje zapisany w Karcie Badania Profilaktycznego.

**Zakres świadczeń w ramach etapu badań pogłębionych:**

- badanie podmiotowe i przedmiotowe z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi
- badania antropometryczne (w tym ocena procentowej zawartości tkanki tłuszczowej)
- wykonanie albo zlecenie do wykonania niezbędnych badań diagnostycznych w zależności od indywidualnych potrzeb (spoczynkowe badanie elektrokardiograficzne serca, submaksymalna próba wysiłkowa, badanie spirometryczne rezerw wentylacyjnych płuc u osób uzależnionych od tytoniu)
- wdrożenie w razie potrzeby postępowania zapobiegawczego i leczniczego
- edukacja pacjentów (poradnictwo dietetyczne, praktyczne porady dla osób palących tytoń, informacja o formach aktywności ruchowej dla osób z czynnikami ryzyka CHUK)
- wyniki badań dokumentowane są w Karcie Badań Pogłębionych.

W efekcie późniejszych zmian w realizacji projektu odstąpiono od przeprowadzenia świadczeń w ramach etapu badań pogłębionych. Lekarz POZ w przypadku stwierdzenia konieczności przeprowadzenia badań pogłębionych wystawia stosowne skierowanie do placówki specjalistycznej (kardiologicznej, diabetologicznej, endokrynologicznej itp.).

Rejestracja danych możliwa jest dzięki Systemowi Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP), który jest systemem scentralizowanym, opartym o jedną ogólnopolską bazę świadczeniobiorców, z obsługą on-line, weryfikacją uprawnień świadczeniobiorcy do objęcia programem przed udzieleniem świadczenia. System wykorzystuje bazy i słowniki NFZ oraz połączenia szyfrowane (HTTPS).

**Finansowanie programu:** Finansowanie świadczeń odbywa się ze środków finansowych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia. Początkowo maksymalną cenę jednostkową przeprowadzenia etapu badań podstawowych ustalono na 45 zł; etapu badań pogłębionych również na 45 zł. Od 2009 roku koszt jednostkowy kompleksowego badania profilaktycznego wynosi, zgodnie z koszykiem świadczeń NFZ, 48 zł. W okresie od 1 lipca 2004 do 14 kwietnia 2005 łączne wydatki na ten cel wyniosły w przybliżeniu 9.7 mln zł, zaś w kolejnych latach 12.5 mln zł (2006), 12.3 mln zł (2007), 4.5 mln zł w (2010).

**Uzyskane efekty:** Z danych udostępnionych przez kierownictwo NFZ wynika, że w pierwszym roku realizacji programu ogólnopolskiego przebadano ogółem 212.818 osób w wieku 35-55 lat. U 21.131 osób rozpoznano chorobę układu krążenia, zaś jednostkowy koszt wyłonienia osoby chorej z badanej populacji wyniósł ok. 460 zł. W realizacji programu w latach 2005-2007 uczestniczyło rocznie około 300.000 kobiet i mężczyzn, zaś u ok. 16% rozpoznano chorobę układu krążenia. Koszt identyfikacji osoby chorej z całej badanej populacji kształtował się w granicach 250-290 zł. W latach 2008-2010 odnotowano systematyczny spadek liczby osób efektywnie przebadanych od 134.967 osób w roku 2008 przez 119.872 w roku 2009 do 93.414 w roku 2010 (według danych SIMP). Jednocześnie ogólna liczba świadczeniodawców realizujących program wyniosła 2.626, 2.377 i 6.180 odpowiednio w roku 2008, 2009 i 2010. W ciągu roku jeden lekarz przebadał przeciętnie 15 osób zakwalifikowanych do udziału w programie. Zaobserwowano systematyczny spadek odsetka pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, tj. z wartością SCORE > 5% od 10.5% (2008), 9.9% (2009) do 10.6% (2010). Tym samym zmniejszyła się liczba osób kierowanych do specjalisty (poza programem) od 1.9% wszystkich badanych (2008) do 0.9% uczestników programu (2010).

Rokrocznie obserwuje się istotne zróżnicowanie terytorialne w zakresie realizacji programu w naszym kraju. Analiza realizacji programu w Polsce w roku 2012 (dane NFZ z dn. 01.05.2012) wykazała, iż programem objęto od około 21% (województwo dolnośląskie, opolskie i małopolskie) do około 31% populacji kwalifikującej się do badania (województwo łódzkie i lubelskie). Liczba świadczeniodawców uczestniczących w programie wykazuje również znaczne zróżnicowanie terytorialne od najniższych wskaźników w woj. świętokrzyskim (177 świadczeniodawców), lubuskim (190) i opolskim (196) do najwyższych w woj. śląskim (743), mazowieckim (666) czy wielkopolskim (619)(dane z roku 2010).

## ZAŁĄCZNIK 2

### PROGRAMY PROFILAKTYCZNE REALIZOWANE W RAMACH NARODOWEGO PROGRAMU ZWALCZANIA CHOROÓB NOWOTWOROWYCH - ZASADY REALIZACJI

**Cel programu:** osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów; osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia; stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów; utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów; edukacja społeczeństwa w kierunku popularyzacji postaw prozdrowotnych, w tym środowisk medycznych, konferencje naukowe.

**Grupa docelowa:** W zakresie prewencji pierwotnej nowotworów (działania informacyjno-edukacyjne) - cała populacja; w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów - dorośli Polacy, objęci programem bezpłatnych badań profilaktycznych. W roku 2014 dokonano pewnych modyfikacji kwalifikacji do niektórych badań profilaktycznych.

Profilaktyka raka szyjki macicy: kobiety od 30 r.ż. do 59 r.ż., które poddane zostaną badaniu opartemu o test podwójny, czyli dotychczasowy wymaz cytologiczny i oznaczenie DNA HPV HR. Materiał do testów HPV HR będzie pobierany w ramach jednej wizyty ginekologicznej - w trakcie pobierania wymazu cytologicznego. Kobiety między 25 a 29 r.ż. pozostaną w dotychczasowym modelu badań skriningowych, opartym o pobieranie wymazów cytologicznych co 3 lata w ramach programu.

Profilaktyka raka piersi: kobiety w wieku 50-69 lat, które przez ostatnie dwa lata nie miały wykonywanej mammografii w ramach Programu oraz które w ramach realizacji programu otrzymały pisemne wskazanie do wykonania ponownego badania mammograficznego po upływie 12 miesięcy.

Profilaktyka raka jelita grubego:

- *W ramach systemu oportunistycznego:*

Oosoby bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego:

osoby w wieku 50 -65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego; osoby w wieku 40-65 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego; osoby w wieku 25-65 lat z rodziny HNPCC (rodzinnego raka jelita grubego niezwiązanego z polipowatością). W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny HNPCC z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego.

- *W ramach systemu zapraszane:*

Osoby bez objawów klinicznych w wieku 55-64 lat oraz osoby z objawami choroby, jeśli otrzymały na nie zaproszenie.

**Forma realizacji:** Program obejmuje realizację następujących zadań: prewencja pierwotna nowotworów; populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy; populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi; program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego; program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe; zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów; poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce - doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii; poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca - doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii; program doskonalenia diagnostyki białaczek ostrych u dorosłych w Polsce, z dostosowaniem do zaleceń Unii Europejskiej i współpracy z European Leukemia Net; program poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci; program szkolenia lekarzy specjalistów i personelu medycznego; poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach złośliwych.

W celu realizacji założeń programu przeprowadzono badania profilaktyczne (badania mammograficzne, cytologiczne, kolonoskopowe), programy edukacyjne, działania medialne, wydawnicze, organizowano interwencyjne kampanie społeczne, mające na celu zmianę postaw wobec zdrowia (m.in. „Światowy Dzień bez Tytoniu”, „Światowy Dzień Rzucania Palenia”, „Chodzę, biegam - więc jestem”, „5 razy dziennie warzywa i owoce”), wdrożono projekt „Szkoła promująca zalecenia Kodeksu Walki z Rakiem” (od 2013 r.), przeprowadzono szkolenia i warsztaty dla środowiska medycznego, uruchomiono Telefoniczną Poradnię Pomocy Pałacym itp.

Do zadań Centralnego i Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących należy również monitorowanie i koordynacja realizacji działań program, w tym m.in. działania na rzecz poprawy zgłaszalności, wysyłki imiennych zaproszeń na badania mammograficzne i cytologiczne, kontrola jakości badań cytologicznych i mammograficznych, audyt kliniczny zdjęć mammograficznych, szkolenia specjalistyczne dla personelu obsługującego skriningi populacyjne.

**Koszty programu:** Zgodnie z obowiązującym od roku 2008 art. 7 ust 3 ustawy z dn. 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego: „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych”, planowane nakłady na realizację działań profilaktycznych to nie mniej niż 10% ogólnej wartości środków przeznaczonych na program.

W roku 2013 i 2014 na realizację NPZChN ostatecznie przeznaczono łączne środki w wysokości 250 mln zł rocznie. Podobne nakłady finansowe zaakceptowano na każdy kolejny rok realizacji zadań w latach 2016-2024 (Uchwała z roku 2015).

**Uzyskane efekty, ewaluacja programu:** Działania związane z programem przyczyniły się do upowszechnienia Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem wśród lekarzy wszystkich specjalności oraz na polskich uczelniach medycznych, a także wśród społeczeństwa polskiego. Na szczególną uwagę zasługuje wdrożenie projektu „Szkoła promująca zalecenia Europejskiego Kodeksu walki z rakiem”, adresowanego do nauczycieli, dzieci i młodzieży szkół wszystkich województw w Polsce. Opracowany został system raportowania przez ośrodki regionalne w zakresie realizacji ww. projektu szkolnego. Ze sprawozdania w roku 2013 wynika, iż najwięcej uczniów zostało objętych projektem w woj. małopolskim i warmińsko-mazurskim. Na tym obszarze wyedukowano odpowiednio ok. 2600 i 1500 uczniów na każde 10000 uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, co stanowiło 15-26% pokrycia tej populacji. Spośród działań medialnych i informacyjnych należy wymienić ogólnopolską komunikację medialną, w tym strategię komunikacji mediowej w zakresie narastającego problemu raka płuc u kobiet oraz promocja programu, również poprzez strony internetowe. W roku 2013 pojawiło się w mediach 113 publikacji bezpłatnych związanych z programem „Prewencja pierwotna nowotworów” (prasa - 17, Internet - 60, radio - 19, telewizja - 17). Sumaryczne dotarcie szacuje się na poziomie 50 mln odbiorców. Emitowane 3 rodzaje spotów „Chroń się przed rakiem” w roku 2013 docierały do odbiorców takich stacji jak RMF FM (23 emisje), TVN Style (50 emisji), TVN (1 emisja), Agora-pre-rolls (700000 emisji). Ponadto udział w interwencyjnych akcjach zdrowotnych organizowanych we wszystkich województwach szacuje się na ponad 600 tys osób (2013). Jednym z najważniejszych wskaźników oceny skuteczności zadania „Prewencja nowotworów” jest obserwowany spadek zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe płuc u mężczyzn we wszystkich grupach wiekowych. Dynamika spadku zachorowań na nowotwory złośliwe płuc u mężczyzn w wieku średnim (45-64 lat) jest w Polsce znacznie większa niż w krajach Unii Europejskiej. Natomiast w populacji kobiet zaobserwowano zatrzymanie wzrostu umieralności na raka płuc w najmłodszej grupie wiekowej (20-44 lat). Pozytywne efekty realizacji programu „Prewencja pierwotna nowotworów” w zakresie ograniczenia epidemii palenia tytoniu i korzystne trendy w zakresie zachorowalności na raka płuc wskazują na potrzebę kontynuacji i poszerzenia podjętych dotychczas działań.

## ZAŁĄCZNIK 3

### HEALTHY HOMES PROGRAMME

Ze względu na uznanie związku między słabą jakością mieszkań i złym stanem zdrowia w połączeniu z dowodami, że Liverpool miał jedno z najniższych standardów mieszkaniowych w Wielkiej Brytanii, lokalne organy rządowe zostały zmotywowane do podjęcia interwencji. Program był wspólną inicjatywą lokalnej podstawowej opieki zdrowotnej, Urzędu Miasta i straży pożarnej. Partnerami w programie było ok. 16 różnych instytucji, w tym organizacje charytatywne.

**Cel projektu:** zmniejszenie nierówności w zdrowiu spowodowanych złą jakością warunków mieszkaniowych oraz poprawa dostępu usług zdrowotnych i społecznych w Liverpoolu

**Grupa docelowa:** mieszkańcy najbardziej zaniedbanych mieszkań w Liverpoolu

**Czas realizacji:** 2009-2012

**Podjęcie działania:**

- szkolenie urzędników odwiedzających prywatnie wynajmowane nieruchomości w celu zebrania informacji na temat lokatorów i stanu nieruchomości w celu zebrania informacji na temat lokatorów i stanu nieruchomości;
- ocena stanu zdrowia przez POZ, koordynowanie działań, wybór priorytetów;
- poradnictwo w zakresie wilgoci w mieszkaniach, bezpieczeństwa dostępu do usług świadczonych przez instytucje partnerskie, zdrowego odżywiania, ubóstwa energetycznego, maksymalizacji przychodów, maksymalizacji przychodów;
- kontrolowanie 2750 wynajmowanych domów, będących w najgorszym stanie (funkcjonariusze zdrowia środowiskowego z Rady Miejskiej dokonywali usuwania poważnych zagrożeń dla zdrowia, montażu detektorów tlenu węgla, nawiązywali współpracę z Urzędem Miasta w zakresie programów poprawy efektywności energetycznej budynków oraz czystej i zdrowej przestrzeni publicznej.

W roku 2013 w ramach realizacji projektu odwiedzone 107 dzielnic, 61000 domów, rozmawiano z 20000 mieszkańców, 3366 mieszkań zakwalifikowano jako zagrożenie pierwszej kategorii, przeprowadzono 17 ankiet, wydano 22000 skiero-



wań do instytucji partnerskich i 1163 skierowań do dostawców budownictwa socjalnego.

**Monitorowanie i ewaluacja:** prospektywna ocena wpływu podejmowanych działań na stan zdrowia, ocena procesów i zadowolenia klienta, analiza efektywności kosztowej i ogólna ocena założonych celów.

Finansowanie i koszty programu: Koszty 3-letniego programu oszacowano na 4,5 mln funtów (koszty personalne, nakłady inwestycyjne, promocja programu, badania ankietowe itp.). Finansowanie pochodziło głównie ze środków opieki podstawowej, tj. z funduszy inwestycyjnych przeznaczonych na zwiększanie wydajności prewencji pierwotnej. Program *Healthy Homes* można zatem uważać za ważny przykład reorientacji zasobów systemu opieki zdrowotnej na pomoc w rozwoju międzysektorowych działań, dotyczących społecznych determinantów zdrowia.

## **ZAŁĄCZNIK 4**

### **SHEFFIELD JOINT HEALTH AND WELLBEING STRATEGY 2013-18**

**Cel projektu:** poprawa stanu zdrowia, samopoczucia i jakości życia mieszkańców Sheffield w Anglii.

**Grupa docelowa:** mieszkańcy Sheffield (dzieci, dorośli, osoby starsze)

**Strategia:** 10 założeń/zasad, 5 oczekiwanych rezultatów, 5 programów.

Strategię dla Sheffield opracowywano poprzez badania epidemiologiczne, konsultacje, ustalanie priorytetów w ciągu 12 miesięcy.

**Dziesięć zasad postępowania w trakcie realizacji projektu:**

1. docenianie/wartościowanie mieszkańców Sheffield
2. uczciwość i walka z nierównościami
3. bardziej rozbudowane determinanty zdrowia
4. działania oparte na wiarygodnych dowodach naukowych
5. partnerstwo
6. profilaktyka i wczesne działania interwencyjne w trakcie całego życia
7. niezależność
8. zatrzymanie błędnego koła (walka z czynnikami socjoekonomicznymi, jak ubóstwo, niski status społeczno-ekonomiczny małe aspiracje, bezrobocie, bezdomność itp., które są podłożem stanu zdrowia i samopoczucia wielu osób w Sheffield)
9. projektowanie i wdrażanie systemu opieki zdrowotnej wraz z mieszkańcami Sheffield
10. jakość i innowacyjność

**Pięć oczekiwanych efektów projektu:**

1. Sheffield jest zdrowym i szczęśliwym miastem (zredukowane bezrobocie, poziom ubóstwa, bezdomność, poprawa poziomu wykształcenia itp.)
2. Poprawa stanu zdrowia i jakości życia dzieci i dorosłych w Sheffield
3. Redukcja nierówności w zdrowiu
4. Każdy potrzebujący otrzymuje adekwatną pomoc

5. System zdrowotny jest innowacyjny, dostępny finansowo, dostarcza wysokiej jakości usług

**Pięć programów działań:**

1. Dobry start w życie
2. Budowanie zdrowia psychicznego i odporności psychicznego
3. Żywność, aktywność fizyczna i aktywny styl życia
4. Zdrowie, inwalidztwo i zatrudnienie
5. Wpieranie mieszkańców w domach lub w bezpośrednim sąsiedztwie

**Wybrane metody działań wdrażanych w ramach realizacji projektu:**

- Przyjęcie corocznych planów działań Rady Miejskiej miasta Sheffield
- Wspieranie prac Narodowego Systemu Zdrowotnego w Anglii
- Aktywne zaangażowanie mieszkańców Sheffield w jakość usług (Healthwatch Sheffield)
- Poszukiwanie lokalnych partnerów do wspólnych pozytywnych działań na rzecz zdrowia i samopoczucia
- Monitorowanie wskaźników zdrowotnych mieszkańców Sheffield regularnie co rok w oparciu o wcześniej wyznaczone mierniki

Ocena stanu zdrowia, samopoczucia i jakości życia mieszkańców Sheffield jest przeprowadzana przez specjalną Komisję w oparciu o realizację kilkudziesięciu dobrze zdefiniowanych wskaźników, m.in.: ubóstwo dzieci, przeciętny dochód roczny, długoterminowe bezrobocie, odsetek 16-18-latków nie uczących się, nie pracujących i nie szkolących się, oczekiwana długość życia w chwili narodzin, umieralność całkowita u osób 75 roku życia, wskaźnik umieralności niemowląt, dostępność do gabinetów lekarza rodzinnego itp.

Wszyscy zainteresowani mieszkańcy Sheffield mogą aktywnie włączyć się w działania poprzez udział w zebraniach realizatorów i organizatorów projektu albo poprzez kontakt z mediami społecznościowymi.

## NOTY BIOGRAFICZNE AUTORÓW

**WOJCIECH DRYGAS** - prof. dr hab. med., specjalista w zakresie zdrowia publicznego, medycyny sportowej oraz chorób wewnętrznych, absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Łodzi. Studia podyplomowe w zakresie ekonomiki zdrowia na Uniwersytecie w Yorku (Wielka Brytania). Kierownik Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (od 1997) oraz Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii w Warszawie (od 2003). Ekspert Polskiego Forum Profilaktyki. Prezes Zarządu Sekcji Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, członek Prezydium Komitetu Zdrowia Publicznego PAN. Członek wielu międzynarodowych gremiów i konsorcjów badawczych zajmujących się profilaktyką chorób przewlekłych i promocją zdrowia. Wielokrotnie uczestniczył w działaniach eksperckich na rzecz Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sportu, Ministerstwa Edukacji, Rządowej Rady Ludnościowej, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, a także WHO EURO, Ministerstwa Zdrowia Kanady oraz CDC w Atlancie.

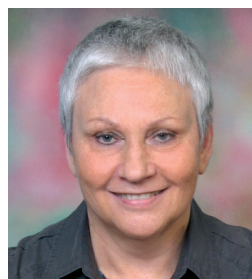


Prof. Drygas od połowy lat 90-tych współpracuje ściśle z wieloma międzynarodowymi instytucjami i organizacjami zajmującymi się profilaktyką chorób przewlekłych i promocją zdrowia m.in. z Biurem Europejskim WHO, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego w Helsinkach oraz wiodącymi ośrodkami w dziedzinie zdrowia publicznego w Kanadzie, Wielkiej Brytanii, Norwegii, Hiszpanii, Włoszech i Słowenii. Na podkreślenie zasługuje ponad 20-letnia działalność w ramach międzynarodowego programu CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention). Od 1997 Prof. Drygas pełni funkcję dyrektora Programu CINDI w Polsce. Prof. Drygas uczestniczył w przygotowaniu i realizacji największych w Polsce badań epidemiologicznych dotyczących stanu zdrowia oraz czynników ryzyka WOBASZ I oraz WOBASZ II, współpracował w realizacji badania NATPOL 2011, Projektu IMAPCT Poland oraz międzynarodowych badań epidemiologicznych wykonanych w ramach Programu CINDI WHO. Uczestniczył także w realizacji Polskiego Projektu 400 Miast, Projektu „Nadciśnienie o tym trzeba wiedzieć” oraz badaniach czynników ryzyka u polskich parlamentarzystów. Prof. Drygas był inicjatorem

i koordynatorem pierwszej w skali europejskiej kampanii aktywności fizycznej „Postaw Serce na Nogi”, która objęła swoim zasięgiem cztery kraje (Polska, Czechy, Rumunia i Słowacja), a także koordynował wraz z zespołem łódzkim sześć kolejnych edycji Międzynarodowej Kampanii Antytytoniowej Quit & Win (Rzuć Palenie i Wygraj) w Polsce. Do innych ważnych osiągnięć prof. Drygasa należy przygotowanie i realizacja wieloletniego programu edukacyjnego (medialnego) o zasięgu ogólnopolskim POLKARD Media „Pamiętaj o Sercu” (wraz z dr n. hum. Zofia Stońską i prof. dr hab. med. Adamem Torbickim).

Prof. Drygas jest autorem lub współautorem ponad 350 prac opublikowanych w pełnej wersji w tym ok. 160 prac indeksowanych w bazie PUBMED NIH. Najważniejsze publikacje zostały opublikowane w prestiżowych pismach medycznych o międzynarodowym zasięgu i wysokim wskaźniku oddziaływania (m.in. w Brit Med. J, Lancet, PLOS One, Prev Med., Heart, Am J Prev Med., Eur J Epidemiol, Med. Sci Sports Exerc, Int J Sports Med., Eur J Appl Physiol, Publ Health, Eur J Publ Health) oraz w wielu czołowych pismach krajowych.

**Dr ZOFIA SŁOŃSKA**, socjolog, adiunkt, zastępca kierownika Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytutu Kardiologii w Warszawie-Aninie i starszy wykładowca w Zakładzie Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP. Obszary zainteresowania: zdrowie publiczne, w tym promocja zdrowia; epidemiologii i socjologia zdrowia i medycyny. Autor i współautor ponad 30 krajowych i międzynarodowych projektów badawczych, w tym nagrodzonego Europejską Nagrodą Zdrowia, Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU). Autor lub współautor około 90 recenzowanych polskich i zagranicznych publikacji naukowych, w tym monografii, prace zbiorowych i artykułów w czasopismach naukowych.



Były doradca Ministra Zdrowia. Były i obecny członek rad redakcyjnych polskich i zagranicznych czasopism naukowych, np. Health Promotion International (1998-2010), obecnie stały recenzent tego czasopisma, członek Zarządu Europejskiego Towarzystwa Socjologii Zdrowia i Medycyny (ESHMS) od 2010 roku do chwili obecnej - druga kadencja, ekspert Ministerstwa Nauki Włoch oraz członek przedstawiciel Rządowej Rady Ludnościowej od 2006 roku do chwili obecnej. W 1991, zatrudniona jako konsultant ds. promocji zdrowia w Europejskim Biurze ds. Europy WHO w Kopenhadze a w latach 1993-2002 pełniła funkcję krajowego partnera WHO ds. promocji zdrowia z ramienia Polski. Od 1995 r. do 2002 r., członek Europejskiego Komitetu Promocji Zdrowia, powołanego przez Europejski Urząd WHO.

**Dr n. przyr. BOGDAN WOJTYNIAK** jest profesorem nadzwyczajnym i Zastępcą Dyrektora w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego - PZH, kierownikiem Zakładu-Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności. Jest ekspertem w dziedzinie statystyki medycznej i metod epidemiologicznych stosowanych w analizie problemów zdrowotnych ludności. Obszar jego działalności obejmuje przede wszystkim oceny stanu zdrowia ludności i jego społeczne, behawioralne i środowiskowe uwarunkowania.



Był wielokrotnie krótkookresowym pracownikiem oraz doradcą WHO w zakresie zdrowia środowiskowego, systemów informacji zdrowotnej, monitorowania i oceny trendów zdrowotnych.

Był Głównym Wykonawcą, współwykonawcą i konsultantem w szeregu projektach w dziedzinie zdrowia finansowanych przez Komisję Europejską, Bank Światowy i WHO. Był Głównym Wykonawcą zakończonego w 2012 r. projektu p.t. „Atlas umieralności ludności Polski” finansowanego przez NCN. Jest Głównym Koordynatorem i członkiem Komitetu Sterującego Projektu Predefiniowanego „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, 2014-2017” współfinansowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego Programu PL13 2009-2014. Uczestniczył w opracowywaniu polskich Narodowych Programów Zdrowia i monitorowaniu ich skutków zdrowotnych.

Jest członkiem Grupy Ekspertkiej UE ds. Systemu Informacji w Ochronie Zdrowia oraz był członkiem Grupy Technicznej która przygotowała nową populację standardową dla Europy.

Jest członkiem Rady Sanitarно-Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym od kilku kadencji oraz członkiem Krajowej Rady ds. Onkologii. Jest członkiem Komitetu Zdrowia Publicznego oraz Komitetu Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk.

Prof. B. Wojtyniak jest współredaktorem i współautorem raportów o sytuacji zdrowotnej ludności Polski przygotowywanych w NIZP-PZH, a także należy do głównych wykonawców raportów o stanie zdrowia mieszkańców Warszawy przygotowywanych przez Urząd Miasta. Ponadto jest autorem i współautorem około 200 prac naukowych opublikowanych w kraju i zagranicą.

**MAGDALENA KWAŚNIEWSKA** - dr hab. n. med., prof. nadzw., prodziekan ds. Dydaktyki Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Łodzi. W 2002 roku uzyskała stopień doktora nauk medycznych (rozprawa doktorska z wyróżnieniem), a w 2014 r. doktora habilitowanego nauk medycznych. Posiada specjalizację z chorób wewnętrznych, obecnie w trakcie specjalizacji z medycyny sportowej. Od 1998 r. pracuje w Zakładzie Medycyny Zapobiegawczej Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Uczestniczy w przygotowaniu i realizacji projektów, wynikających ze współpracy z Biurem Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, Instytutem Kardiologii w Warszawie, Wydziałem Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Łodzi, Zakładem Medycyny Sportowej i Kliniką Geriatrii UMED w Łodzi, a także z ośrodkami naukowymi w Helsinkach i Lyonie. W ramach działalności w programie zintegrowanej profilaktyki przewlekłych chorób niezakaźnych Światowej Organizacji Zdrowia (Countrywide Integrated Non-communicable Diseases Intervention, CINDI WHO) uczestniczyła w realizacji badań epidemiologicznych, mających na celu ocenę zagrożenia czynnikami ryzyka chorób układu krążenia i innych chorób przewlekłych na terenie województwa łódzkiego oraz innych ośrodków demonstracyjnych programu. Była realizatorem polskiej edycji międzynarodowej kampanii antynikotynowej WHO „Quit & Win” („Rzuć palenie i wygraj”), międzynarodowych seminariów programu CINDI czy Ogólnopolskiej Kampanii Aktywności Fizycznej „Postaw Serce na Nogi” („Revitalize Your Heart”), pierwszej tego typu kampanii zdrowotnej w naszym kraju, stworzonej z inicjatywy kierownictwa Programu CINDI WHO w Polsce. Otrzymała liczne międzynarodowe szkolenia z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób przewlekłych, organizowane przez ekspertów WHO i Programu CINDI w dziedzinie zdrowia publicznego. Ponadto uczestniczyła w realizacji inicjatyw Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-naczyniowego „POLKARD” finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia, takich jak Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności (Program WOBASZ 2002-2005 i WOBASZ II 2013-2014), Program POLKARD Media „Pamiętaj o Sercu” (2003-2008) czy Ogólnopolska Kampania Aktywności Fizycznej „Postaw serce na nogi” (2006-2008). W latach 2007-2009 była jednym z wykonawców grantu „Healthy Stadia” - innowacyjnego projektu, finansowanego ze środków Unii Europejskiej, ukierunkowanego na wykorzystanie obiektów sportowych, jako miejsc przyjaznych promocji zdrowia i ochronie środowiska naturalnego.





**DOROTA KALETA** - dr hab. n. o zdrowiu, prof. nadzw Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Specjalistka w zakresie zdrowia publicznego. Kierownik Pracowni Epidemiologii i Profilaktyki Chorób Odtytoniowych w Katedrze Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W latach 2008-2010 pracownik Światowej Organizacji Zdrowia. W 2011 roku ekspert w Departamencie Zdrowia Publicznego, Ministerstwa Zdrowia. Absolwentka menadżerskich studiów podyplomowych w obszarze zarządzania w ochronie zdrowia oraz studiów podyplomowych dla sektora B+R: „Menedżer Badań Naukowych i Prac Rozwojowych”, studiów w zakresie zarządzania projektami badawczymi i komercjalizacji ich wyników „Menedżer BioTech Science”. Od początku swojej pracy naukowej zajmuje się czynnikami warunkującymi stan zdrowia społeczeństwa (modyfikowalne czynniki ryzyka chorób układu krążenia, społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zdrowia, czynniki środowiskowe). Autor, współautor i redaktor naukowy licznych publikacji z zakresu zdrowia publicznego w tym ponad 70 artykułów naukowych opublikowanych w pełnej wersji na temat społecznych uwarunkowań zdrowia i stylu życia różnych grup ludności. Ponadto współautor kilku raportów dla Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w Europie dotyczących społecznych nierówności w zdrowiu w Polsce, epidemiologii chorób nowotworowych, analizy sytuacji epidemiologicznej, potrzeb oraz zaleceń dla budowania strategii profilaktycznych w zakresie przewlekłych chorób niezakaźnych. Kierownik naukowy, koordynator, wykonawca wielu projektów w zakresie promocji zdrowia czy profilaktyki przewlekłych chorób niezakaźnych m.in. Koordynator Krajowy Projektu Global Adult Tobacco Survey (GATS) z ramienia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO National Professional Officer, Bloomberg Global Initiative in Poland) oraz koordynator projektu the Children’s Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE), jak również realizator programu Respect your Health - UEFA EURO 2012. Poza pracą naukową i dydaktyczną wspiera wiedzą ekspercką działania na rzecz ograniczenia używania tytoniu, rozpowszechnienia innych behawioralnych czynników ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych oraz nierówności w zdrowiu prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego, a także organizacje pozarządowe w Polsce. Aktywnie uczestniczy w akcjach promujących zdrowy tryb życia i prewencję chorób układu krążenia.



**AGNIESZKA JANOTA** - absolwentka studiów na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W 2016 roku uzyskała tytuł magistra zdrowia publicznego ze specjalizacją promocja zdrowia. Głównym obszarem zainteresowań naukowych mgr Janoty są społeczne nierówności w zdrowiu. Problematyka społecznych nierówności w zdrowiu oraz najlepszych międzynarodowych praktyk ukierunkowanych na redukcję nierówności w zdrowiu była przedmiotem Jej bardzo dobrze ocenionej pracy magisterskiej, napisanej pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. Wojciecha Drygasa w Katedrze Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UMED w Łodzi.



**DANUTA RATAJSKA** - absolwentka Politechniki Łódzkiej na kierunkach biotechnologii i zarządzania. Studia podyplomowe z organizacji pomocy społecznej oraz socjoterapii. Od 1999 r. zawodowo związana z powiatem piotrkowskim jako pracownik samorządowy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie. Od 2004 r. do 2014 r. kierownik działu rehabilitacji i pomocy społecznej. Posiada duże doświadczenie w przygotowywaniu, zarządzaniu, organizacji, wdrażaniu oraz nadzorze nad projektami współfinansowanymi z Funduszy Europejskich w ramach powiatowych programów, realizowanych w obszarach ograniczania nierówności społecznych i zdrowotnych oraz wsparcia dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym osób niepełnosprawnych oraz przewlekle chorych. Od października 2014 r. do lutego 2017 r. kierownik projektu „Twoje Serce Twoim Życiem” - Program Zmniejszania Nierówności w Zdrowiu Mieszkańców Powiatu Piotrkowskiego z Ryskiem Wystąpienia Chorób Układu Krążenia dofinansowanego z funduszy Norweskiego mechanizmu Finansowego oraz budżetu państwa w ramach programu PL13 Ograniczanie Społecznych Nierówności w Zdrowiu.



**JANUSZ TAMILLA**- absolwent wydziału psychologii Uniwersytetu Łódzkiego w Łodzi. Specjalista II<sup>o</sup> w dziedzinie psychologii klinicznej. Ukończone studia podyplomowe: „Menedżerowie dla reformy w służbie zdrowia” (Collegium Medium Uniwersytetu Medycznego, Kraków - szkolenie finansowane ze środków rządu USA; projekt pn. „Executive Management Training”); „Zarządzanie w służbie zdrowia” (Uniwersytet Łódzki); „Zarządzanie projektami w przedsiębiorstwach” (Politechnika Śląska, Katowice); „Zarządzanie zasobami ludzkimi” (Uniwersytet Łódzki). Wieloletnie doświadczenie w zakresie zdrowia publicznego; m.in.: Łódzka Regionalna Kasa Chorych (Dyrektor Departamentu Monitorowania Świadczeń Zdrowotnych; zadania: Monitorowanie realizacji usług zdrowotnych; Planowanie i monitorowanie realizacji kontraktów; Koordynowanie opracowania i realizacji programów profilaktycznych finansowanych ze środków KCh); Narodowy Fundusz Zdrowia - Centrala w Warszawie (Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Zdrowotnych; zadania: Planowanie i monitorowanie realizacji kontraktów; Koordynowanie opracowania i realizacji programów profilaktycznych finansowanych ze środków NFZ); Urząd Miasta Bełchatów (koordynator Biura ds. pomocy społecznej i ochrony zdrowia; zadania: nadzór nad działalnością publicznego zakładu opieki zdrowotnej; program „zdrowe miasto”; projekty działań profilaktycznych na styku ochrony zdrowia i pomocy społecznej); Starostwo Powiatowe w Piotrkowie Trybunalskim (kierownik Wydziału Spraw Społecznych; zadania: Zagadnienia ochrony zdrowia mieszkańców powiatu; m.in. współautor „Strategii rozwiązywania problemów zdrowotnych mieszkańców powiatu piotrkowskiego na lata 2014-2020”; współautor programu profilaktycznego pn. „Twoje serce Twoim Życiem”).



