

Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia

Zdrowie Publiczne

i Zarządzanie

2014
tom 12, nr 4

Adam Windak			
wprowadzenie	299	Przemysław Kardas	
		Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej	331
podstawowa opieka zdrowotna		Tomasz Tomasik	
Donata Kurpas		Prewencja chorób układu krążenia w podstawowej opiece zdrowotnej	338
Zadania podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi	301	Ludmiła Marcinowicz	
Lech Panasiuk		Rola pielęgniarki i położnej w sprawowaniu podstawowej opieki zdrowotnej	352
Wyzwania dla podstawowej opieki zdrowotnej związane ze stanem zdrowia mieszkańców wsi	309	Małgorzata Monika Palka	
Sławomir Czachowski		Podstawowa opieka zdrowotna nad osobami w wieku podeszłym	358
Psychospołeczne determinanty chorób. Implikacje medyczne w podstawowej opiece zdrowotnej	322	varia	
Katarzyna Kosiek, Maciej Godycki-Ćwirko		Elżbieta Stefaniuk, Marcin Kautsch	
Poprawa bezpieczeństwa pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej	327	Zmiany w diagnostyce mikrobiologicznej w Polsce w latach 2007–2013	370

Przewodnicząca**Prof. dr hab. Stanisława Golinowska**

Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego,
Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Antoni Czupryna

Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Józef K. Gierowski

Zakład Patologii Społecznej, Katedra Psychiatrii,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Dziekan Wydziału Lekarskiego
Kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Wim Groot, PhD

Professor of health economics, Department of Health Services Research,
Maastricht University, Netherlands

Prof. dr. med. Ulrich Laaser

Head of the Section of International Public Health at the Faculty
of Health Sciences, School of Public Health, University of Bielefeld, Germany

Doc. MUDr., PhD Vladimír Pohanka

Director of Srobar's Institute for Respiratory Diseases and TB
in Dolný Smokovec, Slovakia

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

Kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Warszawski
Uniwersytet Medyczny

Prof. dr hab. Stanisław Tarkowski

Zakład Środowiskowych Zagrożeń Zdrowia, Instytut Medycyny Pracy
im. Prof. J. Nofera, Łódź

Prof. dr hab. Beata Tobiasz-Adamczyk

Kierownik Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Mirosław J. Wysocki

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

Prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski

Zakład Prewencji i Dydaktyki, Gdański Uniwersytet Medyczny

■ **komitet redakcyjny****Redaktor Naczelny****Prof. dr hab. Cezary Włodarczyk**

Dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Stanisława Golinowska

Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut
Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Jolanta Jaworek

Kierownik Zakładu Fizjologii Medycznej, Instytut Fizjoterapii, Wydział
Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu



Instytut Zdrowia Publicznego
ul. Grzegorzeczka 20, 31-531 Kraków
tel. 12-433-28-06, e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

*Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia.
Zdrowie Publiczne i Zarządzanie.
Pismo Instytutu Zdrowia Publicznego
Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM*

Scientific Issues of Health Protection. Public Health and Governance

■ **redaktor naukowy**

Dr hab. n. med. Adam Windak, prof. UJ

■ **redaktor statystyczny**

Ewa Kocot

■ **sekretarz redakcji**

Elżbieta Ryś

■ **wydawca**

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM

■ **współwydawca**

Wydawnictwo UJ

■ **redaktor językowy**

Dorota Węgierska

■ **korektor**

Katarzyna Jagieła

ADRES REDAKCJI

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM
ul. Grzegorzeczka 20
31-531 Kraków
tel. 12-433-28-06
e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

© Copyright by Instytut Zdrowia Publicznego & Wydawnictwo
Uniwersytetu Jagiellońskiego
Wydanie I, Kraków 2014
All rights reserved

Przedruk i powielanie tekstów zamieszczonych na łamach pisma wyłącznie
za zgodą redakcji.

Pierwotną wersją czasopisma „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie
Publiczne i Zarządzanie” (ISSN 2084-2627) jest wersja online publikowana
kwartalnie w Internecie na stronie www.ejournals.eu.

ISSN 1731-7398 (wersja papierowa)
ISSN 2084-2627 (wersja elektroniczna)

Nakład: 200 egz.

Druk i oprawa: Drukarnia Alnus Sp. z o.o.

Wprowadzenie

Koniec 2014 roku po raz kolejny naznaczony jest napięciami pomiędzy ministrem zdrowia a świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej. Abstrahując od argumentów obydwu stron i tego, komu bylibyśmy skłonni przyznać rację w tym konflikcie, wskazuje on dobitnie na pewne nowe zjawisko. Otóż w systemie ochrony zdrowia, a dokładnie jego części, którą stanowi podstawowa opieka zdrowotna, pojawiła się grupa świadoma własnego znaczenia i siły. Wyłonił ją własny sukces sprzed dekady, który wtedy najpewniej zaskoczył ją samą. Okazało się bowiem, że zamknięcie w początkach stycznia 2004 roku dosłownie na dwa dni gabinetów lekarskich sparaliżowało nie tylko podstawową opiekę zdrowotną, ale i pozostałe części systemu ochrony zdrowia. I choć ówczesny protest miał bardzo ograniczoną skalę, zmusił decydentów do szybkich ustępstw i pociągnął za sobą lawinowe konsekwencje, także personalne. Wydawało się wtedy, że obie strony wyciągnęły lekcje z tamtych doświadczeń, ale z ubolewaniem muszę stwierdzić, że najpewniej nie do końca, i jak to z historią bywa, lubi się ona powtarzać. Oto bowiem po raz kolejny ostry konflikt pomiędzy decydentami a świadczeniodawcami doprowadza do kryzysu, w którym zakładnikiem stają się pacjenci. Znamienne, że mimo ogromnego, a wręcz powszechnego niezadowolenia z funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia, w żadnej innej jego części nie dochodzi do tak zorganizowanych i nasilonych protestów. Głównej przyczyny tego zjawiska upatruję w zbudowaniu w ciągu dwóch ostatnich dekad wyjątkowo silnego i dobrze zorganizowanego środowiska, zgrupowanego wokół nowej w naszych warunkach dyscypliny medycznej, jaką jest medycyna rodzinna. Jak pokazują doświadczenia wielu krajów, efektywność całego systemu ochrony zdrowia w ogromnej mierze zależy od sprawności właśnie podstawowej opieki zdrowotnej, a ta największa jest tam, gdzie opiera się właśnie na instytucji lekarza rodzinnego. Wydaje się więc, że polski sukces (nawet jeżeli umiarkowany) w budowaniu medycyny rodzinnej, mimo pewnych niedogodności, jak np. powstanie trudnego i niepokornego partnera społecznego, powinien być odbierany przez rządzących z całym dobrodziejstwem inwentarza, ale i ze zdecydowaną satysfakcją. Wydawać by się mogło, że dalsze systemowe wsparcie dla rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej z centralną w niej pozycją lekarza rodzinnego leży w najlepiej pojętym interesie osób odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w Polsce. Obserwując zdarzenia roku 2014, trudno jednak oprzeć się wrażeniu, że rządzący postanowili przyjąć zgoła inny kierunek. W nurt ten wpisują się przede wszystkim zmiany ustawowe umożliwiające na powrót pracę w podstawowej opiece zdrowotnej lekarzom bez specyficznego w tym zakresie przygotowania zawodowego. Podobnie rzecz ma się z osłabieniem struktur kształcących podypłomowo w zakresie medycyny rodzinnej. Te decyzje

niewątpliwie osłabiają podstawową opiekę zdrowotną, a w kontekście narastających braków kadrowych wśród lekarzy i pielęgniarek w ogóle za kilka lat mogą przynieść wręcz katastrofalne skutki. Jako urodzonemu optymiście pozostaje mi wierzyć, że zanim się tak stanie, zostaną one skorygowane, a konstruktywny dialog zastąpi próby ręcznego sterowania. Dzisiaj jednak podstawowa opieka zdrowotna ma kilka innych problemów i im właśnie poświęcony jest niniejszy numer „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”. W pierwszym artykule Donata Kurpas z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu przedstawia zadania podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki nad pacjentami przewlekle chorymi. Wyzwania formułuje zgodnie z klasycznym ujęciem Donabediana z podziałem na obszar struktury, procesu i wyników. Artykuł Lecha Panasiuka z Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie omawia problemy związane z opieką nad mieszkańcami wsi, wskazując na potrzebę uwzględniania oprócz biomedycznych aspektów także psychospołeczny wymiar podstawowej opieki zdrowotnej. W ten sam nurt wpisuje się artykuł Sławomira Czachowskiego, omawiający społeczne determinanty chorób i ich implikacje dla podstawowej opieki zdrowotnej. Para autorów z Łodzi – Katarzyna Kosiek i Maciej Godycki-Ćwirko – dzieli się swoimi doświadczeniami w zakresie definiowania i zapewniania bezpieczeństwa pacjenta w systemie opieki zdrowotnej. Oboje należą niewątpliwie do pionierów wśród ekspertów zajmujących się tym zagadnieniem w naszym kraju. Także pracownikiem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi jest autor kolejnego artykułu, Przemysław Kardas. Píše on o niezwykle ważnym zjawisku, jakim jest brak przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów. Porządkuje związaną z nim terminologię, omawia przyczyny i proponuje metody zaradcze. Mój najbliższy współpracownik, Tomasz Tomasiak, pisze o blaskach i cieniach prewencji chorób układu krążenia w podstawowej opiece zdrowotnej. Tych ostatnich jest niestety mniej niż tych pierwszych, ale w swoim artykule autor nie tylko omawia istniejący stan rzeczy, lecz także zawiera propozycję działań w celu jego poprawy. W świetle wyzwań, jakie dla zdrowia publicznego w Polsce wciąż stanowią i w przyszłości stanowią będą schorzenia sercowo-naczyniowe, artykuł ten nabiera szczególnej wagi. O roli pielęgniarki i położnej w sprawowaniu podstawowej opieki pisze jedyna wśród autorów pielęgniarka – Ludmiła Marcinowicz z Białogostoku. Ten autorski nieco wybór tematów dopełnia artykuł Małgorzaty M. Palki – lekarza rodzinnego, a zarazem geriatry z Krakowa, poświęcony opiece nad ludźmi w wieku podeszłym. Wobec nieuniknionego starzenia się naszej populacji kto wie, czy ten właśnie problem za kilka lat nie będzie należał do grupy tych najistotniejszych. Wszyscy autorzy (z wyjątkiem L. Marcinowicz) to prak-

tykający lekarze rodzinni, a jednocześnie pracownicy naukowi, którzy rozwinęli swój interesujący i oryginalny warsztat badawczy. Ten fakt też niewątpliwie napawa optymizmem. Dla czytelnika zmęczonego lub znudzonego już podstawową opieką zdrowotną w dziale „Varia” mamy jeszcze artykuł Elżbiety Stefaniuk i Marcina

Kautscha poświęcony zmianom w diagnostyce laboratoryjnej ostatnich lat. Wszystkim życzę przyjemnej lektury.

*Dr hab. n. med. Adam Windak, prof. UJ
Kierownik Zakładu Medycyny Rodzinnej UJ CM*



Zadania podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi

Donata Kurpas

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu; Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Adres do korespondencji: Donata Kurpas, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UMW, ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław, tel. 48 606 323 449, e-mail: dkurpas@hotmail.com

Abstract

The tasks of primary health care in the chronically ill care

Chronically ill care, carried out within primary care by physicians specialized in family medicine, is the most effective clinically, socially and economically. In countries that have attempted to shape health care in the direction of meeting the chronically ill expectations, it was noticed the evolution of patient care from reactive, that activates when the patient reports with the disorder, to proactive – aiming at maintain a high quality of life. Primary health care, which is shaped and evaluated in accordance with the guidelines set out in the paper, improves the functioning of the chronically ill patients, which is evaluated within the biopsychosocial model. Such primary health care has also been recognized as the level of health care system that fully realizes assumptions of the Chronic Care Model.

Key words: Chronic Care Model, chronic diseases, primary health care

Słowa kluczowe: choroby przewlekłe, Model Opieki nad Chorymi Przewlekłe, podstawowa opieka zdrowotna

Wstęp

Zgodnie z danymi WHO u 75% populacji ogólnej występuje co najmniej jedna choroba przewlekła, a niemal połowa pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi ma zdiagnozowane co najmniej dwie choroby wymagające stałego kontaktu z opieką zdrowotną [1, 2]. Choroby przewlekłe stanowią 72% wszystkich zaburzeń stwierdzanych w populacji powyżej 30. roku życia [3]. Wprawdzie *Europejski raport zdrowia 2012* wskazuje na stały spadek umieralności ogólnej, choroby niezakaźne mają nadal najwyższy udział w przyczynach zgonów (80%), z czego choroby układu krążenia są bezpośrednim powodem blisko 50% ogółu zgonów [4]. Zgodnie z danymi CDC z 2009 roku 70% zgonów Amerykanów było konsekwencją chorób przewlekłych, z kolei 80% dorosłych mieszkańców USA miało co najmniej jedną chorobę przewlekłą, a 50% co najmniej dwie [5]. Podobne kompleksowe dane dotyczące wielochorobowości w Europie nie są dostępne.

W skali globalnej nieaktualne jest określenie, że choroby przewlekłe dominują w krajach rozwiniętych. Analizy potwierdzają, że spośród wszystkich chorób przewlekłych 60% występuje w krajach rozwijających się. Choroby układu sercowo-naczyniowego dominują w Indiach i Chinach, a liczba pacjentów chorych przewlekłe w tych krajach przekracza sumaryczną liczbę chorych we wszystkich krajach rozwiniętych [6, 7].

Populacja chorych przewlekłe ma wzrastać o 1% rocznie do 2030 roku [2, 3, 8]. Do 2020 roku choroby przewlekłe będą przyczyną około 75% zgonów na całym świecie, staną się głównym podłożem niepełnosprawności, indukując bezpośrednio, ale przede wszystkim pośrednie koszty medyczne [9].

Nie zmienia to faktu, że choroby przewlekłe od niedawna pojawiły się w światowych agendach opieki zdrowotnej. Zaczęto podkreślać ich niewątpliwy skutek ekonomiczny. Prewencja chorób przewlekłych mogłaby w ciągu dziesięciolecia zapobiec 36 milionom zgonów. Jest to jednak potencjalnie możliwe tylko poprzez

wzmocnienie całego systemu opieki zdrowotnej opartego na efektywnie funkcjonującej podstawowej opiece zdrowotnej [10].

Opieka zdrowotna a pacjenci z chorobami przewlekłymi

Dotychczasowe programy propagowane w Europie Środkowej, Wschodniej i Południowej, a dotyczące chorób przewlekłych, skupiają się na pojedynczych, wybranych zaburzeniach. Rzadko porusza się fakt, że u co najmniej 50% pacjentów z chorobą przewlekłą rozpoznaje się co najmniej dwa zaburzenie przewlekłe [11], co zwiększa ryzyko kolejnych chorób przewlekłych. U pacjentów z wielochorobowością wykazano większe ryzyko nagłego pogorszenia się stanu zdrowia, hospitalizacji i niepełnosprawności [12]. Ta populacja pacjentów staje się najbardziej znaczącym elementem systemu opieki zdrowotnej w przyszłości, w którym istoty nabiera nie paternalistyczny wzorzec kontaktu, ale współpraca prowadząca do przestrzegania procedur długoterminowej terapii i okresowej diagnostyki, a przede wszystkim ukierunkowana na promocję zdrowia, profilaktykę powikłań aktualnych chorób przewlekłych i współwystępowania kolejnych, jak również zogniskowana na opiekę nad sferą nie tylko somatyczną, ale socjalną, środowiskową i psychiczną pacjentów, co więcej – prowadzona przez wielospecjalistyczny zespół wsparty na efektywnie funkcjonującej podstawowej opiece zdrowotnej [10, 13, 14].

Wobec powyższego sugeruje się globalnie systemy opieki zdrowotnej modelować na strukturze wspierającej „zarządzanie chorobami przewlekłymi” – zależnie oczywiście od lokalnych możliwości oraz indywidualnych potrzeb i oczekiwań pacjentów [15], w ramach ich środowiska domowego [16]. Wykazano, że opieka domowa cechuje się wysoką efektywnością kliniczną z obniżeniem ryzyka hospitalizacji i podwyższeniem ocen satysfakcji [17]. Stwierdzono, że jest ona o 44% tańsza od opieki szpitalnej [18].

W opublikowanym w 2008 roku raporcie WHO wskazuje się, że w miejsce kompleksowej polityki opieki zdrowotnej zmierzającej do przewidywania nowych wyzwań i reagowania na nie „dryfuje się” od jednego krótkofalowego priorytetu do kolejnego. Nieuniknioną wypadkową jest wobec tego rosnący brak klarownego celu, brak koordynacji, wysokie koszty opieki zdrowotnej i niska efektywność kliniczna, ale i socjalna [10]. Podkreśla się, że najefektywniejszym poziomem dla projektowania i koordynacji prawidłowego systemu opieki nad chorymi przewlekłe jest poziom podstawowej opieki zdrowotnej. Przy czym opieka ta ma być realizowana przez wielodyscyplinarny zespół i uwzględniająca potrzeby biopsychosocjalne pacjentów. Wymiernym rezultatem jest wówczas redukcja dni hospitalizacji i zmniejszenie szans na hospitalizację, co z kolei automatycznie wiąże się ze zmniejszeniem bezpośrednich i pośrednich kosztów medycznych [19].

Podstawowa opieka zdrowotna i choroby przewlekłe

Światowy Raport Zdrowia z 2008 roku *Primary health care now more than ever* jednoznacznie podkreśla rolę opieki podstawowej jako fundamentu efektywnej opieki zdrowotnej [10, 20, 21], zwłaszcza w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, które są rdzeniem opieki nad chorymi przewlekłe [10]. Programy w tym zakresie mogą zapewnić redukcję globalnego obciążenia chorobami przewlekłymi o 70% [10].

Koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej jako fundamentu całego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od jego struktury, w tym sposobu finansowania, zakłada powszechność (dostęp wszystkich pacjentów do opieki na równych prawach), dostępność (bliskość ośrodków opieki zdrowotnej i bezpłatność świadczeń), ciągłość opieki, uwzględnienie zasad etyki i kompleksowość (współpraca lekarza z pielęgniarkami, pracownikami socjalnymi i innymi profesjonalistami opieki zdrowotnej). Elementy te powinny być zorientowane na pacjenta, wsparte konstruktywną polityką publiczną, w tym efektywnie realizowaną rolą lekarzy rodzinnych jako liderów [13, 22, 23]. Liczne opracowania, w tym porównawcze międzynarodowe, również w USA dostarczają dowodów potwierdzających korzyści wynikających z dobrze rozwiniętej opieki podstawowej w konsekwencji poprawy koordynacji i ciągłości opieki, z czym wiąże się wyższa efektywność ponoszonych kosztów [21, 24]. Jako błąd w organizacji opieki podstawowej wskazuje się skierowanie jej w stronę wybranej choroby [25, 26].

Kraje z prawidłowo funkcjonującą opieką podstawową cechuje zrównoważony dostęp do świadczeń, zabezpieczone na poziomie rządowym ubezpieczenia zdrowotne i usługi medyczne; ubezpieczenia prywatne w tych krajach stanowią mniejszość, współpłacenie nie istnieje lub jest na niskim poziomie, w opiece podstawowej dostępny jest szeroki zakres usług medycznych, w tym zorientowanych również na rodziny pacjentów. Opieka zdrowotna w tych krajach jest oceniana przez pacjentów wyżej, poziom wskaźników zdrowia jest wyższy, a koszty opieki zdrowotnej – niższe [27, 28].

Ocena obejmująca 18 krajów OECD (za lata 1985–1995) wykazała, że im silniejsza jest opieka podstawowa w danym kraju, tym niższe stwierdza się wskaźniki umiarkowości ogólnej, przedwczesnej, jak również z powodu chorób przewlekłych [21]. Dane z krajów zarówno rozwijających się, jak i wysoko uprzemysłowionych wskazują, że poprawa funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej wiąże się z poprawą wskaźników klinicznych, w tym zmniejszeniem liczby zgonów w konsekwencji chorób przewlekłych [29]. Wpływa także na poprawę wczesnej diagnostyki nowotworów złośliwych jelita grubego [30], raka piersi [31], raka trzonu i szyjki macicy [32] oraz czerniaka [33]. Zaznacza się jednak, że programy prewencji dla przewlekłe chorych, realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, nie powinny się skupiać na wybranych zaburzeniach, ale mieć charakter kompleksowy i uwzględniać zarówno wielochorobowość, jak i współwystępowanie chorób przewlekłych [34].

Koszty opieki zdrowotnej są przede wszystkim konsekwencją wysokospecjalistycznych procedur w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i szpitalnej. Opieka specjalistyczna nasila te koszty [35], nie wpływając na poprawę jakości czy efektów klinicznych samej opieki [36–38]. Z kolei liczba wizyt u lekarza rodzinnego koreluje dodatnio z przeżywalnością pacjentów [35].

Koordynacja opieki nad chorym przewlekle w ramach opieki podstawowej, a także między kolejnymi poziomami opieki zdrowotnej (co jest bazą opieki nad chorymi przewlekle), ma się opierać na prawidłowej komunikacji i koordynacji usług. W konsekwencji ich poprawy obserwowano polepszenie funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej i satysfakcji pacjentów sięgające 50% [39]. Podkreśla się, że w USA to brak koordynacji opieki jest jedną z przyczyn niskiej efektywności klinicznej opieki zdrowotnej w relacji do jej wysokich kosztów [40].

Nadal niejasny jest dobór członków zespołu prowadzącego opiekę skoordynowaną i implementowaną w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W ocenie jakościowej określającej przygotowanie pediatrów w Hiszpanii do realizacji zadań podstawowej opieki zdrowotnej („pierwszy kontakt” dla pacjentów, wszechstronność, zabezpieczenie ciągłości opieki) potwierdzono niską możliwość adaptacji ich specjalizacji do warunków podstawowej opieki zdrowotnej, w tym brak umiejętności koordynacji opieki i słabe przygotowanie do sprostania potrzebom socjalnym pacjentów [41].

W analizie 5112 hospitalizacji (w badaniu wzięło udział 301 lekarzy) stwierdzono, że 25% pacjentów zajmowali się lekarze ze specjalizacjami nieobejmującymi głównej przyczyny hospitalizacji. W tej grupie pacjentów stwierdzono dłuższe hospitalizacje w przypadku: niewydolności serca (o 23%), krwotoku z górnego odcinka przewodu pokarmowego (o 22%), zapaleń płuc (o 14%). Autorzy podkreślali także zwiększoną śmiertelność w tej grupie pacjentów (OR 1,46, $p = 0,047$) [42].

Wobec powyższego wnioskuje się, że najbardziej efektywną klinicznie, społecznie i ekonomicznie jest opieka nad chorymi przewlekle prowadzona w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez lekarzy ze specjalizacją w zakresie medycyny rodzinnej [10, 35].

Zadania podstawowej opieki zdrowotnej

W krajach, które podjęły próbę kształtowania opieki zdrowotnej w stronę spełniania oczekiwań chorych przewlekle, widoczna jest ewolucja systemu opieki nad pacjentem z reaktywnego, czyli uaktywniającego się, gdy zgłasza się pacjent z danym zaburzeniem, w proaktywny – zmierzający do utrzymania wysokiego poziomu jakości życia [43, 44].

Taki system opieki nad chorymi przewlekle (*Chronic Care Model* – CCM) opiera się na [43, 44]:

- partnerstwie łączącym w relacji współdecydującego pacjenta i profesjonalistów opieki zdrowotnej;
- równoprawnej współpracy w ramach opieki nad chorym przewlekle wszystkich poziomów opieki zdrowotnej;
- edukacji uzupełnionej wsparciem dla pacjentów w osiągnięciu najwyższej możliwej jakości życia.

Efektywnie prowadzona opieka nad chorymi przewlekle ma uwzględniać lokalne źródła środowiskowe, indywidualne uwarunkowania prawne, reorganizacje systemu opieki zdrowotnej z ukierunkowaniem na opiekę nad chorymi przewlekle (w tym wsparcie dla „zarządzania chorobą” przez samych pacjentów i pomoc przy podejmowaniu biopsychospołecznych decyzji), a także zintegrowany system informacji dla pacjentów i członków wielodyscyplinarnego zespołu [43–45].

System opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej ma spełnić więc następujące zadania [45–48]:

- **wzmocnienie roli jako składowej opieki zdrowotnej zogniskowanej na opiekę nad chorymi przewlekle**, która z kolei powinna obejmować obniżanie kosztów i poziomu współpłacenia przez pacjenta – wysoki poziom jakości opieki nad chorymi przewlekle powinien się wiązać z dodatkową alokacją środków finansowych ze strony świadczeniodawców i ubezpieczycieli;
- **projekt systemu dostarczania usług**, który zawiera planowanie wizyt kontrolnych, oddzielenie pionu opieki skierowanej na rozwiązywanie nagłych potrzeb zdrowotnych od pionu zajmującego się pacjentami chorymi przewlekle, określenie celów krótko- i długoterminowych wraz z ich stałą oceną, „zarządzanie chorobą” pacjentów powinno być wspierane poprzez profesjonalistów innych niż lekarze;
- **organizacja systemu informacji klinicznej**, która obejmuje rejestr pacjentów z chorobami przewlekłymi, system przypominający o kolejnych wizytach, w tym badaniach kontrolnych – oparty na wytycznych *Evidence Based Medicine* (EBM), ukierunkowany na opiekę nad pacjentem, ale i społecznością lokalną z chorobami przewlekłymi;
- **wsparcie dla decyzji**, które oznacza określanie i uaktualnianie wytycznych opieki wynikających z EBM, ciągłą edukację pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie efektywnych klinicznie i społecznie wytycznych opieki nad chorymi przewlekle;
- **wsparcie dla indywidualnego „zarządzania chorobą” przez pacjenta**, które wiąże się z edukacją pacjentów chorych przewlekle i równocześnie ich opiekunów domowych obejmującą również stałe wzmacnianie i ocenę kompetencji, okresową ewaluację trudności i postępów oraz stymulację zachowań prozdrowotnych;
- **wykorzystanie źródeł wsparcia w ramach społeczności lokalnej**, co ma polegać na aktywnym udziale w organizacji lokalnych programów prozdrowotnych, klubów seniora, grup wsparcia dla pacjentów i ich opiekunów domowych.

Społeczność lokalna i system opieki zdrowotnej pełnią rolę nadrzędną, zawierając i stymulując: wsparcie dla „zarządzania chorobą” przez pacjenta, system dostarczania usług, wsparcie dla podejmowanych decyzji, system informacji klinicznej. Z zasobów tych w równym stopniu mają czerpać: poinformowany, aktywny pacjent i przygotowany, proaktywny, wielodyscyplinarny zespół, pozostając w efektywnej klinicznie i społecznie interakcji

[16]. System opieki zdrowotnej zorientowanej na opiekę nad chorymi przewlekle ma objąć całą populację pacjentów danego ośrodka opieki podstawowej, ale z identyfikacją grup pacjentów obciążonych ryzykiem wystąpienia chorób przewlekłych i kolejno grup pacjentów już chorych, ale narażonych na wystąpienie powikłań choroby przewlekłej [13].

Uzupełnieniem powyższych założeń ma być ciągły proces oceny jakości opieki dla chorych przewlekle z analizą ich potrzeb w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej oraz kosztów medycznych. Alokacja środków finansowych przekazywanych ośrodkom podstawowej opieki zdrowotnej powinna być uzależniona od wyników okresowo wykonywanej oceny jakości opieki [43–45].

Składowe efektywnego systemu opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

Szacuje się, że system opieki nad przewlekle chorymi promujący koordynację usług medycznych i codzienny monitoring biopsychospołeczny może obniżyć o 60% częstość hospitalizacji przewlekle chorych, czyli np. w skali USA obniżyć koszty medyczne o 30 miliardów USD rocznie [46–48].

Poniżej określono poziomy systemu opieki nad chorymi przewlekle ze wskazaniem interwencji o udowodnionej skuteczności [49]:

- **Dostarczanie usług.** Interwencja: opieka prowadzona przez zespół wielodyscyplinarny. Efekt interwencji: poprawa wskaźników klinicznych, poprawa przestrzegania przez członków zespołu wytycznych określających elementy opieki nad daną grupą przewlekle chorych, obniżenie liczby usług medycznych.
- **Wsparcie dla podejmowanych decyzji.** Interwencja: wytyczne zgodne z EBM, edukacja członków zespołu, dystrybucja materiałów edukacyjnych w ramach wielodyscyplinarnego zespołu. Efekt interwencji: wzrost poziomu przestrzegania wytycznych, poprawa wskaźników klinicznych opieki.
- **Informacja kliniczna.** Interwencja: audyty z informacją zwrotną. Efekt interwencji: wzrost poziomu przestrzegania wytycznych.
- **Wsparcie dla „zarządzania” chorobą przez pacjenta.** Interwencja: sesje edukacyjne dla pacjentów, programy motywacyjne dla pacjentów, dystrybucja materiałów edukacyjnych wśród pacjentów. Efekt interwencji: poprawa wskaźników klinicznych opieki (w tym jakości życia pacjentów), podwyższenie poziomu satysfakcji z usług medycznych, zmniejszenie nasilenia zachowań antyzdrowotnych, poprawa wskaźników edukacji, zmniejszenie potrzeb indukujących liczbę usług medycznych, podwyższenie poziomu przestrzegania zaleceń dotyczących terapii.
- **Organizacja opieki zdrowotnej i wykorzystanie zasobów społeczności lokalnej.** Brak interwencji o udowodnionej skuteczności.

Ocena jakości opieki skierowanej do pacjentów chorych przewlekle

Poniżej wskazano poziomy oceny jakości wymagające zabezpieczenia w ramach opieki nad chorymi przewlekle prowadzonej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej [50, 51].

Struktura

- **Regulacje na poziomie rządowym:** struktura zarządzania jakością; odpowiedni poziom technologiczny; wsparcie dla pacjentów; integracja opieki podstawowej z pozostałymi strukturami opieki zdrowotnej.
- **Warunki ekonomiczne POZ:** system finansowania opieki zdrowotnej wspierający opiekę nad chorymi przewlekle; system wynagrodzenia pracowników w ramach opieki podstawowej wspierający opiekę nad chorymi przewlekle; przychód w ramach opieki podstawowej uzależniony od jakości opieki nad chorymi przewlekle.
- **Rozwój pracowników w ramach POZ:** profil zatrudnionych zgodny ze strukturą pacjentów chorych przewlekle; poziom edukacji zależny od struktury pacjentów chorych przewlekle; akademicki status opieki podstawowej jako dyscypliny.

Proces

- **Dostęp do usług w ramach POZ:** dostępność usług w ramach opieki podstawowej, w tym dostęp geograficzny i techniczny; przystępność usług w ramach opieki podstawowej; akceptowalność usług w ramach opieki podstawowej; korzystanie z usług w ramach opieki podstawowej; równość w dostępie.
- **Kontynuacja opieki:** kontynuacja opieki w zakresie informacyjnym i relacji lekarz–pacjent; mechanizmy zarządzania kontynuacją opieki.
- **Koordynacja opieki:** system oparty na „gatekeepingu”; koordynacja w ramach struktury praktyki i zespołu podstawowej opieki zdrowotnej; szeroki zakres umiejętności członków zespołu podstawowej opieki zdrowotnej; integracja opieki podstawowej z opieką specjalistyczną i zdrowiem publicznym.
- **Wszechstronność POZ:** odpowiedni sprzęt medyczny; opieka podstawowa jest miejscem „pierwszego kontaktu” dla powszechnych zaburzeń zdrowotnych; terapia i ocena efektów terapii zaburzeń przewlekłych ma miejsce w ramach opieki podstawowej; postępowanie kliniczne, w tym zadania, ogniskują się na promocji zdrowia i profilaktyce chorób, opiece nad matką i dzieckiem z elementami opieki w okresie prekonceptyjnym i koncepcyjnym.

Wynik

- **Jakość podstawowej opieki zdrowotnej:** wytyczne dotyczące farmakoterapii; jakość diagnostyki i terapii w ramach opieki podstawowej; jakość opieki nad chorymi przewlekle; jakość opieki nad chorymi z za-

burzeniami psychicznymi; jakość opieki nad matką i dzieckiem; jakość promocji zdrowia; jakość profilaktyki chorób; bezpieczeństwo w ramach praktyki.

- **Efektywność opieki podstawowej:** odpowiednie zarządzanie i dostarczanie usług w ramach zadań opieki podstawowej.
- **Wyrównanie poziomu zdrowia:** poziom zdrowia jest niezależny od różnic socjodemograficznych i rasowych.

W propozycjach poprawy sytuacji opieki zdrowotnej w Polsce w ramach analiz Health Barometer zalecono skupienie jej na profilaktyce z odchodzeniem od systemu skoncentrowanego na leczeniu [52]. Poniżej przedstawiono wskaźniki potwierdzające zgodność profilaktyki prowadzonej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej z założeniami systemu opieki nad chorymi przewlekle [53–57].

Organizacja opieki zdrowotnej

1. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej ma procedurę dotyczącą „zarządzania” informacjami pacjentów w odniesieniu do dokładnej analizy wyników i dokumentowania wykonanych pomiarów (np. badań krwi).
2. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej ma procedurę dotyczącą „zarządzania” informacjami pacjentów w odniesieniu do dokładnej analizy wyników przez lekarza (pod względem aktualnych potrzeb).
3. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej stosuje system regularnej analizy leków wypisanych dla poszczególnych pacjentów.
4. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej przygotowuje raport dotyczący oceny jakości.
5. W ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej przeprowadzono co najmniej jeden audyt kliniczny w ciągu ostatnich 12 miesięcy.
6. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej prowadzi rejestrację „wydarzeń krytycznych”, które wymagają opracowania procedur.

Projekt systemu dostarczania usług

Prowadzony przez ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej kontakt z grupami ryzyka

1. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystuje system wzywania na wizyty kontrolne pacjentów z chorobami przewlekłymi

Prowadzony przez ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej kontakt z pacjentami w ramach prewencji

1. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystuje system identyfikowania i wzywania na wizyty pacjentów z czynnikami ryzyka chorób przewlekłych.
2. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystuje system identyfikowania i wzywania na wizyty pacjentów z grup ryzyka, w których przypadku istnieje konieczność zaszczepienia przeciwko grypie.

3. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystuje system identyfikowania i wzywania na wizyty pacjentek, które powinny mieć wykonane badania cytologiczne.
4. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystuje system identyfikowania i wzywania na wizyty pacjentek w celu wykonania badań profilaktycznych w kierunku raka piersi.

Wskaźniki aktywności prewencji

Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej oblicza wskaźnik:

1. uczestniczenia pacjentów w szczepieniach przeciwko grypie;
2. uczestniczenia pacjentek w badaniach cytologicznych;
3. uczestniczenia pacjentek w badaniach profilaktycznych w kierunku raka piersi.

Procedury w ramach prewencji

Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej ma opracowaną procedurę w zakresie:

1. prewencji odleżyn;
2. prewencji osteoporozy;
3. stosowania kwasu foliowego przez kobiety w ciąży lub planujące ciążę;
4. zaprzestania palenia tytoniu (np. minimalna interwencja antynikotynowa).

Wsparcie dla decyzji

Lekarze w ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej mają bezpośredni dostęp do:

1. wytycznych terapii/diagnostyki w gabinecie, w którym przyjmują pacjentów (w formie drukowanej lub elektronicznej);
2. recenzowanych czasopism medycznych (w formie drukowanej lub elektronicznej);
3. baz danych piśmiennictwa takich jak *Medline/Pubmed* lub *Cochrane*.

System informacji klinicznej

1. Dostęp do internetu.
2. Dostęp do skrzynek e-mail w ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Komputery z dostępem do internetu mają zainstalowany program antywirusowy.
4. Dostęp do komputerów w ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej jest zabezpieczony poprzez system logowania z koniecznością wpisania hasła.
5. W ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej wykorzystywany jest komputerowy system archiwizowania informacji o pacjentach.
6. Komputer wykorzystywany jest w procesie wypisywania recept.

Wsparcie dla indywidualnego „zarządzania chorobą” przez pacjenta

1. Pracownicy ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej regularnie przekazują pacjentom drukowane informacje na temat stylu życia.
2. W ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej dostępne są informacje drukowane dla pacjentów na temat chorób przewlekłych. Pacjenci mogą je zabrać do domu lub przeczytać w ośrodku podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej ma aktualne informacje na temat lokalnie organizowanych programów prewencji czy organizacji zajmujących się prewencją.
4. Pracownicy ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej regularnie przekazują pacjentom informacje na temat portali internetowych dotyczących czynników ryzyka chorób przewlekłych lub stylu życia.

Źródła wsparcia w społeczności lokalnej w połączeniu z uregulowaniami prawnymi: udział społeczności

1. Pielęgniarki ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej biorą udział w edukacji prowadzonej w szkołach na temat czynników ryzyka chorób przewlekłych (np. dotyczącej diety, aktywności fizycznej, palenia tytoniu).
2. Lekarze i pielęgniarki ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej biorą udział w lokalnych/społecznych kampaniach czy akcjach dotyczących prewencji czynników ryzyka chorób przewlekłych.

Zakończenie

System opieki zdrowotnej każdego kraju zmagają się z trudnościami związanymi z finansowaniem opieki nad chorymi przewlekle. Obserwuje się jednak globalne zaangażowanie zarówno profesjonalistów opieki zdrowotnej, jak i zdrowia publicznego w zmiany systemowe, których celem ma być spowolnienie nasilania konsekwencji schorzeń przewlekłych. Zmiany te z założenia mają być wsparte na istniejących, ale wzmacnianych strukturach podstawowej opieki zdrowotnej. Programy skupiające się na wybranych chorobach przewlekłych, zgodnie z wynikami badań prowadzonych w ciągu ostatnich lat, nie przyniosą korzystnych skutków biopsychospołecznych, a tym bardziej ekonomicznych. Oczekiwania od współczesnej medycyny rodzinnej wynikają bowiem z postrzegania populacji chorych przewlekle jako funkcjonujących z wielochorobowością, w strukturze rodziny, ale i lokalnej społeczności, i mających oprócz potrzeb somatycznych również nie mniej ważne potrzeby psychiczne i społeczne. Opieka nad pacjentami przewlekle chorymi była do niedawna zorientowana na zachorowania ostre, miała charakter dzielony i duplikowany. Jednak powszechność chorób przewlekłych w populacji ogólnej indukuje opiekę ukierunkowaną na ustalanie przyczyn, koordynowaną, stałą, partnerską i prowadzoną w domu pacjenta [3, 46, 47]. Podstawowa opieka zdrowotna kształtowana i oceniana zgodnie z przedstawionymi

w niniejszym artykule wytycznymi przynosi poprawę funkcjonowania pacjentów chorych przewlekle, ocenianego z punktu widzenia modelu biopsychospołecznego. Uznana również została za poziom opieki zdrowotnej, który najlepiej realizuje założenia Modelu Opieki nad Chorymi Przewlekle [15, 57–61].

Piśmiennictwo

1. Rothenberg R.B., Koplan J.P., *Chronic disease in the 1990s*. „Ann. Rev. Public Health” 1990; 11: 267.
2. Schols J.M., Crebolder H.F., van Weel C., *Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience*. „J. Am. Med. Dir. Assoc.” 2004; 5(3): 207–212.
3. Genui S.J., *Medical practice and community health care in the 21st Century: A time of change*. „Public Health” 2008; 122: 671–680.
4. WHO, *Europejski raport zdrowia 2012*. <http://www.who.org.pl/aktualnosci.php?news=84&wid=14>; dostęp: 14.03.2013.
5. CDC – Center for Disease Control, *Chronic Disease Prevention and Promotion*. Retrieved on February 4, 2009. <http://www.cdc.gov/nccdphp/>; dostęp: 14.03.2013.
6. Chen R., Song Y., Hu Z., Brunner E.J., *Predictors of diabetes in older people in urban China*. „PLoS One” 2012; 7(11): e50957, doi: 10.1371/journal.pone.0050957.
7. Popkin B.M., *The shift in stages of the nutritional transition in the developing world differs from past experiences!* „Public Health Nutr.” 2002; 5: 205–214.
8. WHO, *Chronic diseases*. http://www.who.int/topics/test/chronic_diseases/; dostęp: 5.08.2007.
9. Wu S.Y., Green A., *Projection of chronic illness prevalence and cost inflation*. RAND, Health, CA Santa Monica 2000.
10. WHO – World Health Organization, *The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More than Ever*. World Health Organization, Geneva, Switzerland 2008.
11. Hoffman C., Rice D., Sung, H.-Y., *Persons with chronic conditions: Their prevalence and costs*. „J. Am. Med. Assoc.” 1996; 276(18): 1473.
12. Wright N., Smeeth L., Heath I., *Moving beyond single and dual diagnosis in general practice: many patients have multiple morbidities, and their needs have to be addressed*. „BMJ” 2003; 326(7388): 512–514.
13. Davis E., Tamayo A., Fernandez A., *„Because somebody cared about me. That’s how it changed things”: homeless, chronically ill patients’ perspectives on case management*. „PLoS One” 2012; 7(9): e45980. doi: 10.1371/journal.pone.0045980. Epub 2012 Sep 28.
14. Kurpas D., *Czy istnieje model opieki nad chorym przewlekle w Unii Europejskiej?* „Przew. Lek.” 2009; 1: 208–211.
15. Epping-Jordan J.E., Pruitt S.D., Bengoa R., Wagner E.H., *Improving the quality of health care for chronic conditions*. „Qual. Saf. Health Care” 2004; 13(4): 299–305.
16. Wagner E.H., Austin B.T., Von Korff M., *Organizing care for patients with chronic illness*. „Milbank Q” 1996; 74(4): 511–544.
17. Levine S., Steinman B.A., Attaway K., Jung T., Enguidanos S., *Home care program for patients at high risk of hospitalization*. „Am. J. Manag. Care” 2012; 18(8): e269–276.
18. Moalosi G., Floyd K., Phatshwane J., Moeti T., Binkin N., Kenyon T., *Cost-effectiveness of home-based care versus*

- hospital care for chronically ill tuberculosis patients, Francistown, Botswana.* „Int. J. Tuberc. Lung Dis.” 2003; 7: S80–85.
19. Brumley R., Enguidanos S., Jamison P. et al., *Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care.* „J. Am. Geriatr. Soc.” 2007; 55(7): 993–1000.
 20. Boerma W.G.W., *Mapping primary care across Europe. Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care* Open University Press/Saltman RB, „Rico A., Boerma WG.W.” 2006: 22–49.
 21. Macinko J., Starfield B., Shi L., *The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998.* „Health Serv. Res.” 2003; 38(3): 831–865.
 22. WONCA – The European Definition of General Practice/Family Medicine, *WONCA EUROPE 2011 Edition.* <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>; dostęp: 15.12.2012.
 23. Geense W.W., van de Glind I.M., Visscher T.L.S., van Achterberg T., *Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study.* „BMC Fam. Pract.” 2013; 14: 20.
 24. Shi L., Macinko J., Starfield B., Politzer R., Wulu J., Xu J., *Primary care, social inequalities, and all-cause, heart disease, and cancer mortality in US countries, 1990.* „Am. J. Public Health” 2005; 95: 674–680.
 25. Starfield B., Mangin D., *An international perspective on the basis for payment for performance.* „Qual. Prim. Care” 2010; 18(6): 399–404.
 26. Nolte E., McKee M., *Caring for People with Chronic Conditions.* Open University Press, Maidenhead, UK 2008.
 27. Schoen C., Osborn R., Huynh P.T., Doty M., Zapert K., Peugh J., Davis K., *Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries.* „Health Aff.” 2005, W5: 509–525. <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w5.509v3>; dostęp: 15.11.2009.
 28. Starfield B., *Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012.* „Gac. Sanit.” 2012; 26 Suppl. 1: 20–26.
 29. Macinko J., Starfield B., Erinosho T., *The impact of primary health care on population health in low- and middle-income countries.* „J. Ambul. Care Manage.” 2009; 32: 150–171.
 30. Roetzheim R.G., Pal N., Gonzalez E.C., Ferrante J.M., Van Durme D.J., Ayanian J.Z., Krischer J.P., *The effects of physician supply on the early detection of colorectal cancer.* „J. Fam. Pract.” 1999; 48(11): 850–858.
 31. Ferrante J.M., Gonzalez E.C., Pal N., Roetzheim R.G., *Effects of physician supply on early detection of breast cancer.* „J. Am. Board Fam. Pract.” 2000; 13(6): 408–414.
 32. Campbell R.J., Ramirez A.M., Perez K., Roetzheim R.G., *Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida.* „Fam. Med.” 2003; 35(1): 60–64.
 33. Roetzheim R.G., Pal N., van Durme D.J., Wathington D., Ferrante J.M., Gonzalez E.C., Krischer J.P., *Increasing supplies of dermatologists and family physicians are associated with earlier stage of melanoma detection.* „J. Am. Acad. Dermatol.” 2000; 43(2 Pt 1): 211–218.
 34. CBG Health Research Limited, *Review of the Implementation of CARE PLUS*, [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5567/\\$File/reviewimplementation-care-plus.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5567/$File/reviewimplementation-care-plus.pdf); dostęp: 8.02.2009. Ministry of Health, Wellington, New Zealand 2006.
 35. Starfield B., *The future of primary care: refocusing the system.* „N. Engl. J. Med.” 2008; 359(20): 2087–2091.
 36. Hartz A., James P.A., *A systematic review of studies comparing myocardial infarction mortality for generalists and specialists: lessons for research and health policy.* „J. Am. Board Fam. Med.” 2006; 19(3): 291–302.
 37. Smetana G.W., Landon B.E., Bindman A.B. et al., *A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique.* „Arch. Intern. Med.” 2007; 167(1): 10–20.
 38. Starfield B., Shi L., Macinko J., *Contribution of primary care to health systems and health.* „Milbank Q” 2005; 83: 457–502.
 39. Powell D.G., Williams A.M., Larsen K., Perkins D., Roland M., Harris M.F., *Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review.* „Med. J. Aust.” 2008; 188(8 Suppl.): S65–S68.
 40. Schoen C., Davis K., How S.K.H., Schoenbaum S.C., *U.S. health system performance: a national scorecard.* „Health Aff. (Millwood)” 2006; 25(6): w257–w475.
 41. Pueyo M.J., Baranda L., Valderas J., Starfield B., Rajmil L., *Role of paediatrics in primary care and coordination with specialist care.* „An. Pediatr. (Barc)” 2011; 75(4): 247–252.
 42. Weingarten S.R., Lloyd L., Chiou C.F., Braunstein G.D., *Do subspecialists working outside of their specialty provide less efficient and lower-quality care to hospitalized patients than do primary care physicians?* „Arch. Intern. Med.” 2002; 162(5): 527–532.
 43. Wagner E.H., Austin B.T., Davis C. et al., *Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action.* „Health Aff. (Millwood)” 2001; 20(6): 64–78.
 44. Ouwens M., Wollersheim H., Hermens R. et al., *Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews.* „Intern. J. Qual. Health Care” 2005; 17, 2: 141–146.
 45. Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K., *Improving primary care for patients with chronic illness.* „JAMA” 2002; 288: 1775–1779.
 46. Meyer M., Kobb R., Ryan P., *Virtually Healthy: Chronic Disease Management in the Home.* „Dis. Manag.” 2002; 5(2): 87–94.
 47. CDC – Centers for Disease Control, *Fact Sheet: Actual Causes of Death in the United States*, 2000.
 48. Christensen N.K., Terry R.D., Wyatt S., Pichert J.W., Lorenz R.A., *Quantitative assessment of dietary adherence in patients with insulin-dependent diabetes mellitus.* „Diabetes Care” 1983; 6: 245–250.
 49. Dennis S.M., Zwar N., Griffiths R., Roland M., Hasan I., Powell Davies G., Harris M., *Chronic disease management in primary care: from evidence to policy.* „Med. J. Aust.” 2008; 188(8 Suppl.): S53–56.

50. Kringos D.S., Boerma W.G., Hutchinson A., van der Zee J., Groenewegen P.P., *The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions*. „BMC Health Serv. Res.” 2010; 10: 65. doi: 10.1186/1472-6963-10-65.
51. Kringos D.S., Boerma W.G., Bourgueil Y., Cartier T., Hasvold T., Hutchinson A., Lember M., Oleszczyk M., Pavlic D.R., Svab I., Tedeschi P., Wilson A., Windak A., Dedeu T., Wilm S., *The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators*. „BMC Fam. Pract.” 2010; 11: 81. doi: 10.1186/1471-2296-11-81.
52. Health Barometer 2012. <http://www.europ-assistance.pl/akt1.php?id=209>; dostęp: 2.10.2012.
53. *Improving chronic illness care*. <http://www.improvingchroniccare.org/>; dostęp: 24.02.2012.
54. van Lieshout J., Goldfracht M., Campbell S., Ludt S., Wensing M., *Primary care characteristics and population-orientated health care across Europe: an observational study*. „Br. J. Gen. Pract.” 2011; 61(582): e22–30; doi: 10.3399/bjgp11X548938.
55. van Lieshout J., Grol R., Campbell S., Falcoff H., Capell E.F., Glehr M., Goldfracht M., Kumpusalo E., Künzi B., Ludt S. et al., *Cardiovascular risk management in patients with coronary heart disease in primary care: variation across countries and practices. An observational study based on quality indicators*. „BMC Fam. Pract.” 2012; 13: 96.
56. Anchala R., Pinto M.P., Shroufi A., Chowdhury R., Sander-son J., Johnson L., Blanco P., Prabhakaran D., Franco O.H., *The role of Decision Support System (DSS) in prevention of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis*. „PLoS One” 2012; 7(10): e47064. doi: 10.1371/journal.pone.0047064.
57. Chouinard M.C., Hudon C., Dubois M.F., Roberge P., Loignon C., Tchouaket E., Fortin M., Couture E.M., Sasseville M., *Case management and self-management support for frequent users with chronic disease in primary care: a pragmatic randomized controlled trial*. „BMC Health Serv. Res.” 2013; 13(1): 49.
58. Bosworth H.B., Olsen M.K., Grubber J.M., Neary A.M., Orr M.M., Powers B.J., Adams M.B., Svetkey L.P., Reed S.D., Li Y., Dolor R.J., Oddone E.Z., *Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial*. „Ann. Intern. Med.” 2009; 151: 687–695.
59. Davies M.J., Heller S., Skinner T.C., Campbell M.J., Carey M.E., Cradock S., Dallosso H.M., Daly H., Doherty Y., Eaton S., Fox C., Oliver L., Rantell K., Rayman G., Khunti K., *Diabetes Education and Self Management for Ongoing and Newly Diagnosed Collaborative. Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial*. „BMJ” 2008; 336(7642): 491–495.
60. Demiris G., Afrin L.B., Speedie S. et al., *Patient-centered applications: use of information technology to promote disease management and wellness. A white paper by the AMIA knowledge in motion working group*. „J. Am. Med. Inform. Assoc.” 2008; 15(1): 8–13.
61. Friedberg M.W., Coltin K.L., Safran D.G. et al., *Associations between structural capabilities of primary care practices and performance on selected quality measures*. „Ann. Intern. Med.” 2009; 151: 456–463.

Wyzwania dla podstawowej opieki zdrowotnej związane ze stanem zdrowia mieszkańców wsi

Lech Panasiuk

Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, Dział Medycyny Rodzinnej i Studiów Podyplomowych, Klinika Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Zawodowych Wsi

Adres do korespondencji: Lech Panasiuk, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki, ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin, e-mail: dzialksztalcenia@interia.pl

Abstract

Challenges for primary health care related with the state of health of rural inhabitants

For the last twenty five years in the Polish countryside, there have been observed significant changes in the socio-economic sphere, which result in the inhibition of urbanization processes and the reduction of the number of farmers. Alongside, farmers' work has become less and less manual. However, there have been constant disparities, unfavorable for the rural population, in the education level and obtained income. The state of health of people living in rural areas has not been recently diagnosed and views on this issue are based on the estimated data or studies involving small groups of the population. However, these studies indicate increasing number of obese people and people with lipid disorders in rural areas, which may result in the near future in the increasing number of patients with type 2 diabetes and cardiovascular disease. Moreover, in the years to come, the future of PH care in rural areas seems to be far from promising, as family medicine faces the prospect of growing number of retiring physicians and declining of those who wish to enter the specialization. Unless systemic measures are taken the state of health of rural population can be significantly degraded.

Key words: family medicine, socio-economic transformation, state of health, the rural population

Słowa kluczowe: ludność wiejska, medycyna rodzinna, socjoekonomiczne przeobrażenia, stan zdrowia

Przemiany demograficzno-społeczne w Polsce po transformacji ustrojowej

Pierwszy powojenny spis ludności przeprowadzony w roku 1946 wykazał, że ponad 68% ogółu ludności Polski stanowili mieszkańcy wsi. Struktura demograficzna ludności w roku 1946 niewiele różniła się od struktury demograficznej ludności przedwojennej Polski [1]. W okresie powojennym rozpoczęły się w Polsce procesy urbanizacyjne, których następstwem był gwałtowny wzrost liczby ludności zamieszkującej miasta i spadek liczby mieszkańców wsi. Sytuacja taka utrzymywała się do końca lat 80. i początku lat 90. XX wieku, kiedy transformacja ustrojowa doprowadziła do wielu zmian na rynku pracy i pojawienia się nieznanego wcześniej zjawiska bezrobocia. Znalazienie dodatkowych źródeł zarobkowania w miastach stało się trudne, co spowodowało ustanie

migracji ludności ze wsi do miast. Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej i otwarcie granic w 2004 roku zaowocowało nasileniem zjawiska emigracji zarobkowej. Według szacunków wśród osób czasowo przebywających za granicą większość, bo $\frac{2}{3}$, stanowią mieszkańcy miast, natomiast $\frac{1}{3}$ – mieszkańcy wsi [2, 3]. W ostatnich kilkunastu latach obserwuje się powolny, ale systematyczny wzrost procentowego udziału mieszkańców wsi w populacji całego kraju. Jest to wynik nie tylko ustania migracji ze wsi do miast, lecz także wzrostu migracji w kierunku przeciwnym – z miast na wieś. Najwyższe dodatnie salda migracji występują na terenach wiejskich położonych wokół większych miast, a najwyższe ujemne – na terenach słabiej zurbanizowanych, zwłaszcza Polski wschodniej i północno-wschodniej [2, 3]. Według danych GUS w 2012 roku mieszkańcy miast stanowili 60,5% populacji Polski, podczas gdy w roku 2000 udział

ten wynosił 62,0%. O taki sam odsetek zwiększył się w tym okresie udział mieszkańców wsi [4]. W ogólnej strukturze ludności najniższy udział ludności wiejskiej notuje się w województwie śląskim, a najwyższy w województwie podkarpackim [3]. Mieszkańcy polskiej wsi stanowią około 11% ludności wiejskiej całej Unii Europejskiej, natomiast w polskich miastach żyje około 7% mieszkańców miast Unii [1].

W ostatnich kilkunastu latach w Polsce wzrósł odsetek osób w wieku produkcyjnym, zarówno wśród mieszkańców wsi, jak i wśród mieszkańców miast. W okresie tym w ogólnej strukturze ludności zmniejszył się udział osób w wieku przedprodukcyjnym, zarówno na wsi, jak i w miastach. Jednocześnie na wsi zmniejszył się odsetek ludności będącej w wieku poprodukcyjnym, natomiast odsetek ludności w tym wieku wzrósł wśród mieszkańców miast [1, 3–5].

Od kilkunastu lat zmniejszają się różnice dzietności kobiet zamieszkałych na wsi i w miastach, aczkolwiek nadal więcej dzieci rodzą mieszkanki wsi. W roku 2012 współczynnik dzietności kobiet mieszkających na wsi wynosił 1,43, natomiast kobiet mieszkających w miastach – 1,21 [2–4]. Od wielu lat poziom dzietności polskich kobiet jest niższy od poziomu zapewniającego prostą zastępowalność pokoleń [4]. Dzietność kobiet w Polsce jest o około 20% niższa od dzietności kobiet w większości krajów „starej” UE, natomiast o 15% wyższa od dzietności kobiet w innych, nowych krajach członkowskich [1].

W porównaniu z innymi krajami europejskimi ludność Polski jest w aspekcie demograficznym młoda, mediana wieku jednak wzrasta z każdym rokiem.

Prognozowany czas trwania życia mężczyzn zamieszkałych na wsi jest krótszy o rok niż mężczyzn zamieszkałych w miastach, natomiast przeciętne prognozowane trwanie życia mieszkanki wsi i miast się nie różni. Mężczyzna urodzony w roku 2012 na wsi ma szansę przeżycia 72,1 roku, a mężczyzna urodzony w mieście – 73,1 roku, natomiast kobieta urodzona zarówno w mieście, jak i na wsi ma szansę przeżycia 81 lat [4].

Od kilkudziesięciu lat systematycznie wzrasta poziom wykształcenia mieszkańców wsi, chociaż nadal utrzymują się istotne niekorzystne dla mieszkańców wsi dysproporcje w tym zakresie. W roku 2008 dyplom wyższej uczelni posiadało 23,2% mieszkańców miast i tylko 7,5% mieszkańców wsi, natomiast w roku 2012 odpowiednio 21,4% i 9,8% [6].

W roku 1995 w rolnictwie było zatrudnionych 26,6% ogółu osób pracujących, natomiast w roku 2006 udział osób zatrudnionych w rolnictwie wynosił 15,8% i ciągle malał. Procent zatrudnionych w rolnictwie należy nadal do najwyższych w krajach Unii Europejskiej, a osoby pracujące w polskim rolnictwie stanowią około 20% wszystkich zatrudnionych w rolnictwie unijnym [1, 6].

Warunki bytowe ludności wiejskiej w Polsce przez trzy dekady pospiesznej industrializacji (1950–1980) były postrzegane jako gorsze niż ludności zamieszkałej w miastach. Wieś była źródłem akumulacji kapitału oraz zasobów pracy dla rozwoju przemysłu. Instrumentem eksploatacji wsi były dostawy obowiązkowe oraz wyso-

ki, progresywny podatek gruntowy [1]. W latach 70. XX wieku nastąpiła istotna zmiana polityki państwa wobec rolników i wsi. Zniesiono obowiązek dostaw, przywrócono import produktów rolnych, istotnie zwiększyły się także nakłady na rolnictwo. W roku 1977 rolnicy zostali objęci ubezpieczeniem społecznym na podobnych zasadach, jak ludność pracująca w innych działach gospodarki. Zmiana polityki państwa wobec wsi doprowadziła do tego, że w latach 80. XX wieku rolnicy uzyskiwali przeciętnie te same dochody co ludność pracująca w innych działach gospodarki, a pod koniec dekadę nawet wyższe (najwyższe w roku 1989). Okres transformacji wraz z wprowadzeniem gospodarki rynkowej przyniósł rolnictwu i ludności wiejskiej znaczące problemy. Dochody rolników gwałtownie się zmniejszyły i w roku 1999 były niższe o połowę od dochodów osiąganych przez inne grupy zawodowe. Po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej sytuacja ekonomiczna mieszkańców wsi uległa znaczącej poprawie, głównie za sprawą dopłat bezpośrednich [1]. Pomimo tego nadal utrzymują się duże dysproporcje w dochodach uzyskiwanych przez mieszkańców miast i mieszkańców wsi. Świadczyć o tym mogą dane, według których w roku 2013 w Polsce poniżej ustawowej granicy ubóstwa żyło 8,4% mieszkańców miast i 19,6% mieszkańców wsi, a poniżej minimum egzystencji – 4,6% mieszkańców miast i 11,6% mieszkańców wsi. W roku 2013 średni dochód przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym rolników był o około 20–30% niższy niż średni dochód przypadający na jedną osobę w gospodarstwach domowych innych grup zawodowych. Mniejsze dochody niż rolnicy uzyskiwali jedynie renciści [7].

W roku 2007 niecałe 40% mieszkańców wsi deklaroowało posiadanie użytków rolnych, a większość, bo ponad 60%, stanowiły osoby żyjące w gospodarstwach bezrolnych. Podstawową przyczyną tego procesu było odchodzenie ludności wiejskiej od zajęć rolniczych i jej aktywizacja zawodowa w innych dziedzinach gospodarki lub zakończenie okresu działalności produkcyjnej ze względu na osiągnięcie wieku emerytalnego. Na niektórych obszarach, zwłaszcza na południowym zachodzie i północy Polski, udział ludności nierolniczej stanowi ¾ ogółu populacji wiejskiej. Także na wschodnich terenach kraju, gdzie gospodarstwa rolne cechują się szczególnie tradycyjnymi formami powiązań rodzinnych, prawie połowę wiejskiej społeczności tworzą rodziny bezrolne.

Pomimo spadku liczby gospodarstw prowadzących działalność rolniczą w ciągu ostatnich kilkunastu lat nastąpił wzrost liczby maszyn użytkowanych w gospodarstwach rolnych. Zmianie uległy także kierunki produkcji rolnej. Odnotowano spadek pogłowia zwierząt hodowlanych oraz zmniejszenie areалу upraw roślin najbardziej pracochłonnych, między innymi ziemniaków [6].

Dynamika zmian konsumpcji mieszkańców wsi w okresie ostatnich kilku–kilkunastu lat wskazuje na wiele zmian w spożyciu artykułów żywnościowych. Do pozytywnych, ze względów zdrowotnych, zmian w strukturze konsumpcji żywności należy zaliczyć wzrost spożycia tłuszczów roślinnych, drobiu i owoców oraz spadek spożycia tłuszczów zwierzęcych i cukru. Do

zjawisk negatywnych – spadek spożycia warzyw, mleka i przetworów mlecznych. Stale na niskim poziomie utrzymuje się spożycie ryb [6]. Tradycyjnie jednak dieta gospodarstw wiejskich należy do diet bogatokalorycznych, a w jej skład wchodzi duże ilości węglowodanów i kwasów tłuszczowych.

Dbałość o higienę osobistą, a także dbałość o stan najbliższego otoczenia należy do ważnych czynników, które wpływają na stan zdrowia populacji. Tymczasem obszary wiejskie stanowią nadal poważne źródło zanieczyszczeń wód gruntowych i powierzchniowych, a także degradacji krajobrazu odpadami stałymi. Mniej nasilony, ale także istotny jest problem wody na wsi. W ostatnich latach wyposażenie wsi w sieć wodociągową i kanalizacyjną uległo istotnej poprawie. Te pozytywne zmiany były wynikiem dostosowywania polskiego ustawodawstwa do wymogów unijnych. Szczególnie zaawansowany jest proces budowy kanalizacji i oczyszczalni ścieków, do czego przyczyniła się głównie realizacja programu SAPARD [1].

Z roku na rok zmniejsza się udział osób wykonujących zawód rolnika wśród ludności wiejskiej. Jest to zawód specyficzny, który charakteryzuje się dużym narażeniem na oddziaływanie czynników klimatycznych oraz długim i nieregularnym czasem pracy. Obserwowany w ostatnich latach postęp technologiczny doprowadził do wystąpienia wielu nowych zagrożeń dla zdrowia w tej grupie zawodowej, a przede wszystkim do wzrostu zachorowań na alergie, depresję, choroby psychosomatyczne i inne choroby cywilizacyjne. Obecnie zawód rolnika jest zaliczany do grona dziesięciu najbardziej stresujących zawodów. Stres jest następstwem między innymi sytuacji ekonomicznej rolników, ale jego przyczyną może być także nieprzewidywalna pogoda, presja czasowa, zdarzenia losowe, decyzje rządowe (np. sankcje ekonomiczne skutkujące zamykaniem rynków zbytu), a nawet geograficzna izolacja.

Podsumowując, można stwierdzić, że w okresie ostatnich 25 lat w Polsce:

- zahamowaniu uległy procesy urbanizacyjne, i z roku na rok wzrasta procentowy udział osób zamieszkałych na wsi w strukturze demograficznej Polski;
- stopniowo poprawia się poziom wykształcenia mieszkańców wsi, ale stale utrzymują się duże, niekorzystne dla mieszkańców wsi, dysproporcje w tej dziedzinie;
- stale zmniejsza się wśród mieszkańców wsi odsetek osób wykonujących zawód rolnika, zmienia się też charakter pracy rolników, która staje się wprawdzie mniej manualna, ze względu na obowiązujące reguły rynkowe jednak bardziej stresująca;
- utrzymują się duże, niekorzystne dla mieszkańców wsi dysproporcje w uzyskiwanych dochodach, pomimo znaczącej poprawy sytuacji ekonomicznej ludności wiejskiej po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej;
- zmieniają się nawyki żywnościowe ludności wiejskiej, której część przejmując niekorzystne wzorce zarezerwowane wcześniej dla mieszkańców miast.

Wpływ zmieniającej się sytuacji socjoekonomicznej mieszkańców wsi na stan ich zdrowia

Zarówno w Polsce, jak i w innych krajach rozwiniętych gospodarczo głównymi przyczynami zgonów pozostają choroby układu sercowo-naczyniowego oraz nowotwory, które łącznie odpowiadają za około 70% tych niekorzystnych zdarzeń. Na trzecim miejscu plasują się urazy i zatrucia (około 6,0% zgonów), które jednocześnie są najczęstszą przyczyną zgonów wśród dzieci i młodzieży. Do głównych czynników ryzyka występowania chorób układu sercowo-naczyniowego zalicza się otyłość, a zwłaszcza otyłość brzuszna, zaburzenia lipidowe, nałóg palenia tytoniu, występowanie nadciśnienia tętniczego oraz cukrzyca. W międzynarodowym badaniu INTERHEART czynniki te zaliczono do grupy najważniejszych czynników determinujących niepomyślny przebieg choroby wieńcowej, kończącej się zawałem mięśnia sercowego [8]. Wobec zmieniającej się sytuacji socjoekonomicznej mieszkańców wsi celowe wydaje się określenie wpływu zachodzących zmian na stan zdrowia tej subpopulacji. Tymczasem w Polsce, podobnie jak i w innych krajach europejskich, przeprowadzono niewiele badań, w których analizowano różnice w stanie zdrowia mieszkańców wsi i miast. Lukę tę starały się wypełnić badania przeprowadzone przez Instytut Medycyny Wsi (IMW) na Lubelszczyźnie w latach 2006–2008, w których analizie poddano między innymi występowanie czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, takich jak: otyłość i otyłość brzuszna, zaburzenia lipidowe, nałóg palenia papierosów, nadciśnienie tętnicze i cukrzyca, a także występowanie urazów, których liczba w sposób pośredni świadczy o podejmowanej codziennej aktywności fizycznej [9].

Otyłość i otyłość brzuszna

Obserwacje prowadzone na terenie Polski wskazują na wzrastającą liczbę osób otyłych. W roku 1984 wśród mieszkańców prawobrzeżnej Warszawy było 18,6% osób otyłych, a w roku 2001 odsetek takich osób wynosił już 30,8% (badanie Pol-MONIKA) [10]. W roku 2000 Instytut Żywności i Żywienia przeprowadził badania, których wyniki wykazały nadwagę lub otyłość u 56,7% mężczyzn i 48,6% kobiet [11]. W roku 2002 nadwagę lub otyłość rozpoznano u 53% ogółu respondentów, 58% mężczyzn i 48% kobiet (NATPOL PLUS) [12]. Z kolei w przeprowadzonym w latach 2003–2005 badaniu WOBASZ nadwaga lub otyłość występowały u 61,6% mężczyzn i 50,3% kobiet [13]. W badaniach IMW przeprowadzonych na terenie Lubelszczyzny (2006–2008) nadwagę lub otyłość stwierdzono u 58,3% osób – 63,5% mężczyzn i 55,2% kobiet [9]. Nadwaga i otyłość w Polsce występują rzadziej niż w USA i w Grecji, z podobną częstością jak w Wielkiej Brytanii, natomiast znacznie częściej niż we Francji i w krajach skandynawskich [14–17].

W badaniach IMW otyłość rozpoznano u 23,2% osób (**Rysunek 1**).

Stwierdzono, że otyłość istotnie statystycznie częściej występowała wśród mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców miast (25,9 vs 19,9%). Otyłe częściej były

kobiety niż mężczyźni (24,2 vs 21,8%), ale stwierdzona różnica była nieistotna statystycznie. Otyłość rozpoznano u istotnie wyższego odsetka mężczyzn (23,6 vs 19,4%) i kobiet zamieszkałych na wsi niż zamieszkałych w miastach (27,2 vs 20,3%) [9].

W badaniach IMW otyłość brzuszną stwierdzono u 51,6% osób (**Rysunek 2**).

Otyłość brzuszna istotnie statystycznie częściej występowała wśród mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców miast (54,0 vs 48,4%). Podobnie otyłość brzuszną znacznie częściej stwierdzano wśród kobiet niż wśród mężczyzn (58,1 vs 41,3%). Udziały mężczyzn z otyłością brzuszną wśród zamieszkałych na wsi i w miastach były zbliżone (41,0 vs 41,7%), natomiast odsetek kobiet wiejskich z otyłością brzuszną był istotnie wyższy niż odsetek mieszkanki miast, u których rozpoznano tę chorobę (62,2 vs 52,8%) [9].

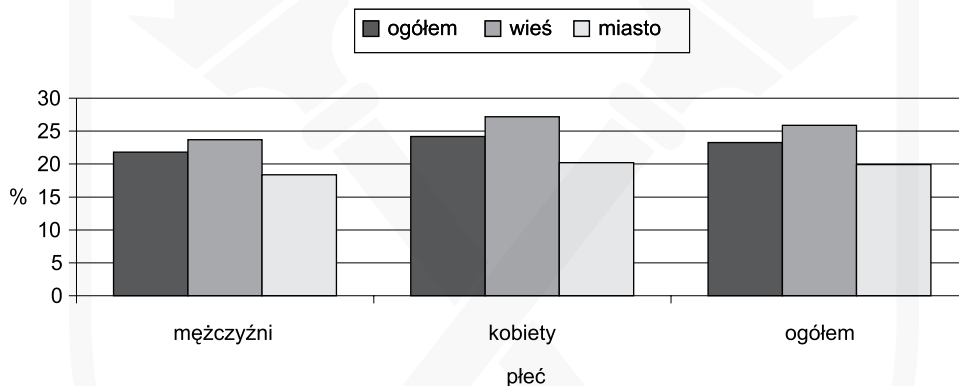
Ponieważ w roku 2005 uległy zmianie kryteria rozpoznawania otyłości brzusznej, rezultatów przedstawionego badania nie można skonfrontować z wynikami wcześniejszych badań. Jeszcze na początku lat 90. XX wieku więcej nadwagi i otyłości stwierdzano wśród mieszkańców miast. W latach 1998–2000, w województwie lubelskim, w populacji powyżej 30. r.ż., odsetki osób otyłych wśród zamieszkałych na wsi i w miastach były zbliżone

(30,8 vs 30,1%) [18]. W cytowanym już badaniu Instytutu Żywności i Żywienia z roku 2000 stwierdzono tylko nieco większe rozpowszechnienie otyłości wśród kobiet wiejskich w porównaniu z mieszkankami miast [11].

Na większe rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród ludności wiejskiej wskazują także doniesienia z krajów Europy Południowej. W ostatnich dekadach w Hiszpanii wzrósł udział osób otyłych wśród mieszkańców wsi i obecnie odsetek takich osób w populacji wiejskiej przewyższa odsetek otyłych wśród mieszkańców miast. Na Sycylii nadwagę i otyłość ma około 77,5% mężczyzn i 73,4% kobiet zamieszkałych na wsi. Również w Kanadzie więcej osób otyłych jest wśród mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców miast. Natomiast w krajach rozwijających się nadal znacznie częściej nadwagę i otyłość stwierdza się wśród osób zamieszkałych w miastach [19–22].

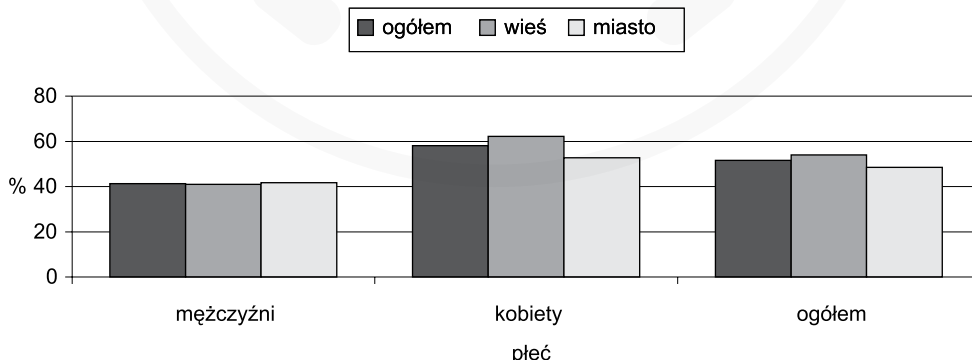
Zaburzenia lipidowe

Częste zmiany kryteriów rozpoznawania zaburzeń lipidowych spowodowały, że większość prowadzonych wcześniej badań epidemiologicznych straciła swoją aktualność. Niemniej z badań prowadzonych zarówno w Europie, w Stanach Zjednoczonych, jak i w Polsce



Rysunek 1. Otyłość wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 2. Otyłość brzuszna wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.

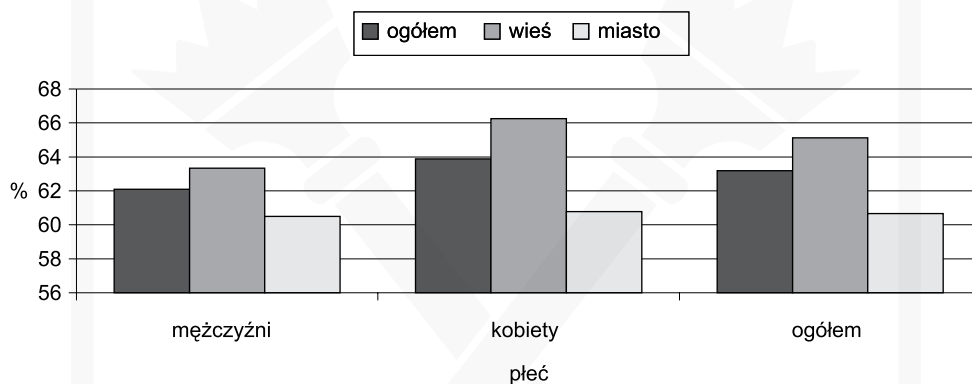
wynikało, że rozpowszechnienie tych zaburzeń w populacji jest duże. Pod koniec lat 90. XX wieku hipercholesterolemia występowała u ponad połowy dorosłych Polaków [23]. W roku 2002 podwyższone stężenia cholesterolu całkowitego wykryto u 61,7% kobiet i 59,7% mężczyzn (NATPOL PLUS) [24]. Opublikowane w roku 2005 wyniki badania WOBASZ wykazały, że w populacji w wieku 20–74 lata większość, tj. około 70% dorosłych Polaków, miała zaburzenia lipidowe, przy czym nieprawidłowe stężenia cholesterolu całkowitego wykryto u 67% mężczyzn i 64% kobiet [13]. Badania WOBASZ i LIPIDOGAM 2004 wykazały duże przestrzenne różnice w występowaniu zaburzeń lipidowych w populacji na terenie kraju. Na podstawie wyników tych badań stwierdzono, że częstość występowania zaburzeń lipidowych w województwie lubelskim należała do najniższych w Polsce (62% populacji województwa) [25]. Według wyników badania WOBASZ na Lubelszczyźnie hipercholesterolemia występowała u 57% mężczyzn i 51% kobiet [13]. W badaniach IMW na Lubelszczyźnie stężenia cholesterolu całkowitego równe lub wyższe od 190 mg/dl występowały u 63,2% badanych osób, istotnie statystycznie częściej u mieszkańców wsi niż mieszkańców miast (65,1 vs 60,7%) (**Rysunek 3**).

Również średnie stężenia cholesterolu całkowitego były wyższe u osób zamieszkałych na wsi niż u zamieszkałych w miastach (207,7 vs 203,8%). Podwyższone stężenia cholesterolu z podobną częstością występowały u mężczyzn i kobiet (62,1 vs 63,9%). Hipercholesterolemia występowała częściej u mężczyzn (63,3 vs 60,5%) i kobiet (66,3 vs 60,8%) zamieszkałych na wsi niż u mężczyzn i kobiet zamieszkałych w miastach [9].

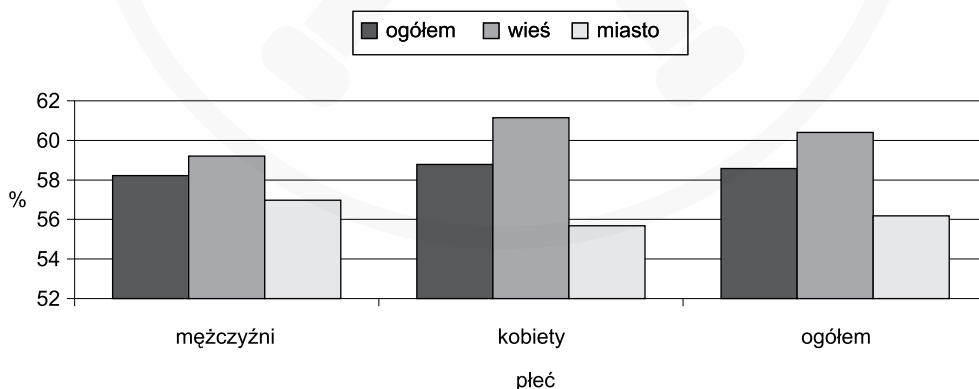
W badaniach IMW stężenia aterogennej frakcji cholesterolu – LDL równe lub wyższe od 115 mg/dl stwierdzono u 58,6% badanych osób, znamienne częściej u mieszkańców wsi niż mieszkańców miast (60,4 vs 56,2%) (**Rysunek 4**).

Również średnie stężenia cholesterolu LDL były wyższe u osób zamieszkałych na wsi niż u zamieszkałych w miastach (128,3 vs 122,8%). Nieprawidłowe stężenia cholesterolu LDL podobnie często występowały u mężczyzn i kobiet (58,2 vs 58,8%). Zbyt wysokie stężenia tej frakcji cholesterolu częściej dotyczyły mężczyzn (59,2 vs 57,0%) i kobiet (61,1 vs 55,7%) zamieszkałych na wsi niż zamieszkałych w miastach [9].

Z rezultatów badań IMW wynika, że sytuacja epidemiologiczna dotycząca zaburzeń lipidowych na terenie Lubelszczyzny uległa w ostatnich latach istotnemu



Rysunek 3. Hipercholesterolemia całkowita wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania. Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 4. Nieprawidłowe stężenia cholesterolu LDL wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.

pogorszeniu, szczególnie wśród mieszkańców wsi. Na większą liczbę zaburzeń lipidowych u mieszkańców wsi niż miast wskazują także wyniki badań przeprowadzonych w innych krajach europejskich. Natomiast w krajach rozwijających się zaburzenia lipidowe nadal częściej dotyczą mieszkańców miast niż wsi [26–28]. Nieco bardziej optymistyczne dane dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń lipidowych przyniosły najnowsze polskie badania epidemiologiczne. Według badania NATPOL 2011 hipercholesterolemia występowała u 61% osób, a średnie stężenia cholesterolu całkowitego w surowicy krwi były niższe niż stwierdzane w badaniach prowadzonych wcześniej [29].

Cukrzyca

W latach 1998–2000 przeprowadzono w Polsce wielośrodkowe badania, które dotyczyły występowania cukrzycy w populacji powyżej 35. r.ż. Badania te wykazały, że na terenie Krakowa cukrzyca występowała u 10,8%, na terenie województwa lubelskiego u 15,8%, a na terenie Łodzi u 15,7% badanych osób. Większość stwierdzonej w tych badaniach cukrzycy (około 70%) stanowiła cukrzyca, która wcześniej nie była rozpoznana. We Wrocławiu w roku 2003 cukrzyca występowała u 10,9% badanych osób [18, 30–32].

Według badań IMW na Lubelszczyźnie na cukrzycę chorowało 6,6% osób (**Rysunek 5**).

Cukrzyca częściej występowała wśród mieszkańców miast niż wśród mieszkańców wsi (7,3 vs 6,1%), ale stwierdzona różnica nie była istotna statystycznie. Cukrzyca tylko nieznacznie częściej występowała wśród mężczyzn niż kobiet (6,9 vs 6,4%). Choroba ta dotyczyła wyższego odsetka mężczyzn (8,3 vs 5,9%) i kobiet (6,8 vs 6,2%) zamieszkałych w miastach niż na wsi [9].

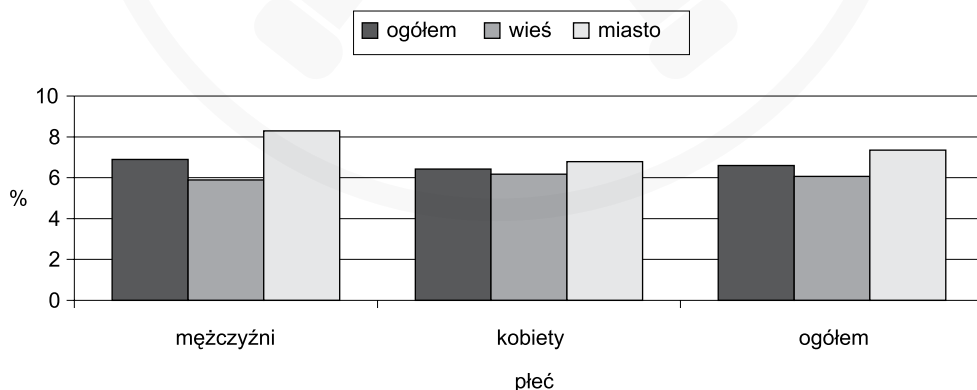
Z badań IMW wynika, że udział osób chorych na cukrzycę w populacji jest niższy niż prezentowany w cytowanych wcześniej badaniach. Należy przypuszczać, że tak duże rozbieżności są rezultatem zastosowania różnych metod badawczych. Podobne do wyników badania IMW rezultaty przyniosło wcześniejsze badanie NATPOL PLUS z roku 2003, według którego cukrzyca wy-

stępowała u 6,5% osób [33]. Na podobne rozpowszechnienie cukrzycy wskazują także badania przeprowadzone w innych krajach europejskich. Jednocześnie wyniki tych badań świadczą o dużym zróżnicowaniu występowania tej jednostki chorobowej w populacji zależnie od regionu. W Europie najmniej chorych na cukrzycę jest w Holandii (3,7% populacji) [34]. Odsetek chorych na cukrzycę w okręgu Odense, w Danii, wzrósł z 2,1% w roku 1996 do 6,4% w roku 2003 [35]. Z kolei z badań przeprowadzonych w południowej Australii wynika, że w roku 2008 w rejonie tym na cukrzycę chorowało 6,0%, podczas gdy wcześniejsze badania przeprowadzone w roku 2003 wykazały, że cukrzyca występowała u 6,9% osób [36]. W USA w roku 2000 cukrzycę wykryto u 6,3% osób w wieku 20–74 lata (NHANES) [37].

Częstsze występowanie cukrzycy wśród mieszkańców miast niż wsi jest charakterystyczne dla krajów rozwijających się; uznaje się nawet, że postępująca urbanizacja jest jednym z najważniejszych czynników, które determinują rozwój tej choroby. Uzyskane w badaniach IMW wyniki wskazują, że zmniejsza się, a nawet zanika różnica w zapadalności na cukrzycę w środowisku wiejskim i miejskim. Podobną sytuację obserwuje się w krajach takich jak Grecja i Turcja, gdzie na cukrzycę chorują zbliżone odsetki osób zamieszkałych w miastach i na wsi [38, 39]. W USA według niektórych badań więcej chorych na cukrzycę jest wśród mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców miast [40].

Nadciśnienie tętnicze

Ogólna liczba chorych na nadciśnienie tętnicze na świecie systematycznie rośnie, co jest spowodowane przede wszystkim stale zwiększającą się liczbą osób z nadciśnieniem w krajach rozwijających się, zapadalność bowiem na nadciśnienie w krajach rozwiniętych gospodarczo nie uległa w ostatnich latach istotnym zmianom [41]. Prowadzone w ostatnich kilkudziesięciu latach polskie badania epidemiologiczne przynosiły znacząco różniące się rezultaty, co wynikało głównie z różnic metodologicznych. W roku 1993 nadciśnienie tętnicze wykryto u 41% mieszkańców prawobrzeżnej



Rysunek 5. Cukrzyca wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.

Warszawy oraz u 44% mieszkańców województwa tarnobrzeskiego (Pol-MONIKA) [42]. Wyniki niektórych badań przeprowadzonych w okresie późniejszym wykazały jednak mniejsze rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego. W roku 2002 nadciśnienie tętnicze wykryto u 29% osób powyżej 18. r.ż. (NATPOL III PLUS) [12]. Z kolei na podstawie wyników wieloosrodkowego badania PENT określono częstość występowania tej choroby wśród osób powyżej 18. r.ż. na 44,2% [43]. W badaniu WOBASZ (2003–2005) wykryto obecność nadciśnienia tętniczego u 36% osób [13].

W badaniach IMW na Lubelszczyźnie nadciśnienie tętnicze stwierdzono u 39,4% osób, przy czym udziały osób z tą chorobą w subpopulacjach mieszkańców wsi i miast były podobne (39,8 vs 39,0%) (**Rysunek 6**).

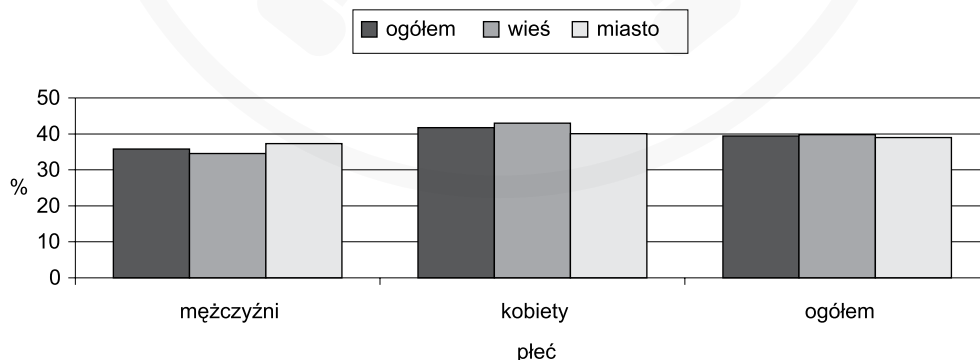
Znamiennie częściej nadciśnienie tętnicze występowało wśród kobiet niż wśród mężczyzn (41,7 vs 35,8%), przy czym różnica między udziałem kobiet i mężczyzn chorych na nadciśnienie była istotna statystycznie tylko w subpopulacji mieszkańców wsi. Zależność taka nie wystąpiła w subpopulacji mieszkańców miast, aczkolwiek również w tej grupie wyższy odsetek kobiet niż mężczyzn chorował na nadciśnienie tętnicze. Na nadciśnienie tętnicze częściej chorowały kobiety zamieszkałe na wsi niż kobiety zamieszkałe w miastach (43,0 vs 40,0%), natomiast ta jednostka chorobowa dotyczyła wyższego odsetka mężczyzn zamieszkałych w miastach niż zamieszkałych na wsi (37,3 vs 34,6%) [9].

Wykazana w badaniach IMW chorobowość na nadciśnienie tętnicze jest wyższa, niż wynikałoby to z rezultatów badania WOBASZ i badania NATPOL III PLUS, natomiast znamiennie niższa od stwierdzonej w badaniu PENT i innych wcześniejszych badaniach. Uzyskane wyniki oraz dane pochodzące z innych polskich badań wskazują, że nadciśnienie tętnicze w Polsce występuje z podobną częstością jak w innych krajach europejskich. W roku 2000 w Szwecji było 38,4% osób chorych na nadciśnienie tętnicze, we Włoszech 37,7%, a w Hiszpanii 40,0%. Rzadziej choroba ta występowała w Wielkiej Brytanii (29,6%), natomiast, znamiennie częściej w Niemczech (55,3%). W porównaniu z krajami europejskimi udział osób z nadciśnieniem w Ameryce

Północnej jest niższy i wynosi w USA 20,3%, a w Kanadzie 21,4% [44]. W krajach byłego bloku wschodniego na nadciśnienie tętnicze choruje podobny jak w Polsce odsetek populacji (od 35 do 40%) [45, 46]. Natomiast w krajach rozwijających się częstość tej choroby jest niższa. Jednak w krajach rozwiniętych gospodarczo chorobowość na nadciśnienie tętnicze utrzymuje się od lat na niezmiennym poziomie, natomiast w krajach rozwijających się gwałtownie rośnie. Według szacunkowych danych aktualnie na nadciśnienie tętnicze choruje 26,5% światowej populacji powyżej 20. r.ż. [47]. W większości krajów rozwijających się nadciśnienie tętnicze występuje u wyższego odsetka mieszkańców miast niż wsi, a procesy urbanizacyjne uznawane są za jeden z podstawowych czynników odpowiedzialnych za szybki wzrost zapadalności na tę chorobę. Z kolei w niektórych krajach europejskich, między innymi w Grecji, nadciśnienie tętnicze częściej występuje wśród mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców miast [48]. Bardziej optymistyczne dane dotyczące rozpowszechnienia nadciśnienia tętniczego przyniosły najnowsze polskie badania epidemiologiczne. Według badania NATPOL 2011 nadciśnienie tętnicze występowało u 32% Polaków, a średnie wartości ciśnienia były niższe niż stwierdzane w badaniach prowadzonych wcześniej [29].

Nałóg palenia papierosów

W latach 70.–90. XX wieku odsetek osób palących papierosy w Polsce należał do najwyższych na świecie. Na początku lat 80. w niektórych grupach wieku i grupach społecznych papierosy paliło 70–80% mężczyzn i 40–50% kobiet. W wyniku organizowanych od początku lat 90. społecznych kampanii zdrowotnych, przyjętych rozwiązań legislacyjnych, programów rządowych oraz na skutek wzrostu cen wyrobów tytoniowych zaszły istotne zmiany w postawach wobec palenia tytoniu [49]. W roku 2002 udział osób palących w Polsce wynosił 33,0% (NATPOL PLUS) [12]. Według wyników badania WOBASZ w roku 2005 w Polsce papierosy paliło 42,0% mężczyzn i 25,0% kobiet. W badaniu tym stwierdzono regionalne różnice w rozpowszechnieniu tego nałogu w po-



Rysunek 6. Nadciśnienie tętnicze wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.

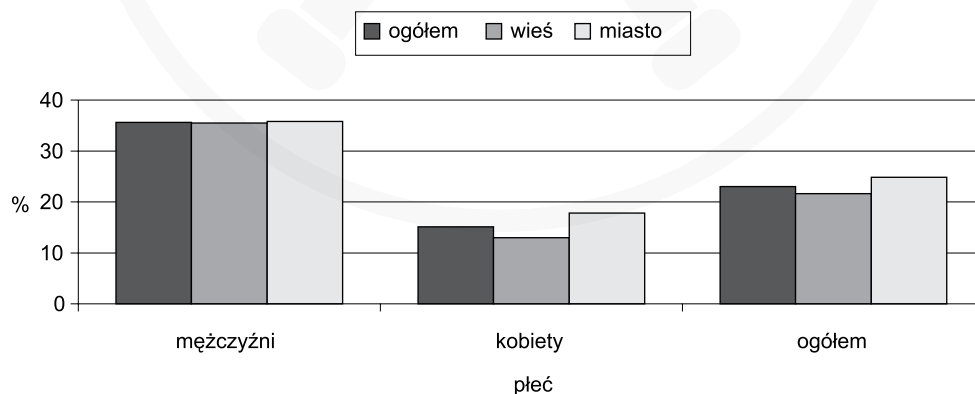
pulacji, przy czym odsetek palących wśród mężczyzn w województwie lubelskim był równy średniej krajowej (42,0%), natomiast odsetek palących kobiet był niższy od średniej krajowej (23,0%) [13]. Wyniki badań z lat 2006–2007 wykazywały, że nałóg palenia papierosów dotyczył 28,0–29,0% dorosłej populacji Polaków [50].

W badanej przez IMW populacji na Lubelszczyźnie papierosy paliło 23,0% osób (**Rysunek 7**).

Istotnie statystycznie więcej osób palących było wśród mieszkańców miast niż wśród mieszkańców wsi (24,8 vs 21,6%). Wśród mężczyzn było ponad dwukrotnie więcej osób palących niż wśród kobiet (35,6 vs 15,1%). Odsetki palących wśród mężczyzn zamieszkałych na wsi i w miastach były niemal identyczne (35,5 vs 35,8%), natomiast znamienne częściej papierosy paliły kobiety zamieszkałe w miastach niż zamieszkałe na wsi (17,8 vs 13,0%) [9].

Rezultaty badań IMW wskazały na stałe zmniejszanie się rozpowszechnienia nałogu palenia papierosów na Lubelszczyźnie. Nałóg dotyczył podobnego odsetka populacji jak w Stanach Zjednoczonych (23,5%), mniejszego niż we Włoszech (29,0%), natomiast wyższego niż w krajach skandynawskich (18,0%) [51]. Z badań IMW wynika także, że nałóg palenia papierosów był bardziej rozpowszechniony wśród mieszkańców miast niż wsi, przy czym różnice dotyczyły tylko subpopulacji kobiet. Na częstsze występowanie nałogu palenia papierosów wśród mieszkańców miast niż wsi wskazywały także badania przeprowadzone na terenie Małopolski [52]. Również z badań wykonanych w innych krajach europejskich, takich jak Niemcy, Rosja, Ukraina i Włochy, wynika, że nałóg palenia papierosów dotyczył wyższego odsetka mieszkańców miast niż wsi [53–55]. Nie jest to jednak regułą, w Kanadzie bowiem udział osób palących wśród zamieszkałych na wsi był wyższy niż wśród zamieszkałych w miastach [56]. Jeszcze w latach 70.–90. XX wieku w Polsce udział palących wśród kobiet zamieszkałych w miastach był niemal dwukrotnie wyższy niż wśród kobiet zamieszkałych na wsi [49]. Stwierdzona w badaniu IMW różnica była pod względem istotności

mniejsza. Analiza rozpowszechnienia nikotynizmu wśród kobiet, przeprowadzona w krajach nadbałtyckich, wykazała we wszystkich tych krajach, z wyjątkiem Estonii, przewagę występowania tego nałogu wśród mieszkank miast [57]. W Grecji, podobnie jak w Polsce, palaczami jest zbliżony odsetek mężczyzn zamieszkałych w miastach i na wsi, natomiast odsetek palących wśród kobiet zamieszkałych w miastach jest nadal niemal trzykrotnie wyższy niż odsetek palących wśród kobiet zamieszkałych na wsi [58]. Przeprowadzone w Polsce najnowsze badania wskazały na dalsze ograniczenie rozpowszechnienia nałogu palenia papierosów. Według badania NATPOL 2011 w roku tym w Polsce papierosy paliło 27% osób [29]. Według badania TNS Polska w roku 2009 nałóg dotyczył 29% populacji, a w roku 2013 – 27% Polaków. Spadek rozpowszechnienia nałogu był bardziej zauważalny w populacji mężczyzn. O ile w roku 2009 papierosy paliło 35% mężczyzn, to w roku 2013 odsetek ten wynosił 31%. Natomiast w populacji kobiet zmiany były niewielkie. W roku 2009 papierosy paliło 24% kobiet, natomiast w roku 2013 – 23%. Najnowsze badania potwierdziły też wcześniejsze obserwacje dotyczące niwelowania różnic w rozpowszechnieniu nałogu wśród kobiet zamieszkałych w miastach i zamieszkałych na wsiach. W roku 2013 papierosy paliło 23% mieszkank wsi i taki sam odsetek kobiet zamieszkujących miasta liczące do 100 tys. mieszkańców. Odsetek palących kobiet wśród mieszkank miast liczących od 100 do 500 tys. mieszkańców był niższy i wynosił 19%. Jedynie wśród mieszkank miast liczących powyżej 500 tys. mieszkańców odsetek palących był wyższy niż na wsi i wynosił 26%. Natomiast w populacji mężczyzn nadal obserwowano większe rozpowszechnienie nałogu wśród mieszkańców miast niż wsi. W roku 2013 papierosy paliło 29% mężczyzn zamieszkałych na wsi, 33% mężczyzn zamieszkałych w miastach liczących do 100 tys. mieszkańców, 30% zamieszkałych w miastach liczących od 100 do 500 tys. mieszkańców i 38% mężczyzn zamieszkałych w miastach liczących powyżej 500 tys. mieszkańców [59].



Rysunek 7. Nałóg palenia papierosów wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.

Urazy

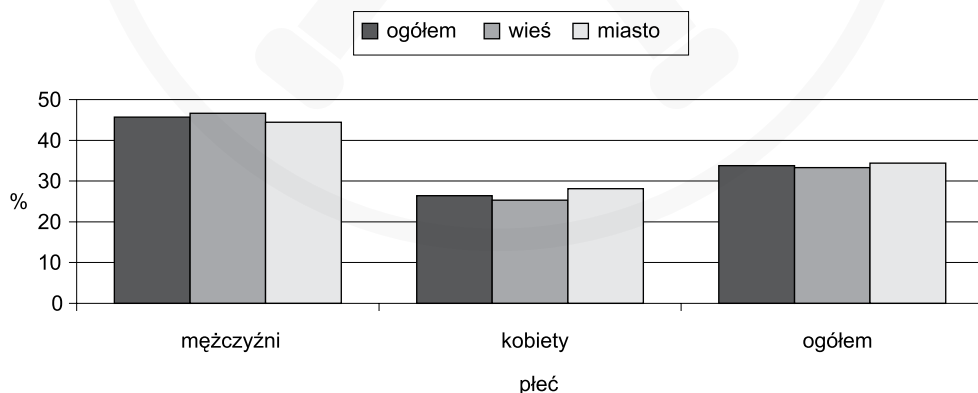
Urazy i zatrucia są poważnym problemem zdrowia publicznego na całym świecie. W krajach europejskich obserwuje się wyraźne dysproporcje w liczbie zgonów wywołanych urazami w stosunku do ich liczby ogólnej. W Europie Środkowej i Wschodniej, a także w krajach powstałych po rozpadzie Związku Radzieckiego, urazy częściej powodują zgony niż urazy, do których dochodzi w krajach Europy Zachodniej. W Rosji w roku 2006 śmiertelność spowodowana urazami była pięciokrotnie wyższa niż w krajach Europy Zachodniej, a urazy, oparzenia i zatrucia odpowiedzialne były za ponad 13% wszystkich zgonów. W krajach Europy Wschodniej i krajach powstałych po rozpadzie Związku Radzieckiego, w porównaniu z krajami Europy Zachodniej, zmiennie częściej zgonami kończą się urazy komunikacyjne, a także urazy spowodowane wypadkami w pracy. Wynika to z gorszego stanu technicznego dróg i samochodów, większej brawury kierowców, a przede wszystkim z powodu użytkowania samochodów przez osoby, które znajdują się pod wpływem alkoholu. Alkohol jest też przyczyną większej w tych krajach wypadkowości w pracy. Natomiast w krajach Europy Zachodniej duży udział wśród urazów stanowią urazy, do których dochodzi w trakcie zajęć sportowych lub w trakcie aktywnego wypoczynku, a śmiertelność w tego typu zdarzeniach jest z reguły mała [60–63].

Pomimo że urazy, które nie zakończyły się zgonem, są jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności na świecie, niewiele jest informacji dotyczących skali ich występowania. W badaniu HAPIEE analizowano urazy, które nie zakończyły się zgonem, do jakich doszło wśród osób w wieku 45–69 lat w Rosji, Czechach i Polsce (2002–2005). Wykazano, że w Polsce dochodziło do mniejszej liczby tego typu urazów niż w pozostałych krajach, i to zarówno wśród mężczyzn, jak i wśród kobiet. W badanym okresie w Polsce urazów, które nie zakończyły się zgonem, doznało 5,3% mężczyzn i 6,4% kobiet, podczas gdy w Czechach odpowiednio 9,4 i 9,8%, natomiast w Rosji – 12,5 i 9,9% [64]. W USA

prorowadzone przez rok obserwacje wykazały, że urazów, które nie kończą się zgonem, doznaje około 15% populacji powyżej 55. r.ż. [65]. Podobne badania prowadzone wśród mieszkańców północno-wschodniej Francji wykazały, że takim urazom uległo 16,5% osób powyżej 50. r.ż. [66]. Cytowane wyniki z jednej strony są dla Polski bardzo dobre, z drugiej wskazują na dramatyczną różnicę w podejmowaniu aktywności sportowej przez mieszkańców naszego kraju w porównaniu z osobami żyjącymi w innych krajach. Jak już wcześniej wspomniano, duża liczba urazów w Europie Zachodniej i w USA jest wynikiem aktywności fizycznej mieszkańców tych krajów, i chociaż negatywnym skutkiem tych działań są urazy, to jednak uzyskiwane korzyści zdrowotne zdecydowanie przeważają. Podobnie z rezultatów badań nad urazami wśród młodzieży wynika, że liczba urazów, do jakich dochodzi wśród młodzieży polskiej, należy do najniższych w Europie. Ponieważ do większości urazów młodzieży dochodzi w trakcie zajęć sportowych, trudno ten wynik interpretować jedynie w kategoriach sukcesu, albowiem podobnie jak w przypadku osób dorosłych wynika on głównie z niskiej aktywności fizycznej polskiej młodzieży [67].

Badanie IMW w Lublinie wykazało, że urazom niezakończonym zgonem uległo 33,8% badanych osób (**Rysunek 8**).

Co najmniej jednemu urazowi uległ podobny odsetek osób zamieszkałych na wsi i w miastach (33,3 vs 34,4%). Również średnia liczba urazów przypadających na jednego mieszkańca wsi była identyczna, jak średnia liczba urazów przypadających na jednego mieszkańca miast (po 0,5). Nie wykazano także istotnych różnic w lokalizacji urazów, zależnych od miejsca zamieszkania osób, które im uległy. Mężczyźni blisko dwukrotnie częściej niż kobiety ulegali urazom (45,7 vs 26,4%). Przynajmniej jednemu urazowi uległ nieznacznie wyższy odsetek mężczyzn zamieszkałych na wsi niż zamieszkałych w miastach (46,6 vs 44,4%), natomiast zdarzenia tego typu dotknęły wyższego odsetka kobiet zamieszkałych w miastach niż zamieszkałych na wsi (28,1 vs 25,2%) [9].



Rysunek 8. Urazy (co najmniej jeden) wśród badanych mieszkańców Lubelszczyzny – według płci i miejsca zamieszkania.

Źródło: Opracowanie własne.

W badaniach IMW w Lublinie nie wykazano istotnej zależności między miejscem zamieszkania badanych osób a liczbą urazów. Z nielicznych badań prowadzonych w innych krajach wynika, że zdarzenia te częściej dotyczą osób zamieszkałych na wsi niż w miastach. W USA urazy, które nie kończą się zgonem, z większą częstością występują wśród mieszkańców wsi niż wśród mieszkańców przedmieść i miast [68]. Naukowcy, którzy badali zachowania polskiej młodzieży, stwierdzili, że więcej urazów występuje wśród mieszkańców miast niż wsi, chociaż jeszcze kilka lat temu więcej tego typu zdarzeń dotyczyło młodzieży wiejskiej [67]. Również w przeprowadzonym w Norwegii badaniu dzieci i młodzieży wykazano, że urazy głowy częściej występują wśród osób zamieszkałych w miastach niż na wsi [69].

■ Przemiany socjoekonomiczne a stan zdrowia ludności wiejskiej

Zmieniająca się sytuacja socjoekonomiczna polskiej wsi może w najbliższym czasie doprowadzić do pogorszenia sytuacji zdrowotnej jej mieszkańców. Tymczasem w ostatnim okresie w Polsce nie przeprowadzono kompleksowych badań, które pozwoliłyby na porównanie stanu zdrowia mieszkańców wsi i miast. W cytowanych powyżej badaniach analizowano z reguły występowanie pojedynczych, określonych problemów zdrowotnych, a część z tych badań była reprezentatywna jedynie dla pewnych regionów Polski. Niemniej wyniki przeprowadzonych badań zdają się wskazywać na wzrastające rozpowszechnienie wśród ludności wiejskiej takich czynników ryzyka rozwoju chorób układu krążenia, jak otyłość, otyłość brzuszna i zaburzenia lipidowe. Ponieważ występowanie zarówno otyłości, otyłości brzusznej, jak i zaburzeń lipidowych może zależeć od wielu czynników, trudno jednoznacznie stwierdzić, które z nich są odpowiedzialne za ich coraz częstsze występowanie wśród ludności wiejskiej. Pewną rolę należy przypisać nawykom żywieniowym tej grupy ludności. Tradycyjna dieta gospodarstw wiejskich należy do diet bogatokalorycznych, z dużą ilością węglowodanów i kwasów tłuszczowych. Ponieważ wzrasta liczba wiejskich gospodarstw domowych, które nie prowadzą działalności rolniczej, coraz większa liczba mieszkańców wsi przejmując niekorzystne nawyki żywieniowe zarezerwowane do niedawna dla ludności miejskiej. Istotną rolę w narastaniu skali otyłości, otyłości brzusznej oraz zaburzeń lipidowych należy także przypisać stale malejącej aktywności fizycznej mieszkańców wsi. Całkowita rezygnacja z produkcji rolnej, rezygnacja z upraw pracochłonnych oraz hodowli, przy postępującej mechanizacji tejże produkcji powoduje, że wydatki energetyczne osób w nią zaangażowanych są coraz mniejsze. Malejąca aktywność fizyczna mieszkańców wsi nie jest rekompensowana aktywnymi formami wypoczynku, w środowisku wiejskim bowiem nadal brak jest takich tradycji, a infrastruktura umożliwiająca podejmowanie tej działalności jest wciąż niewystarczająca. Pewną rolę w narastaniu zjawiska otyłości (także zaburzeń lipidowych) może odgrywać niska świadomość zagrożenia, jakie z sobą niesie ta choroba, a także pokutujący

stale wśród ludności wiejskiej, zwłaszcza starszej wiekowo, stereotyp, który otyłość uznaje za synonim zdrowia i dostatku. O malejącej roli aktywności fizycznej w życiu mieszkańców wsi pośrednio może świadczyć liczba urazów, do których dochodzi obecnie najczęściej w trakcie zawodów sportowych i innych form aktywnego wypoczynku. Istotny wpływ na narastanie tych niekorzystnych zjawisk może mieć niższy status ekonomiczny ludności wiejskiej. Pomimo że sytuacja materialna gospodarstw wiejskich poprawiła się istotnie po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej, to jednak nadal utrzymują się duże różnice w dochodach gospodarstw domowych na wsi i w miastach. Wyższy status ekonomiczny mieszkańców miast przekłada się na ich łatwiejszy dostęp do form aktywnego wypoczynku, pozwala także utrzymać właściwe zalecenia dietetyczne. Wprawdzie obecnie zachorowalność na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze wśród mieszkańców miast i wsi nie różni się istotnie, to jednak wobec narastającej skali zjawiska otyłości i otyłości brzusznej oraz zaburzeń lipidowych wśród ludności wiejskiej już w najbliższym czasie te wskaźniki epidemiologiczne mogą zmienić się na niekorzyść mieszkańców wsi. Tym bardziej że szybko zmieniają się korzystne do niedawna dla mieszkańców wsi dysproporcje w liczbie osób palących papierosy, szczególnie w populacji kobiet. Obecnie mieszkanki wsi palą papierosy częściej lub z podobną częstością jak mieszkanki mniejszych miast, jedynie w dużych miastach odsetek palących kobiet jest wyższy niż na wsi. Wprawdzie aktualnie średnia oczekiwana długość życia mieszkańców wsi i miast nie różni się istotnie (różnice dotyczą tylko subpopulacji mężczyzn) to, o ile sytuacja nie ulegnie zmianie, niekorzystne dla wsi różnice w stanie zdrowia mieszkańców wsi i miast mogą stać się bardziej widoczne.

■ Medycyna rodzinna na terenach wiejskich i wyzwania przed nią stojące

Obecnie liczba lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej w skali całego kraju jest wystarczająca, ale wynika to z faktu znacznego wydłużenia czasu pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego przez około 15% lekarzy. Pomimo to istnieją znaczne dysproporcje w liczbie pacjentów objętych opieką jednego lekarza w poszczególnych województwach, a nawet w obrębie jednego województwa, co skutkuje lokalnymi niedoborami kadrowymi. W najbliższym okresie należy się liczyć rocznie z odchodzeniem z zawodu około 2% lekarzy aktualnie zatrudnionych w placówkach POZ. W dłuższej perspektywie (około roku 2020) należy się liczyć ze znacznym niedoborem lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej, co będzie spowodowane przekroczeniem wieku emerytalnego przez około 50% lekarzy aktualnie pracujących. Jednocześnie liczba stawianych przez medycynę rodzinną zadań głównie z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób, obciążenie czynnościami o charakterze biurokratycznym, przy stale wzrastającej liczbie działań o charakterze naprawczym skutkuje nadmiernym obciążeniem pracą i może już w najbliższym czasie zwiększyć potrzeby kadrowe podstawowej opieki

zdrowotnej. Już teraz około 25% kierowników placówek POZ niezależnie od ich lokalizacji deklaruje niedobory etatowe, a 1/3 z nich uważa, że liczba pacjentów objętych opieką przez jednego lekarza jest zbyt duża. W większości placówek istnieją trudności w znalezieniu zastępstwa w okresie urlopowym lub w czasie zwolnień lekarskich. Wśród lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej jedynie około 45% posiada specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej, a więc specjalizację, którą według zaleceń Unii Europejskiej w roku 2017 powinni się legitymować wszyscy lekarze pracujący w POZ. Ponadto istnieją duże dysproporcje w liczbie lekarzy posiadających specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej w poszczególnych województwach. W rejonach wiejskich z reguły zatrudnionych jest więcej specjalistów z zakresu medycyny rodzinnej niż w miastach. Obecnie sytuacja kadrowa placówek podstawowej opieki zdrowotnej w rejonach wiejskich jest zbliżona do sytuacji kadrowej placówek miejskich. Zatrudniają one jednak średnio mniejszą liczbę lekarzy, a średnia wieku zatrudnionych w nich lekarzy jest wyższa, co już w najbliższym czasie może doprowadzić do pogorszenia tej sytuacji. W dłuższej perspektywie sytuacja kadrowa w placówkach wiejskich będzie zdecydowanie gorsza niż w placówkach miejskich, pomimo że liczba lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny w obu typach placówek, będzie podobna. Przy mniejszej liczbie aktualnie zatrudnionych w placówkach wiejskich lekarzy oraz przy preferowaniu w wyborze miejsca pracy przez młodych lekarzy ośrodków miejskich mogą zaistnieć poważne trudności w zapewnieniu dostatecznej liczby lekarzy w rejonach wiejskich. Ponadto w ostatnich latach obserwuje się systematyczny spadek liczby lekarzy rozpoczynających specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej, co jest spowodowane przede wszystkim obniżeniem atrakcyjności pracy w podstawowej opiece zdrowotnej i wzrostem konkurencyjności innych specjalizacji medycznych (szczególnie po poprawie finansowej sytuacji lekarzy pracujących w szpitalach) [70].

Zmieniający się status socjoekonomiczny ludności wiejskiej oraz stan zdrowia tej populacji, a także aktualna sytuacja medycyny rodzinnej w rejonach wiejskich (oraz jej perspektywy) stawiają przed medycyną rodzinną trudne wyzwania. Należy się liczyć przede wszystkim z większym obciążeniem pracą lekarzy pracujących na terenach wiejskich, wynikającym:

- ze zwiększenia się liczby pacjentów objętych opieką przez jednego lekarza, na skutek wzrostu procentowego udziału mieszkańców wsi w populacji całego kraju oraz zmniejszenia się liczby lekarzy pracujących w terenach wiejskich;
- z pogorszenia się stanu zdrowia ludności wiejskiej na skutek narastania epidemii otyłości, otyłości brzusznej i zaburzeń lipidowych, a w dłuższej perspektywie cukrzycy typu 2 i chorób układu sercowo-naczyniowego, co będzie wymagać większej liczby działań naprawczych oraz zadań o charakterze profilaktycznym.

Należy przypuszczać, że bez podjęcia zdecydowanych działań o charakterze systemowym sytuacja zdrowotna ludności wiejskiej może ulec znacznemu pogorszeniu już w perspektywie najbliższej dekady.

Piśmiennictwo

1. Wrzochalska A., *Wybrane aspekty stanu zdrowia ludności wiejskiej po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej*. Stowarzyszenie Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu. Roczniki Naukowe 2010; X, 1: 458–463.
2. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2004*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2005.
3. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2006*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2007.
4. *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2013 r.* Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy. Notatka informacyjna. Materiał na konferencję prasową 20.01.2014.
5. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2002*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003.
6. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2007*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2008.
7. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2013*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.
8. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., Dans T., Avezum A., McQueen M., Budaj A., Pais P., Lisheng L., *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTER-HEART Study): case-control study*. „Lancet” 2004; 364: 937–952.
9. Panasiuk L., *Analiza wybranych problemów medycznych i społecznych dorosłych mieszkańców Lubelszczyzny – nierówności w zdrowiu*. Rozprawa habilitacyjna. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin 2011.
10. Rywik S., Pająk A., Broda G., *Częstość występowania nadwagi i otyłości w wybranych populacjach Polski – POL-MONIKA Bis Projekt*. „Med. Metabol.” 2003; 2: 8–15.
11. Szponar L., Sekuła W., Rychlik E., Ołtarzewski M., Figurska K., *Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych*. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2003.
12. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P., *Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS*. „Kardiol. Pol.” 2004; 61, suppl. 4: 1–26.
13. *Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Wyniki ogólnopolskiego badania stanu zdrowia ludności. Program WOBASZ*. „Kardiol. Pol.” 2005; 63, suppl. 4: 614–685.
14. Hedley A.A., Ogden C.L., Johnson C.L., Carroll M.D., Curtin L.R., Flegal K.M., *Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999–2002*. „JAMA” 2004; 291(23): 2847–2850.
15. Reas D.L., Nygård J.F., Svensson E., Sorensen T., Sandanger I., *Changes in body mass index by age, gender, and social-economic status among a cohort of Norwegian men and women (1990–2001)*. „BMC Public Health” 2007; 7: 269.
16. Panagiotakos D.B., Pitsavos C., Chrysohou C., Risvas G., Kantiogianni M.D., Zampelas A., Stefanadis C., *Epidemiology of overweight and obesity in a Greek adult population: the ATTICA Study*. „Obes. Res.” 2004; 12: 1914–1920.
17. Maillard G., Charles M.A., Thibault N., Forhan A., Sermet C., Basdevant A., Eschwege E., *Trends in the prevalence of*

- obesity in the French adult population between 1980 and 1991.* „Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.” 1999; 23(4): 389–394.
18. Łopatyński J., Mardarowicz G., Nicer T., *Badania nad występowaniem cukrzycy typu 2 w populacji powyżej 35 roku życia na wsi i w mieście w regionie lubelskim.* „Pol. Arch. Med. Wewn.” 2001; 3: 781–786.
 19. Roskam A.J., Kunst A.E., *Overview of inequalities and overweight across Europe. Chapter 23, w: Tackling Health Inequalities in Europe an Integrated Approach. Final Report.* Rotterdam Department of Public Health, University Medical Centre, Rotterdam 2007.
 20. Cea-Calvo L., Moreno B., Monereo S., Gil-Guillen V., Lozano J.V., Marti-Canales J.C., Llisterra J.L., Aznar J., Gonzales-Esteban J., Redon J., *Prevalence and related factors of overweight and obesity in Spanish population aged 60 years-old and older.* The PREV-ICTUS Study. „Med. Clin.” 2008; 131: 105–110.
 21. Barbagallo C.M., Cavera G., Sapienza M., Noto D., Cefalu A.B., Polizzi F., Onorato F., Rini G.B., Di Fede G., Pagano M., Montalto G., Rizzo M., Descowich G.C., Notarbartolo A., Averna M.R., *Nutritional characteristics of a rural southern Italy population: The Ventimiglia di Sicilia Project.* „J. Am. Coll. Nut.” 2002; 21, 5: 523–529.
 22. *Differences in health for rural and urban Canadians.* Canadian Institute for Health Information Report. September 2006.
 23. *Stan zdrowia ludności byłego województwa tarnobrzeckiego w roku 2001.* Część III. Podstawowe wyniki badania przekrojowego. Program Pol-MONIKA Bis. Biblioteka Kardiologiczna Nr 81. Instytut Kardiologii, Warszawa 2002.
 24. Program NATPOL PLUS. Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Akademii Medycznej w Gdańsku, Gdańsk 2003. www.natpol.pl.
 25. Józwiak J., Mastej M., Lukas W., Piwowarska W., Tykarski A., Orzechowski M., *Czy problem zaburzeń lipidowych w równym stopniu dotyczy różnych regionów Polski.* „Kardiologia Polska” 2006; 64, 8 (supl. 2): 137–145.
 26. Boehm B.O., Boehm S.C., Yidirim S., Haenle M.M., Hay B., Mason R.A., Steinbach G., Koenig W., Kem P., März W., Kratzer W., *Prevalence of the metabolic syndrome in Southwest Germany.* „Scand. J. Clin. Lab. Invest.” 2005; 65, 240: 122–128.
 27. Pongchaiyakul C., Hongprabhas P., Pisprasert V., *Rural-urban difference in lipid levels and prevalence of dyslipidemia: a population-based study in Khon Kaen province, Thailand.* „J. Med. Assoc. Thai” 2006; 89(11): 1835–1844.
 28. Abdul-Rahim H.F., Hussein A., Bjertness E., Giacaman R., Gordon N.H., Jervell J., *The metabolic syndrome in the West Bank Population. An urban-rural comparison.* <http://care.diabetesjournals.org/content/24/2/275>; dostęp: 22.09.2010.
 29. Zdrojewski T., Rutkowski M., Bandosz P., Gaciąg Z., Jędrzejczak T., Solnica B., Pencina M., Drygas W., Wojtyniak B., Grodzicki T., Piwoński J., Wyrzyowski B., *Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the NATPOL 2011 Survey.* „Kardiol. Pol.” 2013; 71, 4: 381–392.
 30. Szurkowska M., Szybiński Z., Nazim A., Szafranec K., Jędrzychowski W., *Chorobowość z powodu cukrzycy typu 2 w populacji Krakowa.* „Pol. Arch. Med. Wewn.” 2001; 3: 771–779.
 31. Drzewoski J., Saryusz-Wolska M., Czuprynnik L., *Występowanie cukrzycy typu 2 i wybranych zaburzeń metabolicznych w populacji miejskiej osób dorosłych powyżej 35 roku życia.* „Pol. Arch. Med. Wewn.” 2001; 3: 787–791.
 32. Adamiec R., Zdrojowy K., Sutkowska E., Skórkowska-Telichowska K., Rabczyński M., Wojciechowski A., *WET-Diab – badanie populacyjne mieszkańców Wrocławia w kontekście chorobowości z powodu cukrzycy – doniesienie wstępne.* „Diabetol. Prakt.” 2004; 5: 189–194.
 33. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P., Konarski R., Manikowski A., Wołkiewicz E., Jakubowski Z., Łysiak-Szydłowska W., Bautembach S., Wyrzykowski B., *Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce.* „Kardiol. Pol.” 2004; 61, IV: 5–26.
 34. Ubink-Veltmaat L.J., Bilo H.J., Groenier K.H., Houweling S.T., Rischen R.O., Meyboom de Jong B., *Prevalence, incidence and mortality of type 2 diabetes mellitus revisited: a prospective population-based study in The Netherlands (ZODIAC-1).* „Eur. J. Epidemiol.” 2003; 18: 793–800.
 35. Støvring H., Anderson M., Beck-Nielsen H., *Rising prevalence of diabetes: evidence from a Danish pharmaco-epidemiological database.* „Lancet” 2003; 362: 537–538.
 36. *Diabetes and socioeconomic factors in South Australia 2003.* Department of Health. Population Research and Outcome Studies Brief Report 2004, 13.
 37. Mohan V., Madan Z., Deepa R., Pradeepa R., *Diabetes social and economic perspectives in the New Millenium.* „Int. J. Diabetes Dev. Ctries” 2004; 24: 29–35.
 38. Melidonis A., Tournis S., Kompoti M.G., Lentzas I., Rousou V., Iaklianos S., Michail I., Mariolis A., *Increased prevalence of diabetes mellitus in a rural Greek population.* „Rural and Remote Health” 2006; 6: 534, <http://rrh.deakin.edu.au>; dostęp: 30.09.2010.
 39. Gokcel A., Ozsahin A.K., Sezgin N., Karakose H., Ertorer M.E., Akbaba M., Baklaci N., Sengul A., Guvener N., *High prevalence of diabetes in Aldana, a Southern Province of Turkey.* „Diabetes Care” 2003; 2: 3031–3034.
 40. Mainous A.G., King D.E., Garr D.R., Pearson W.S., *Race, rural residence, and control of diabetes and hypertension.* „Ann. Fam. Med.” 2004; 2: 563–568.
 41. Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K., Muntner P., Whelton P.K., He J., *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data.* „Lancet” 2005; 365: 217–223.
 42. Rywik S., Davis C.E., Pająk A., Broda G., Folsom A.R., Kawalec E., Williams O.D., *Poland and US Collaborative Study on Cardiovascular Epidemiology. Hypertension in the Community: Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the POL-MONICA Project and the US Atherosclerosis Risk in Communities Study.* „Ann. Epidemiol.” 199; 8: 3–13.
 43. Polakowska M., Piotrowski W., Włodarczyk P., Broda G., Rywik S., *Program epidemiologiczny oceniający częstość nadciśnienia tętniczego w Polsce w populacji osób dorosłych- badanie PENT. Część I. Charakterystyka częstości i stopień kontroli nadciśnienia tętniczego.* „Nadciś. Tętn.” 2002; 3: 157–166.
 44. Wolf-Maier K., Cooper R.S., Kramer H., Banegas J.R., Giampaoli S., Joffres M.R., *Hypertension treatment and*

- control in five European countries, Canada, and the United States. „Hypertension” 2004; 43: 10–17.
45. Cifkova R., *Arterial hypertension as a public health issue in the Czech Republic.* „Blood Press.” 2005; 2: 25–28.
 46. Dzerve V., Lejnicks A., *Hypertension in Latvia – epidemiology and management.* „Blood Press.” 2005; 2: 29–32.
 47. Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K., Muntner P., Whelton P.K., He J., *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data.* „Lancet” 2005; 365: 217–223.
 48. Psaltsopoulou T., Orfanos P., Naska A., Lenas D., Trichopoulos D., Trichopoulou A., *Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a general population sample of 26 913 adults in the Greek EPIC study.* „Int. J. Epidemiol.” 2004; 33, 6: 1345–1352.
 49. Piekoszowski W., Florek E., *Tytoń w liczbach na początku nowego stulecia.* „Przegl. Lek.” 2006; 63: 823–826.
 50. Trzpił L., Gutowska J., Lusawa A., Raciborski F., Tomaszewska A., Borowicz J., Samel-Kowalik P., Walkiewicz A., Jakubik N., Marszałkowska J., Samoliński B., *Porównanie częstości palenia tytoniu na terenach miejskim i wiejskim – wstępny raport z badania Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce.* „Probl. Hig. Epidemiol.” 2007; 88 (Supl. 3): 67–69.
 51. Centers for Disease Control and Prevention, *Tobacco use in the United States*, http://www.cdc.gov/tobacco/overview/tobus_us.htm; dostęp: 10.09.2010.
 52. Nikodemowicz E., *Environmental pollution with tobacco smoke – a threat to human health. Principles for prevention of tobacco smoking.* „Folia Med. Cracov.” 1993; 34, 1–4: 179–186.
 53. Crocetti E., Miccinesi G., Paci E., Cislighi C., *What is hidden behind urban and semiurban cancer incidence and mortality differences in central Italy?* „Tumori” 2002; 88: 257–261.
 54. Gilmore A., Pomerleau J., McKee M., Rose R., Haerpfel C.W., Rotman D., Tumanov S., *Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyle and health study.* „Am. J. Public Health” 2004; 94: 2177–2187.
 55. Völzke H., Neuhauser H., Moebus S., Baumert J., Berger K., Stang A., Ellert U., Werner A., Döring A., *Urban-rural disparities in smoking behaviour in Germany.* „BMC Public Health” 2006; 6: 146.
 56. Liem J.J., Kozyrskyj A.L., Benoit C.M., Becker A.B., *Asthma is not enough: continuation of smoking among parents with an asthmatic child.* „Can. Respir. J.” 2007; 14 (6): 349–353.
 57. Helasoja W., Lahelma E., Prättälä R.S., Patja K.M., Klumbiene J., Pudule I., Kasmel A., *Determinants of daily smoking in Estonia, Latvia, Lithuania, and Finland in 1994–2002.* „Scand. J. Public Health” 2006; 34 (4): 353–362.
 58. Vardavas C.I., Linardakis M.K., Hatzis C.M., Malliaraki N., Saris W.H.M., Kafatos A.G., *Smoking status in relation to serum folate and dietary vitamin intake. Tobacco Induced Diseases 2008*, 4: 8, doi:10.1186/1617-9625-4-8, <http://www.tobaccoinduceddiseases.com/content/4/1/8>; dostęp: 15.09.2010.
 59. *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu.* TNS Polska dla Głównego Inspektora Sanitarnego, Warszawa 2013.
 60. Sethi D., Racioppi F., Baumgarten I., Vida P., *Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2006.
 61. Cubbin C., LeClere F.B., Smith G.S., *Socioeconomic status and injury mortality: individual and neighbourhood determinants.* „J. Epidemiol. Commun. Health” 2000; 54: 517–524.
 62. Cubbin C., Smith G.S., *Socioeconomic inequalities in injury: critical issue in design and analysis.* „Ann. Rev. Public Health” 2002; 23: 349–375.
 63. Li X., Sundquist S., Johansson S.E., *Effects of neighbourhood and individual factors on injury risk in entire Swedish population: a 12-month multilevel follow-up study.* „Eur. J. Epidemiol.” 2008; 23: 191–203.
 64. Vikhireva O., Pikhart H., Pająk A., Kubinowa R., Maljutina S., Peasey A., Topór-Mądry R., Nikitin Y., Marmot M., Bobak M., *Non-fatal injuries in three Central and Eastern European urban population samples: the HAPIEE study.* „Eur. J. Public Health”, <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/full/ckp193>; dostęp: 5.03.2010.
 65. Xiang H., Yu S., Zhang X., *Behavioral risk factors and unintentional injuries among U.S. emigrants adults.* „Ann. Epidemiol.” 2007; 17: 889–898.
 66. Khlat M., Ravaud J.F., Brounard N., Chau N., *Occupational disparities in accidents and roles of lifestyle factors and disabilities: a population-based study in north-eastern France.* „Public Health” 2008; 122: 771–783.
 67. Jodłowska M., Oblacińska A., Mazur J., *Urazy wymagające pomocy medycznej w retrospekcji uczniów w wieku 11–15 lat w Polsce (1994–2002).* „Przegl. Epidemiol.” 2004; 58: 701–712.
 68. Leff M., Stallones L., Keefe T.J., Rosenblatt R., Reeds M., *Comparison of urban and rural non-fatal injury: the results of a statewide survey.* „Inj. Prev.” 2003; 9: 332–337.
 69. Halldorsson J.G., Flekkoy K.M., Gudmundsson K.R., Arnkelsson G.B., Arnarson E.O., *Urban-rural differences in pediatric traumatic head injuries: A prospective nationwide study.* „Neuropsychiat. Dis. Treat.” 2007; 3, 6: 935–941.
 70. Panasiuk L., Wdowiak L., Lukas W., Paparzycki P., Kapka L., *Ocena zabezpieczenia kadr w specjalności lekarza rodzinnego ze szczególnym uwzględnieniem kadry na terenach populacji wiejskiej oraz perspektywy popytu specjalistów w tej dziedzinie w latach 2008–2012.* Eks/2008/793/3746/MniSzW, Lublin 2008.

Psychospołeczne determinanty chorób. Implikacje medyczne w podstawowej opiece zdrowotnej

Sławomir Czachowski

Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Adres do korespondencji: Sławomir Czachowski, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Grabowa 10, 87-100 Toruń, tel. 48 605 427 566, e-mail: s.czachowski@to.home.pl

■ Abstract

The social determinants of diseases within the primary care setting

The article highlights the social determinants of diseases within the primary care setting. Since the introduction of the new paradigm of the bio-psycho-social model into medicine, the social impact on illness has gained recognition. This article discusses the new approach to patients, as well as the impact that socio-economic status, emotional factors and stress have on health. Furthermore, factors such as the stages of patients' lives and their ethnic and cultural identity (as well as approaches, such as the general theory of systems) are taken into consideration. New problems in primary care, including multimorbidity, patient frailty and medically unexplained symptoms, which have recently come under intense scrutiny, are also presented. Finally, clinical aspects of frail patients and the economic cost of the treatment of patients who suffer from unexplained symptoms are pointed out.

Key words: bio-psycho-social model, disease determinants, primary care

Słowa kluczowe: determinanty choroby, model biopsychospołeczny, podstawowa opieka zdrowotna

■ Wprowadzenie

Teorie powstawania chorób towarzyszą człowiekowi od wieków i są przykładem wpływu odkryć naukowych na świadomość współczesnych lekarzy. W ostatnich 150 latach dominowały doktryny dotyczące drobnoustrojów (odkrycia Roberta Kocha, Ludwika Pasteura), trójkąta epidemiologicznego (właściwa dawka, szczep plus wrota wejścia) czy pola zdrowia kanadyjskiego epidemiologa Marca Lalonde'a [1]. Początkowe poglądy Hipokratesa podkreślały znaczenie równowagi wewnętrznej, a to oznaczało, że dobre samopoczucie to zdrowie, a złe to choroba. Zostały one zdominowane przez filozofię kartezjańską, która wprowadziła koncepcję mechanistycznego obrazu świata i człowieka. Paradygmat kartezjański, uznający dualizm ciała i umysłu, niewątpliwie przyczynił się do znaczącego rozwoju nauk biomedycznych, ale zawęził całościowe widzenie człowieka. Dopiero w XX wieku

uwzględniono nowe koncepcje chorób, które nawiązywały do filozofii neopozytywistycznej. Brały one pod uwagę socjomedyczną koncepcję równowagi pomiędzy trzema wymiarami funkcjonowania człowieka: biologicznym, psychologicznym i społecznym [2]. Te implikacje stały się podstawą przyjęcia biopsychospołecznego (holistycznego) modelu podejścia do pacjentów [3].

■ Cel pracy

Celem pracy była analiza wybranych determinant chorób wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej.

■ Metodologia

Przegląd literatury z zakresu interakcji psychospołecznych czynników warunkujących zgłaszanie się pacjentów do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Biopsychospołeczny model choroby

Odgrywają w nim rolę nie tylko czynniki biologiczne (genetyka, wiek, płeć, przebyte choroby), lecz również psychologiczne (postrzeganie świata, uczucia, emocje, przekonania, osobowość, styl życia) i społeczne (wyszkolenie, dostęp do opieki zdrowotnej, polityka socjalna, wartości kulturowe) [4, 5]. Znaczenie wymienionych determinant w powstawaniu chorób nie jest do końca zbadane. Wpływ nauki na codzienną praktykę lekarską najlepiej prześledzić na przykładzie pracy lekarza rodzinnego w podstawowej opiece zdrowotnej. W tym sektorze zdrowia w Polsce rocznie wykonuje się około 140 mln konsultacji, przy 12% udziale finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia. Trudno ocenić funkcjonowanie opieki podstawowej w aspekcie przyczyn zgłaszania się chorych z powodu uwarunkowań społecznych. Zależy to bowiem od przyjętego modelu kodowania zaburzeń. Obowiązujący w Polsce system ICD-10 (*International Classification of Disease and Health Related Problems – Tenth Revision*) uwzględnia w zdecydowanej większości biomedyczne kategorie dolegliwości. Znane w Europie inne modele rejestrowania chorób, np. DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*) lub ICPC (*International Classification of Primary Care*) uwzględniają dodatkowo czynniki społeczne. Stykając się z pacjentem w podstawowej opiece zdrowotnej, należy pamiętać, że zdecydowana większość osób prezentuje objawy wynikające raczej z wpływów psychospołecznych niż biologicznych. Świadomość wzajemnych nieliniowych interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych jest w tym przypadku podstawą sposobu myślenia lekarskiego i sukcesu terapeutycznego.

W 1977 roku amerykański psychiatra George Engel opublikował doniesienie o skuteczniejszym leczeniu pacjentów z zawałem serca w aspekcie psychospołecznych determinant, takich jak: obawa o utratę dochodów lub lęk przed pozbawieniem opieki nad rodziną (czynniki społeczne), stres (czynnik psychologiczny). Kontrolne wyniki biochemiczne chorego pozytywnie korelowały z analizą zmiennych psychologicznych i społecznych. Engel sugerował wzajemne interakcje układów endokrynologicznego, nerwowego, krążenia ze środowiskowym wpływem bodźców i stanem umysłu [6]. Pinel podkreślał w swoich obserwacjach wpływ emocji na pojawianie się symptomów chorobowych w zależności od konceptualizacji stresu, postrzegania zagrożenia, rozumienia własnej choroby. Emocje traktował jako ważny marker reakcji między funkcją kognitywną chorego a objawami fizycznymi [7]. Badania wykazały, że analiza i modulowanie zmiennych psychologicznych (np. zmiana koncepcji własnej choroby) i społecznych (np. wsparcie społeczne) w praktyce lekarskiej są istotnymi czynnikami skuteczności leczenia pacjentów, szczególnie z chorobami przewlekłymi. Na przykład skuteczne leczenie cukrzycy wymaga nie tylko dużej wiedzy medycznej, lecz również zmiany nawyków najbliższych członków rodziny i przeformułowania postawy pacjenta [8].

Status społeczno-ekonomiczny

Wpływ pozycji społeczno-ekonomicznej i poziomu osiągniętej edukacji na stan zdrowia był przedmiotem wielu badań i analiz. Wykazuje on tendencje do gorszych wskaźników zdrowotnych, przedwczesnej umieralności i chorobowości w grupach o niskich dochodach, słabszej edukacji i wykonujących prace fizyczne w porównaniu z pozostałymi grupami społecznymi. Podobne obserwacje poczyniono w zakresie choroby niedokrwiennej serca, umieralności niemowląt, umieralności okołoporodowej, zaburzeń psychicznych, nagłych zgonów z powodu samobójstw, nikotynizmu, otyłości, chorób wątroby. Nierówności dotyczą wszystkich grup wiekowych, ale są mniejsze w przypadku kobiet niż mężczyzn [9, 10]. Czynniki, które mogą mieć znaczenie w ocenie przewidywania wystąpienia chorób, mogą być takie zmienne, jak prestiż w środowisku, dochody i profity z pracy, przynależność do grup wpływowych środowisk, warunki mieszkaniowe, świadomość zagrożeń zdrowia. Ciekawe obserwacje przytacza Singh-Manoux, twierdząc na podstawie własnych badań, że gorsze zdrowie zależy nie tylko od obiektywnych wskaźników statusu pacjentów, lecz również od postrzegania siebie na drabinie struktury społecznej [11]. Operario podkreśla również znaczenie takich czynników, jak negatywny nastrój, poczucie stresu, pesymizm, poczucie utraty kontroli nad własnym życiem. Wymienione zmienne korelowały z poczuciem własnego miejsca w społeczeństwie. Wykazywały również dodatnie korelacje statystyczne między możliwościami wpływu na otoczenie a poczuciem cierpienia na określone choroby [12].

Czynniki emocjonalne

Wsparcie emocjonalne jest ważnym elementem determinanty społecznej wpływającej na objawy chorobowe. Mechanizm oddziaływania tego zjawiska Cohen tłumaczy redukcją stresu przez pacjenta w sytuacji, w której posiada on sieć bliskich osób służących mu pomocą. Badania wskaźników biochemicznych u takich chorych wskazują na wymierną poprawę. Sieć wsparcia mogą tworzyć członkowie rodziny, partnerzy, współpracownicy, sąsiedzi. Ważnym elementem oddziaływania jest postać pełniąca rolę powiernika, a nie tylko spełniająca funkcję osoby zaprzyjaźnionej. Wsparcie emocjonalne może wyrażać się w postaci ekspresji gotowości do świadczenia pomocy finansowej w sytuacji utraty pracy, zainteresowania się problemami chorego lub okazywaniem empatii w momencie śmierci osoby bliskiej. Wsparcie instrumentalne może obejmować pomoc finansową, prawną, ale również ułatwienie dojazdu do domu pacjenta. Integracja społeczna wspomaga własną samoocenę, ułatwia zastosowanie strategii walki ze stresem i wpływa na lepsze wyniki leczenia. Takie czynności według Cohena buforują postrzeganie stresu przez pacjenta [13]. Ciekawe wyniki obserwacji przytaczają Robles i Kiecolt-Glaser w badaniach negatywnych wpływów emocji i skomplikowanych interakcji osób żyjących w nieudanych związkach. Zaobserwowano u tych pacjentów gor-

sze parametry funkcjonowania układu krążenia, endokryologicznego i immunologicznego [14].

Podejście systemowe

Teoria systemów opisana przez Ludwiga von Bertalanffy'ego objaśnia miejsce człowieka w społeczeństwie i w biosferze. Koncepcja zarysowana w 1968 roku jest do dziś aktualna, szczególnie w odniesieniu do zdrowia w rodzinie. Opisuje ona niezwykle skomplikowane interakcje człowieka na poziomie tkanek i komórek z procesami we wszechświecie. Teoria neguje proste, linearne zależności między podsystemami. Podkreśla znaczenie modelu wielowymiarowego i wielokierunkowego. W obrębie systemu przyjmuje się, że każde zjawisko z jednej strony jest częścią systemu większego, a z drugiej – zbiorem systemu podrzędnego. Teoria ogólnych systemów podkreśla, że podsystem jest względnie autonomicznym organizmem, który posiada własne niezależne własności całości [15]. Propozycje badawcze Smilksteina, oparte na teorii systemów i własnych koncepcjach, wykazały, że ujęcie rodziny jako systemu, w aspekcie skomplikowanych wzajemnych interakcji, jest pomocne w kryzysach życiowych i w chorobach. Obserwacje autora potwierdzały wymierne korzyści zdrowotne w sytuacji zagrożeń losowych lub nieprzewidywalnych tragedii [16]. Podejście systemowe wobec pacjenta, szczególnie cierpiącego z powodu choroby przewlekłej, nieuleczalnej, oznacza, że nie można chorego wyleczyć bez uwzględnienia kontekstu, w którym egzystuje jako istota ludzka.

Stres i sposoby radzenia sobie z nim

Powiązania stresu oraz stosowanych strategii radzenia sobie z nim ze wskaźnikami przebiegu chorób znane są w literaturze medycznej. Ogińska-Bulik i Juczyński szczegółowo analizowali wpływ mechanizmów i konsekwencji reakcji stresowej na stan zdrowia chorych [17]. Definicje stresu są niejednoznaczne z powodu różnorodnego rodzaju reakcji na bodźce zewnętrzne. Wielu pacjentów przy kontakcie z inną osobą reaguje objawami w postaci szybkiego bicia serca, przyspieszonego oddechu, suchości w jamie ustnej lub podwyższonego ciśnienia krwi. Są to objawy, które charakteryzują reakcję stresową. Wykazano duże różnice w zdolności dostosowania się ludzi do stresu. Kosslyn i Rosenberg definiują to zjawisko jako zdolność adaptacyjną, którą można opisać za pomocą osobniczej wrażliwości i oporności na stres [18]. Zależy ona nie tylko od determinant genetycznych i biochemicznych, lecz również społecznych. Zmienne te podlegają zawiłym interakcjom środowiskowym. Mogą się pojawiać w sytuacji kontaktu z najbliższymi osobami, ze współpracownikami, z sąsiadami lub przypadkowo napotkanymi ludźmi. Znane są konsekwencje medyczne reakcji stresowej w postaci negatywnych skutków w zakresie układu serowo-naczyniowego (podwyższone ciśnienie krwi, szybka akcja serca), jak również w chorobach skóry (neurodermatozy) i w zaburzeniach endokrynologicznych (choroby tarczycy i nadnerczy). W podstawowej opiece zdrowotnej lekarz często napotyka sytuacje, w których występuje

przewlekły stres rodzinny. Warto wymienić takie okoliczności, jak przewlekła choroba pacjenta, praca, szkoła, konflikty prawne, zaburzenia psychiczne, uzależnienia, porody, małżeństwa, śmierć, finanse i wiele innych. Brak mechanizmów adaptacyjnych i brak przystosowania się mają wymierne konsekwencje w nasileniu się objawów psychosomatycznych.

Etapy życia pacjenta

Teoria Erika Eriksona z 1959 roku opisuje fazy cyklu życia w ośmiu etapach. Każdy z przedziałów wiekowych ma swoje zadania rozwojowe, które człowiek powinien wykonać. Brak ich realizacji, jak również skłonność do zachowań ryzykownych, mogą oddziaływać na pojawianie się zaburzeń. W okresie dorastania młode osoby mają tendencję do zażywania środków psychoaktywnych, w szczególności alkoholu, do licznych przypadkowych kontaktów seksualnych, do ryzykownej jazdy samochodem. W kolejnych etapach życia konsekwencje nieudanych związków, opuszczenie domu przez dzieci, stres związany z utratą pracy, przejście na emeryturę, śmierć współpartnera, zachorowanie na groźną chorobę, utrata biologicznych funkcji wzroku, libido, słuchu lub pamięci mogą implikować nadmierną reakcję stresową. Od początku życia następują przemiany biologiczne i fizykochemiczne, ale w ostatnim okresie nasilają się zmiany degeneracyjne. Nieakceptowanie procesu starzenia się może generować incydenty depresyjne i próby samobójcze. Interakcje z otoczeniem mogą mieć zarówno pozytywne, jak i negatywne konsekwencje zdrowotne [19]. Najważniejszym elementem praktyki lekarza rodzinnego, prowadzącym do rozwiązania tych problemów, jest wiedza o rozwoju każdego zgłaszającego się pacjenta, przyjęcie określonego sposobu zapobiegania oraz elementarna edukacja na temat zdrowia i choroby. Znajomość cykli rozwoju człowieka jest zasadniczym kluczem w rozpoznawaniu i terapii problemów oraz dolegliwości psychospołecznych, z których powodu często zgłaszają się ludzie samotni, bez wsparcia rodziny i wystarczających środków do egzystencji. Opieka nad ciężko chorymi ludźmi wymaga od lekarza uwzględnienia etapu życia pacjenta, wpływu choroby na jednostkę oraz rodzinę i często staje się elementem akceptacji nieuleczalnego stadium choroby.

Wpływy kulturowe i etnomedycyna

Pacjenci, którzy zgłaszają się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, prezentują własne koncepcje powstawania choroby lub pojawiających się dolegliwości. Są one wynikiem interakcji między takimi zmiennymi, jak poziom i rodzaj oraz poziom wykształcenia, przekonania, wyznawana religia, ideologia czy przejęte z domu rodzinnego wartości i style życia. Ważnym elementem zdobywanej wiedzy medycznej staje się internet oraz portale społecznościowe. Dużą rolę odgrywa język używany przez chorego. Stosowane przykłady, metafory, opisy przeżywanego stanu chorobowego, ekspresja emocji mogą pomóc w precyzyjnym ustaleniu diagno-

zy. Kulturowy model przyjętych norm i religijne zasady mają bezpośrednie implikacje zdrowotne, a w niektórych przypadkach decydują o leczeniu i życiu (np. Świadkowie Jehowy a transfuzja krwi, wegetarianie a żywienie małych dzieci, organizacje rodziców negujących kalendarz szczepień obowiązkowych u niemowląt, grupy pacjentów świadomie odrzucających racjonalne leczenie onkologiczne, poddawanie się rytuałom i ceremoniałom irracjonalnych metod alternatywnej medycyny). Znajomość i wiedza medyczna na temat wartości wyznawanych przez pacjentów, akceptowanie różnorodności zachowań może w znacznym stopniu zapobiec tragicznym skutkom podejmowanych przez pacjentów decyzji medycznych.

Kleinman w badaniach dotyczących wpływu kultury na zdrowie proponuje w sytuacji konfliktowej porównywanie opisów medycznych przez zgłaszających się pacjentów z tymi, które prezentuje lekarz [20].

Pacjenci z wielochorobowością i niewyjaśnionymi objawami medycznymi (MUS)

Szczególną grupę pacjentów prezentują osoby cierpiące z powodu chorób przewlekłych, np. cukrzyca, nadciśnienia tętniczego, astmy, depresji, zwyrodnienia wielostawowych, otyłości. Współwystępowanie co najmniej dwóch jednostek chorobowych określane jest jako wielochorobowość. Pogarsza ona rokowanie z powodu możliwych interakcji lekowych. Europejska Sieć Naukowa Lekarzy Rodzinnych przeprowadziła wielośrodkowe badania i wprowadziła w 2011 roku nową definicję. Definiuje ona wielochorobowość jako stan, w którym występuje co najmniej jedna choroba ostra lub przewlekła i co najmniej jeden niekorzystny czynnik społeczny [21]. Może nim być samotność, utrata pracy, brak opieki społecznej, zbyt małe dochody, choroba innego członka rodziny, uciążliwi sąsiedzi. Przytoczone determinanty społeczne mogą implikować pojawienie się innych zaburzeń (np. depresji, uzależnień). Wprowadzono również pojęcie „kruchy pacjent” (ang. *frailty patient*). „Krchący pacjent” oznacza osobę, u której stan może nagle się pogorszyć wraz z wystąpieniem dekompensacji zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Należy tu wymienić osoby żyjące w ubóstwie, w samotności, z wieloma chorobami przewlekłymi, bez wsparcia społecznego rodziny, sąsiadów czy grup społecznych (religijnych, towarzyskich). Pozornie niegroźny niesprzyjający incydent życiowy (np. przeprowadzka do domu opieki) może skutkować fatalnymi następstwami w postaci incydentów depresji, a nawet samobójstwa. W sytuacji kryzysowej osoby te szybciej ulegają dekompensacji i stają się pacjentami oddziałów szpitalnych wymagającymi dużych nakładów finansowych. Chorych, którzy zgłaszają się z tego powodu do lekarzy rodzinnych, nie obejmuje system ICD-10, a pojęcie wielochorobowości i „kruchości” rzadko wymieniane jest w podręcznikach dla studentów medycyny i lekarzy.

Wśród osób zgłaszających się do podstawowej opieki zdrowotnej blisko 40% porad udzielanych jest tym, u których dostępnymi metodami diagnostycznymi nie można stwierdzić zmian organicznych. Zaburzenia te

można opisać jako somatoformiczne, psychosomatyczne lub niewyjaśnione objawy medyczne (ang. *Medically Unexplained Symptoms* – MUS). Głównymi objawami są bóle mięśni, pleców, zawroty głowy, omdlenia, świąd skóry, zamglone widzenie, mrowienia i cierpięcia kończyn, nadmierne pocenie się i wiele innych. Towarzyszą one takim schorzeniom, jak zespół jelita wrażliwego, fibromialgia, zespół przewlekłego zmęczenia, bóle w klatce piersiowej bez patologii układu krążenia, dolegliwości przewodu pokarmowego (zgaga, palenie) bez uchwytanych odchyżeń w badaniach [22]. W nowej propozycji klasyfikacji ICD-11 tę grupę zdefiniowano jako zespoły zależne od stresu (ang. *Bodily Distress Syndrom* – BDS) [23]. Nie ma skutecznej terapii tych schorzeń, ponieważ nie jest znana przyczyna. Wykazano natomiast wpływ czynników psychologicznych i społecznych na ujawnianie się tych zespołów. Dotyczy to w szczególności osób na emigracji, z brakiem dostępu do satysfakcjonującej opieki zdrowotnej, w trakcie rozwodu, cierpiących na samotność, z niewystarczającymi środkami do życia [24, 25]. Problem ma wymiar ekonomiczny. Lekarze unikają w praktyce pacjentów z MUS, ponieważ generują oni koszty, domagając się licznych badań diagnostycznych i skierowań do specjalistów [26]. Analizy badaczy z London School of Economics wykazały, że roczne koszty leczenia tej grupy pacjentów w Wielkiej Brytanii wynoszą co najmniej 3 mld funtów [27].

Podsumowanie

Psychospołeczne determinanty chorób odgrywają istotne znaczenie kliniczne w przebiegu wielu schorzeń. Jest to wyzwanie dla współczesnego systemu opieki zdrowotnej zarówno w wymiarze medycznym, organizacyjnym, jak i finansowym. Wiedza na temat problemów pojawiających się w każdym z okresów życia ludzkiego oraz świadomość ich wpływu na stan psychiczny i fizyczny człowieka zwiększają szanse skutecznego leczenia i sprawnego funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 1–39.
2. Kulik B.T., *Koncepcja zdrowia w medycynie*, w: Kulik B.T., Pacian A. (red.), *Zdrowie publiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014: 3–17.
3. EURACT Council of the European Academy of Teachers in General Practice, *The European Definition of General Practical Family Medicine*, J. Heyrman (red.), Leuven 2005.
4. Ahmed M.S., Lemkau P.J., Hershberger J.P., *Psychosocial Influences on Health*, w: Rakel E.R., Rakel P.D. (red.), *Textbook of Family Medicine*, Elsevier Saunders, Philadelphia 2011: 24–32.
5. Sowa A., *Spoleczne uwarunkowania stanu zdrowia w Polsce*, „Zdrow. Publ. Zarz.” 2011; 2: 28–37.

6. Engel G., *The need for medical model: a challenge for biomedicine*. „Science” 1977; 129–136.
7. Pinel P.J., *Biopsychology of Emotion, Stress, and Health*, w: Pinel P.J., *Biopsychology*. Pearson Education, Inc., Boston 2003: 438–460.
8. Locker D., *Social determinants of health and disease*, w: Scambler G. (red.), *Sociology as Applied to medicine*. Elsevier Saunders, Edinburgh 2008: 18–37.
9. Fulcher J., Scott J., *Sociology*. Oxford University Press, 1999: 190–227.
10. Marek M., *Wprowadzenie*, w: *Spoleczne nierownosci w zdrowiu w Polsce*. World Health Organization. Regional Office For Europe, Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, Warszawa 2012: 13–20.
11. Singh-Manoux A., Marmot M.G., Adler N.E., *Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status?* „Psychosom. Med.” 2005; 67: 855–861.
12. Operario D., Adler N.E., Williams D.R., *Subjective social status: reliability and predictive utility for global health*. „Psychol. Health” 2004; 19: 237–246.
13. Cohen S., *Social relationships and health*. „Am. Psychol.” 2004; 59: 676–684.
14. Robles T.F., Kiecolt-Glaser J.K., *The physiology of marriage: pathways to health*. „Physiol. Behav.” 2003; 79: 409–416.
15. von Bertalanffy L., *General Systems Theory*. George Braziller, New York 1968.
16. Smilkstein G., *The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians*. „J. Fam. Pract.” 1978; 6: 1231–1239.
17. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., *Osobowość, stres a zdrowie*. Centrum Doradztwa i Informacji Difin sp. z o.o., Warszawa 2008.
18. Kosslyn M.S., Rosenberg S. R., *Psychology. The Brain, Person, the World*. Pearson Education, Inc., Boston 2004: 534–569.
19. Erikson E., *Identity and the Life Cycle*. W.W. Norton & Company Inc., New York–London 1994.
20. Kleinman A.M., Eisenberg L., Good B., *Culture, illness and care*. „Ann. Intern. Med.” 1978; 88: 251–258.
21. Le Reste J.Y., Nabbe P., Manceau B., Lygidakis C., Doerr C., Lingner H, Czachowski S., Munoz S., Argyriadou S., Claveria A., Le Floch B., Barais M., Bower P., Van Marwijk H., Van Royen P., Lietard C., *The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of Multimorbidity in Family Medicine and Long-Term Care, following a systematic review of relevant literature*. „J. Am. Med. Dir. Assoc.” 2013; 14(5): 319–325.
22. Mayou R., Sharpe M., Carson A. (red.), *ABC of Psychological Medicine*, BMJ Publishing Group, London 2003.
23. Jenkins R., Kessler M., Riba M., Gunn J., Kauey F., *Public health aspects of integration of mental health into primary care services*, w: Ivbijaro G. (red.), *Companion to Primary Care Mental Health*, WONCA and Radcliffe Publishing, London–New York 2012: 97–115.
24. Sloane P.D., Slatt M.L., Curtis P., *Medycyna rodzinna* (red. A. Steciwko), Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998.
25. Walters K., Buszewicz M., Weich S., King M., *Help-seeking preferences for psychological distress in primary care: effect of current mental state*. „Br. J. Gen. Pract.” 2008; 58(555): 694–698.
26. Czachowski S., Piszczek E., Sowińska A., Hartman T., *Challenges in the management of patients with medically unexplained symptoms in Poland: a qualitative study*. „Fam. Pract.” 2012; 29(2): 228–234.
27. *A report by The Centre for Economic Performance’s Mental Health Policy Group. How mental illness loses out in the NHS*. „Lond. Sch. Econ. Pol. Sci.” 2012: 1–29.

Poprawa bezpieczeństwa pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej

Katarzyna Kosiek¹, Maciej Godycki-Ćwirko²

¹ Zakład Alergologii i Rehabilitacji Oddechowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

² Ośrodek Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adres do korespondencji: Katarzyna Kosiek, Zakład Alergologii i Rehabilitacji Oddechowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Kopcińskiego 20, 90-153 Łódź, e-mail: kasia@uni.lodz.pl

Abstract

Patient's safety improvement in primary health care

Patient safety is part of a health care quality. According to the World Health Organization patient safety is „a freedom, for a patient, from unnecessary harm or potential harm associated with healthcare”. The process of patient's safety improvement needs to engage all stakeholders and gain their understanding that the investment in safety could be recouped with efficiency gains and fewer adverse events. The article presents the selected aspects of patients safety in primary health care.

Key words: adverse events, medical error, patients safety, primary health care

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo pacjenta, błąd medyczny, podstawowa opieka zdrowotna

Wprowadzenie

Bezpieczeństwo pacjenta jest elementem jakości opieki zdrowotnej obejmującej ukierunkowanie na pacjenta, efektywność, terminowość, skuteczność i sprawiedliwość [1]. Bezpieczeństwo można określić, jako „stopień, w jakim świadczenia zdrowotne na rzecz osób i populacji zwiększają prawdopodobieństwo pożądanych wyników zdrowotnych, które są zgodne z aktualnym stanem wiedzy zawodowej” [2]. Jest uwarunkowane wieloma czynnikami, w tym złożonością systemu ochrony zdrowia, ograniczonymi zasobami, różnorodnością pacjentów, wykształceniem i doświadczeniem świadczeniodawców.

Cel

Analiza wybranych aspektów bezpieczeństwa pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej.

Metoda

Niesystematyczny przegląd piśmiennictwa z lat 1970–2013 w czterech elektronicznych bazach danych (PubMed, BioMedCentral, ScienceDirect i EMBASE) przy użyciu słów kluczowych: „bezpieczeństwo pacjenta”, „błąd medyczny”, „zdarzenie dotyczące bezpieczeństwa pacjenta”, „podstawowa opieka zdrowotna”.

Omówienie

Definicje

Bezpieczeństwo pacjenta definiowano na wiele sposobów. Amerykański Instytut Medycyny w raporcie z 1999 roku „Mylić się jest rzeczą ludzką” (*To err is human*), dotyczącym błędów medycznych wykrytych w szpitalach i instytucjach medycznych w Stanach Zjednoczonych, stwierdził, iż jest to: „ochrona pacjenta od przypadkowej szkody z zapewnieniem systemów i procesów operacyjnych, które zminimalizują prawdopodobieństwo błędów

i zmaksymalizują prawdopodobieństwo ich wychwycenia, *kiedy* wystąpią” [3]. Zgodnie z definicją Narodowej Fundacji Bezpieczeństwa Pacjenta jest to „unikanie, zapobieganie i łagodzenie działań niepożądanych lub szkód mogących być wynikiem procesów opieki zdrowotnej” [4]. Rada Europy w 2005 roku określiła bezpieczeństwo pacjentów jako „uwolnienie się od przypadkowych urazów w trakcie opieki medycznej; działania mające na celu unikanie, zapobieganie i naprawę niepożądanych następstw, które mogą wynikać z zapewniania opieki zdrowotnej” [5], a Światowa Organizacja Zdrowia w 2007 roku jako „uwolnienie pacjenta od niekonicznej lub potencjalnej szkody związanej z opieką zdrowotną” [6].

Częstość zdarzeń

Zdarzenia dotyczące bezpieczeństwa pacjenta obejmują błędy, uchybienia i wypadki. W podstawowej opiece zdrowotnej bezpieczeństwo pacjenta zagrożone jest głównie zdarzeniami administracyjnymi, klinicznymi, związanymi z koordynacją pracy i z komunikacją. Zdarzenia mogą mieć związek z zarządzaniem dokumentacją, ze sprzętem medycznym, z badaniami laboratoryjnymi, przepisywaniem i stosowaniem leków, badaniami lekarskimi, interpretacją wyników oraz stawianiem rozpoznania [7]. W porównaniu z opieką szpitalną opieka podstawowa jest względnie bezpieczna, również tu występują jednak zdarzenia mogące wpływać na bezpieczeństwo pacjenta [8]. Ich częstość pojawiania się szacuje się na 5 do 80 razy na 100 000 wizyt pacjentów [9].

Błędy medyczne

Większość z nich jest wynikiem wadliwego działania systemu lub procesu, a nie pojedynczej osoby [10]. Zasadne jest więc szukanie technik doskonalenia procesów w celu identyfikacji nieefektywnej, nieskutecznej opieki i błędów, którym można zapobiec, a następnie wdrażanie zmian w systemie opieki zdrowotnej. Doskonalenie procesów obejmuje ocenę działania systemu, użycie wyników oceny do zapoczątkowania zmian i dążenie do celów związanych z efektywnością i bezpieczeństwem. Osiąga się to poprzez pomiar procesu zapewniania opie-

ki, sprawdzenie, czy świadczeniodawcy opieki zdrowotnej używają procesów, dla których wykazano, że dzięki nim osiąga się pożądane cele, jak również unikają tych procesów, które predysponują do powstania szkody. Wyzwaniem jest określenie skutków opieki zdrowotnej w odniesieniu do oczekiwanego rezultatu i ocena, w jakim stopniu opieka zdrowotna przestrzega procesów opartych na potwierdzonych danych lub uzgodnieniach, a także czy odpowiada preferencjom pacjenta [11].

Kultura bezpieczeństwa pacjenta

Definiowana jest jako „integralny wzorzec zachowań jednostek i organizacji oparty na przekonaniach i wartościach nieustająco zmierzających do zminimalizowania szkód dla pacjenta, wynikających z procesu zapewniania opieki” [12].

Dojrzałość kultury bezpieczeństwa odgrywa znaczącą rolę we wdrażaniu w codziennej praktyce jakości opieki, którą można postrzegać jako kombinację stosowania wytycznych klinicznych opartych na potwierdzonych danych (*evidence based*), podążania ścieżkami opieki (*care pathways*) i klinicznego nadzorowania (*clinical governance*) [13–15].

Proces oceny tej kultury powinien uwzględniać częstość występowania i nasilenie ocenianego elementu jakości, bieżące stosowanie go w praktyce codziennej, potwierdzone dane o wydajności lub skuteczności danego działania, jego potencjał do powodowania szkód, dane dotyczące kosztów, o ile są dostępne, a także kwestie wdrażania [16]. Do oceny kultury bezpieczeństwa w podstawowej opiece zdrowotnej został opracowany Manchesterski Ramowy Kwestionariusz Bezpieczeństwa Pacjenta (*Manchester Patient Safety Framework, MaPSaF*) z pięcioma poziomami dojrzałości tej kultury (**Tabela I**) [17].

Mierniki i proces poprawy

Agencja Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej (*The Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ*), Narodowe Forum Jakości (*National Quality Forum – NQF*), Wspólna Komisja w Stanach Zjednoczonych (*Joint Commission in United States*) i wiele innych or-

Poziom	Charakterystyka
Patologiczny	Organizacja z dominującym nastawieniem: „Po co tracić czas na bezpieczeństwo?”. Niewiele lub wcale nie inwestuje w poprawę bezpieczeństwa.
Reaktywny	Organizacja myśli o bezpieczeństwie tylko po wystąpieniu incydentu.
Biurokratyczny	Organizacja bardzo nastawiona na odnotowywanie zdarzeń w dokumentach, aby wykazać audytorom i osobom oceniającym, że organizacja skupia się na bezpieczeństwie.
Proaktywny	Organizacja przywiązuje dużą wagę do bezpieczeństwa, aktywnie inwestuje w ciągłą poprawę bezpieczeństwa i nagradza personel za podnoszenie kwestii związanych z bezpieczeństwem pacjenta.
Generatywny	Organizacja, w której bezpieczeństwo pacjenta jest integralną częścią wszystkich aktywności członków organizacji, od zarządzającego do pracownika pierwszej linii.

Tabela I. Poziomy dojrzałości kultury bezpieczeństwa danej organizacji (np. poradni) w kwestionariuszu MaPSaF.

Źródło: Parker D., Kirk S., Claridge T., Esmail A., Marshall M.N., *Manchester Patient Safety Framework. University of Manchester, Manchester 2006.* www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796; dostęp: 3.02.2015.

- Zaangażowanie wszystkich zainteresowanych stron
- Istotne i silne wsparcie kierownictwa
- Zaangażowanie i konsekwentne realizowanie zobowiązań
- Uwidocznienie zaangażowania w poprawę bezpieczeństwa pacjenta w formie pisemnej, jak i w wykonywanych procedurach
- Odpowiednie środki finansowe
- Czas na aktywny udział w realizacji projektu
- Przyjęcie bezpieczeństwa jako priorytetu organizacji
- Zmotywowany zespół
- Protokoły dostosowane do potrzeb pacjenta
- Edukacja i szkolenie personelu
- Stosowanie narzędzi poprawy jakości
- Planowa zmiana interwencji
- Aktualizacja wcześniej zaplanowanego działania w trakcie wprowadzania zmian na rzecz bezpieczeństwa

Tabela II. Przykłady strategii poprawy bezpieczeństwa.

Źródło: National Healthcare Quality Report, Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD 2006. <http://www.ahrq.gov/qual/nhqr06/nhqr06.htm>; dostęp: 3.02.2015.

ganizacji światowych popiera stosowanie sprawdzonych i rzetelnych miar jakości i bezpieczeństwa pacjentów w celu poprawy opieki zdrowotnej. Mierniki, które mogą być stosowane na różnych poziomach opieki zdrowotnej, można znaleźć na stronach internetowych AHRQ [18] i NQF [19]. Na ogół powstały one na podstawie oceny mocy potwierdzonych danych pochodzących z literatury fachowej, oceny ważności i wiarygodności tych mierników oraz źródeł danych. Określają, jak najlepiej wykorzystać te mierniki i faktycznie je stosować [20]. Dane porównawcze pochodzą od organizacji zajmujących się jakością, takich jak AHRQ, której doroczne raporty dotyczą jakości [21] i dysproporcji w systemie opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych [22]. Przykłady strategii dotyczących poprawy bezpieczeństwa pacjentów zebrano w **Tabeli II**.

Uwarunkowania poprawy bezpieczeństwa

Proces poprawy bezpieczeństwa pacjenta wymaga aktywności wszystkich zainteresowanych stron (*stakeholders*), a także konsekwentnego zaangażowania i ciągłego doskonalenia jakości. Zmiana procesu wymaga udziału kierownictwa w celu zapewnienia odpowiednich środków finansowych wraz z identyfikacją ich źródeł. Kierownictwo musi ułatwiać i zapewnić kluczowym stronom czas potrzebny do aktywnego udziału w procesach zmian, zapewnić wsparcie administracyjne i wystarczająco dużo czasu na pracę nad podejmowanymi projektami, a także podkreślić, że bezpieczeństwo jest priorytetem kierowanej przez nie organizacji. Sukces zależy od zmotywowanych zespołów, angażujących wszystkich – od menedżerów do pracowników i przy wsparciu kierownictwa wyższego szczebla. Praca w zespole i praca w grupie jest trudna i czasochłonna i może opóźnić osiągnięcie porozumienia w sprawie działań. Dlatego członkowie zespołu muszą się nauczyć, jak pracować w grupie i radzić sobie z dynamiką grupy [23].

Jednym z zagrożeń poprawy bezpieczeństwa pacjentów wydaje się brak zaangażowania pacjentów i osób rozpoznawanych publicznie [24]. Zmiana praktyki wymaga czasu i znacznych środków. Koszty i korzyści wynikające z wdrażania wytycznych i strategii należy rozważyć względem korzyści i kosztów oczekiwanych zmian w opiece nad pacjentami [25].

Wnioski

- Zagadnienie bezpieczeństwa pacjentów jest uwarunkowane przez wiele czynników, takich jak różnorodność pacjentów, złożoność procesów w systemie ochrony zdrowia, ograniczone zasoby, sposób finansowania opieki zdrowotnej, wykształcenie i doświadczenie świadczeniodawców. Kształtuje je dążenie do tego, aby opieka była nakierowana na pacjenta, efektywna, terminowa, skuteczna i słuszna.
- Proces oceny bezpieczeństwa pacjenta powinien obejmować częstość występowania zdarzeń związanych z bezpieczeństwem i ich nasilenie, potencjał do powodowania szkody, dane dotyczące kosztów zmiany postępowania, o ile są dostępne, i zagadnienia związane z wdrażaniem zmiany.
- Większość błędów medycznych wynika z wadliwych systemów i procesów, a nie z błędów indywidualnych osób, więc zasadne jest szukanie technik doskonalenia procesów w celu identyfikacji nieefektywności, nieskutecznej opieki i błędów, którym można zapobiec, a następnie wdrażanie zmian.
- Proces poprawy bezpieczeństwa pacjentów wymaga zaangażowania wszystkich zainteresowanych stron i zrozumienia, że inwestycja w poprawę jakości może być amortyzowana większą wydajnością i mniejszą liczbą działań niepożądanych.
- Zmiana praktyki wymaga czasu i znacznych środków. Koszty i korzyści wynikające z wdrażania wytycznych strategii należy rozważyć względem

korzyści i kosztów oczekiwanych zmian w opiece nad pacjentami.

Piśmiennictwo

- Institute of Medicine, *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academy Press, Washington, DC 2001: 164–180.
- Lohr K.N., Schroeder S.A., *A strategy for quality assurance in Medicare*. „N. Engl. J. Med.” 1990; 322: 1161–1171.
- Kohn L., Corrigan J., Donaldson M. (red.), Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press, Washington, DC 2000.
- Cooper J.B., Gaba D.M., Liang B., Woods D., Blum L.N., *The National Patient Safety Foundation Agenda for Research and Development in Patient Safety*. „Med. Gen. Med.” 2000; 2(3): E38.
- Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, *Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms*. Council of Europe, 2005.
- World Health Organization, *World Alliance for Patient Safety Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety*. Geneva, Switzerland 2007.
- De Leeuw J.B.R., Veenhof C., Wagner C., Wiegens T.A., IJzermans J.C., Schellevis F.G., de Bakker D.H., *Patient safety in primary care: The current state of affairs*. NIVEL, Utrecht 2008.
- Wetzels R., Wolters R., van Weel C., Wensing M., *Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: a prospective observational study*. „BMC Fam. Pract.” 2008; 15(9): 35.
- Sandars J., Esmail A., *The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies*. „Fam. Pract.” 2003; 20(3): 231–236.
- Godycki-Ćwirko M. et al., *Medical errors – an attempt to evaluate the semantics and taxonomy of the concept and statistical data*. „Orzec. Lek.” 2009; 6(2): 131–134.
- Grimshaw J.M. et al., *Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies*. „Health Technol. Assess.” 2004; 8(6): 1–72.
- Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, *Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms*. Council of Europe, 2005.
- Feder G., Eccles M., Grol R., Griffiths C., Grimshaw J., *Clinical guidelines: using clinical guidelines*. „BMJ” 1999; 318: 728–730.
- Campbell H., Hotchkiss R., Bradshaw N., Porteous M., *Integrated care pathways*. „BMJ” 1998; 316: 133–137.
- Scrivener R., Commission for Health Improvement, National Institute for Clinical Excellence, Royal College of Nursing, University of Leicester, *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Radcliffe Medical, Abingdon 2004.
- Modak I., Sexton J., Lux T., Helmreich R., Thomas E., *Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire–ambulatory version*. „J. Gen. Intern. Med.” 2007; 22(1): 1–5.
- Parker D., Kirk S., Claridge T., Esmail A., Marshall M.N., *Manchester Patient Safety Framework*. University of Manchester, Manchester 2006. www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796; dostep: 3.02.2015.
- <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov>; dostep: 3.02.2015.
- <http://www.qualityforum.org>; dostep: 3.02.2015.
- Vincent C., Burnett S., Carthey J., Health Foundation Spotlight report, April 2013, *The Measurement and Monitoring of Safety*. <http://www.health.org.uk/publications/the-measurement-and-monitoring-of-safety>; dostep: 3.02.2015.
- National Healthcare Quality Report*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD 2006. <http://www.ahrq.gov/qual/nhqr06/nhqr06.htm>; dostep: 3.02.2015.
- Patient Safety and Quality: An evidence-Based Handbook for Nurses*. AHRQ Publication No. 08-0043, April 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/quell/nursesfdbk/>; dostep: 3.02.2015.
- Shekelle P.G., Pronovost P.J., Wachter R.M., McDonald K.M., Schoelles K., Dy S.M., Shojania K., Reston J.T., Adams A.S., Angood P.B., Bates D.W., Bickman L., Carayon P., Donaldson L., Duan H., Farley D.O., Greenhalgh T., Haughom J.L., Lake E., Lilford R., Lohr K.N., Meyer G.S., Miller M.R., Neuhauser D.V., Ryan G., Saint S., Shortell S.M., Stevens D.P., Walshe K., *The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now*. „Ann. Intern. Med.” 2013; 158(5 Pt 2): 365–368.
- Lawton R., Armitage G., Health Foundation thought paper, May 2012, *The Role of the Patient in Clinical Safety*. <http://www.health.org.uk/publications/the-role-of-the-patient-in-clinical-safety/>; dostep: 3.02.2015.
- Wynia M.K., Classen D.C., *Improving ambulatory patient safety: learning from the last decade, moving ahead in the next*. „JAMA” 2011; 306(22): 2504–250.

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej

Przemysław Kardas

I Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adres do korespondencji: Przemysław Kardas, I Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Narutowicza 60, 90-136 Łódź, e-mail: przemyslaw.kardas@umed.lodz.pl

Abstract

Polish primary care patients' adherence to medication

Patient nonadherence is one of the major clinical problems in primary care settings. Patients who deviate from treatment, or completely discontinue therapy, expose themselves to deterioration of health, additional costs and sometimes even death. Despite that facts, on average, one in every two patients, suffering from chronic disease, does not follow therapeutic recommendations. Unexpectedly, similar is true with acute symptomatic diseases, such as infections. Patient nonadherence is associated with more frequent visits to the doctors, higher number of complications, and therapy ineffectiveness. Fortunately, poor adherence can be effectively prevented. This paper provides comprehensive review of reasons and consequences of nonadherence, as well as methods that family doctors can use in order to improve adherence to therapy in their patients.

Key words: non-adherence to medication, Poland, primary care

Słowa kluczowe: nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych, podstawowa opieka zdrowotna, Polska

Współczesna wiedza medyczna stwarza pacjentom realne szanse wydłużenia życia i poprawy jego jakości. Dzieje się tak dzięki coraz bardziej skutecznej profilaktyce oraz terapii licznych schorzeń ostrych i przewlekłych. Paradoksalnym następstwem tego faktu jest jednak medycyzacja życia. Stan zdrowia znacznej części obywateli, a w niektórych grupach wiekowych nawet ich większości, w coraz większym stopniu zależy od skuteczności prowadzonej terapii. W przewidywalnym okresie czasu nasilenie tego zjawiska będzie wzrastało wraz z postępującym starzeniem się społeczeństw krajów rozwiniętych. W tej sytuacji szczególnego znaczenia nabiera przestrzeganie przez pacjentów zaleceń terapeutycznych, będące warunkiem *sine qua non* osiągnięcia pełnej skuteczności prowadzonego leczenia.

Kolejnym wyróżnikiem współczesnej medycyny jest fakt, że znakomita większość terapii przebiega w warunkach ambulatoryjnych, w tym w znacznej mierze w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Ma to swoje oczywiste dobre strony, pozwala bowiem pacjentom na zachowanie pełnej aktywności i produktywności oraz poprawia ich jakość życia. Z kolei terapia w wa-

runkach domowych prowadzona jest bez bezpośredniego nadzoru ze strony personelu medycznego. W rezultacie mają miejsce rozmaite odstępstwa od otrzymanych zaleceń, aż do całkowitego przerwania leczenia włącznie. Celem niniejszego artykułu jest próba oceny częstości tego zjawiska oraz jego następstw w warunkach polskich i zaproponowanie możliwych do zaadaptowania w warunkach POZ działań naprawczych.

1. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych – terminologia i definicja

Niesystematyczne stosowanie leków przez pacjentów to problem, z którym lekarze stykali się od zarania dziejów. Już Hipokrates zwracał w swoich pismach uwagę na postępowanie pacjentów, którzy „często wprowadzają lekarza w błąd co do zażywania przepisanych im leków”. Współcześnie na opisanie tego zjawiska używa się angielskich określeń *compliance* oraz, ostatnio, *adherence*. Termin *compliance* jest dość często używany również w literaturze polskojęzycznej, choć funkcjonu-

ją obok niego też takie określenia, jak *brak współpracy pacjenta* lub *nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich*. Terminem, który szczególnie wart jest jednak stosowania, jest *nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych*. W odróżnieniu od wyżej wymienionych określeń nie ma on złych konotacji i nie prowadzi do niekorzystnych uproszczeń, które całą „winę” za odstępstwa od otrzymanych zaleceń dotyczących stosowania leków składają na barki pacjenta.

Według uzgodnień europejskiego konsensusu przez *przestrzeganie zaleceń terapeutycznych* rozumie się „zakres, w jakim pacjenci przyjmują swoje leki zgodnie z otrzymanymi zaleceniami” [1]. *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych* polega więc na tym, że część pacjentów nie stosuje przepisanych im leków zgodnie z otrzymanymi zaleceniami. Począwszy od rozpoczęcia leczenia, aż do jego przerwania, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych opisywane jest poprzez dwa parametry: bieżącą realizacją terapii (ang. *implementation*), opisującą jak ściśle pacjenci stosują się do otrzymanych zaleceń, oraz wytrwałość (*persistence*), opisującą jak długo pacjenci używają zalecony im lek [1]. Terminologia ta, przedstawiona na **Rysunku 1**, będzie stosowana w dalszej części artykułu.

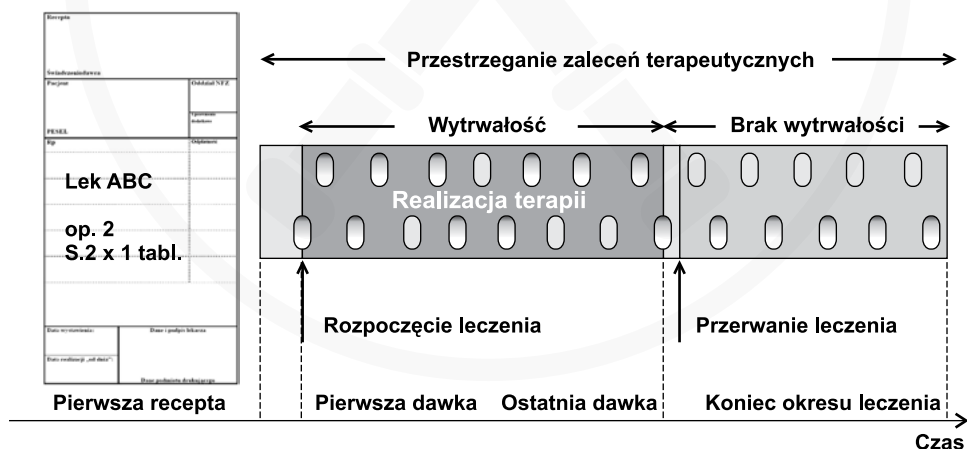
2. Częstość i formy nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest problemem dużo częstszym, niż zwykle wydaje się lekarzom [2]. Dotyczy to zarówno bieżącej realizacji terapii, jak i wytrwałości w leczeniu. W badaniu, w którym za pomocą kwestionariusza MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*) oceniono stosowanie się do zaleceń terapeutycznych ponad 60 000 polskich pacjentów leczonych z powodu schorzeń przewlekłych, ujawniono nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych (o typie nie-

prawidłowej *realizacji terapii*) przez ponad 83% pacjentów [3]. Analiza danych dotyczących realizacji recept w lubuskim oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia wykazała, że zaledwie 12% pacjentów leczy się statynami systematycznie (jako miarę przestrzegania zaleceń przyjęto w tym badaniu często stosowane w badaniach kohortowych kryterium użycia co najmniej 80% zaleconych dawek) [4]. Podobnie źle wygląda kwestia *wytrwałości* leczenia: jak wykazała analiza recept wystawionych na leki wziewne w Polsce, odsetek pacjentów kontynuujących leczenie lekami wziewnymi na koniec rocznego okresu obserwacji nie przekraczał 21% w przypadku POChP i zaledwie 13% w przypadku astmy [5].

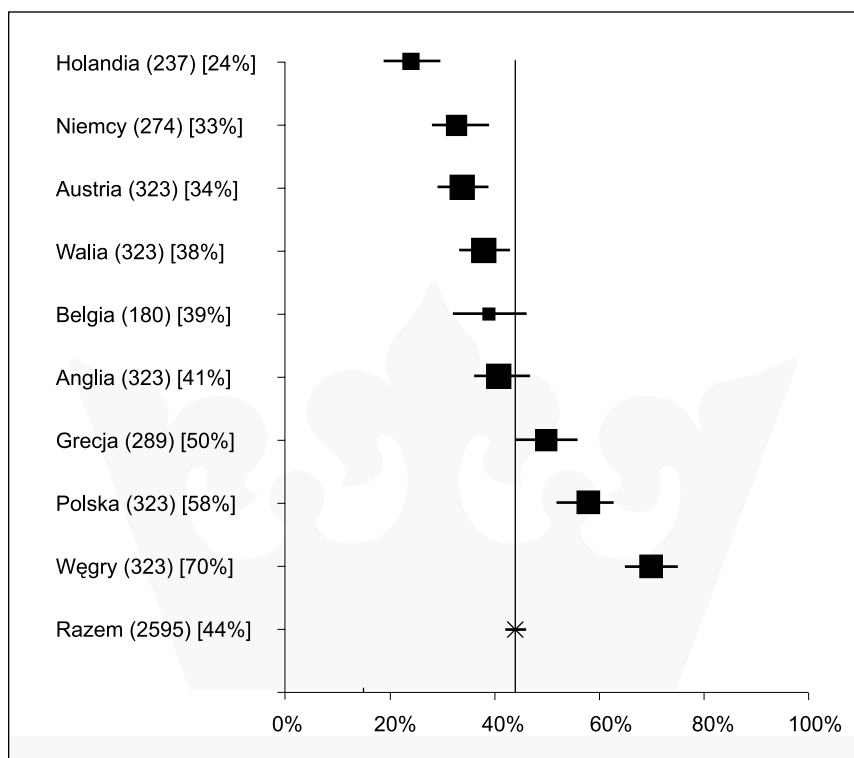
Problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów może niepokoić tym bardziej, że dostępne dane wskazują na szersze rozpowszechnienie tego zjawiska w porównaniu z wieloma innymi krajami europejskimi. Badania przeprowadzane w ramach międzynarodowego projektu ABC wykazały, że w przypadku nadciśnienia Polska znalazła się na przedostatnim miejscu na skali rozpowszechnienia nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, z częstością tego zjawiska wynoszącą 58%, przy średniej dla wszystkich zbadanych krajów wynoszącej 44% (**Rysunek 2**).

Wbrew oczekiwaniom nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych nie jest również ograniczone wyłącznie do schorzeń przewlekłych. Wręcz przeciwnie, nawet wówczas gdy schorzenie jest ostre i objawowe, a terapia z natury swojej krótkotrwała, niesystematyczne leczenie jest zjawiskiem nader częstym. Klasycznym przykładem może tu być terapia ostrej infekcji za pomocą antybiotyków. Pomimo faktu, że trwa ona zazwyczaj zaledwie kilka dni, wykazano, że także w takiej sytuacji do zaleceń nie stosuje się blisko 40% pacjentów [6]. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych należy zatem traktować raczej jako regułę, a nie wyjątek.



Rysunek 1. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i opisujące to zjawisko terminy, zgodnie z konsensusem europejskim.

Źródło: Schemat opracowany na podstawie Vrijens B., De Geest S., Hughes D.A., Kardas P., Demonceau J., Ruppert T., Dobbels F., Fargher E., Morrison V., Lewek P., Matyjaszczyk M., Mshelia C., Clyne W., Aronson J.K., Urquhart J., for the ABC Project Team, A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. „*Brit. J. Clin. Pharmacol.*” 2012; 73(5): 691–705, ze zmianami.



Rysunek 2. Rozpowszechnienie nieprzebrzegania zaleceń terapeutycznych w przypadku terapii nadciśnienia w wybranych krajach europejskich (ocena oparta na deklaracjach pacjentów).

Źródło: Na podstawie ABC Project Final Report, 2012. www.ABCproject.eu; dostęp: 23.11.2014.

- Nierealizowanie recept
- Nierozpoczęcie leczenia posiadanym lekiem
- Opóźnianie rozpoczęcia leczenia
- Nieświadome pomijanie pojedynczych dawek leku
- Świadome pomijanie pojedynczych dawek leku
- Systematyczna zmiana częstości dawkowania leku
- Okresowe przyjmowanie zmniejszonej/zwiększonej liczby dawek leku
- Kilkudniowe lub dłuższe przerwy w leczeniu (tzw. wakacje od leków)
- Przedwczesne kończenie, przerywanie kuracji

Tabela I. Najczęstsze formy nieprzebrzegania zaleceń terapeutycznych.

Źródło: Na podstawie Kardas P., Lewek P., Nieprzebrzeganie zaleceń terapeutycznych. „Terapia” 2012; XX(5): 19–22.

Przy tak dużym rozpowszechnieniu nieprzebrzeganie zaleceń terapeutycznych siłą rzeczy musi przyjmować różne formy. Najczęstsze z nich zestawiono w **Tabeli I**. Z praktycznego punktu widzenia szczególne znaczenie mają: nierealizowanie recept, nieświadome opuszczanie pojedynczych dawek leków oraz przedwczesne kończenie lub przerwanie kuracji. Co ważne, każda z tych form nieprzebrzegania zaleceń ma inne przyczyny i wymaga od lekarza podejmowania odmiennych działań.

3. Przyczyny nieprzebrzegania zaleceń terapeutycznych

Podobnie jak liczne są różne formy nieprzebrzegania zaleceń terapeutycznych, tak liczne są również przyczyny niestosowania się pacjentów do zaleceń terapii. Niedawno opublikowany przegląd systematyczny literatury przedmiotu zidentyfikował ponad 700 pojedynczych czynników, które są związane z zachowaniem się pacjentów w tej sytuacji [7]. Zgodnie ze schematem zaproponowanym przez Światową Organizację Zdrowia [8] można je podzielić na pięć głównych grup:

- **Przyczyny dotyczące pacjenta** – np. przekonania pacjenta dotyczące niecelowości prowadzenia leczenia, zagrożeń związanych z wystąpieniem działań niepożądanych itp. Do negatywnie wpływających na systematyczność leczenia należą nadal często pokutujące wśród polskich pacjentów przekonania, że „leki szkodzą na wątrobę” oraz że „antybiotyków nie należy łączyć z alkoholem”. Podobnie wielu pacjentów obawia się również użycia leków zawierających wszelkie hormony, a zwłaszcza steroidy, nawet wówczas gdy są one w postaci wziewnej i nie niosą realnego zagrożenia objawami niepożądanymi, charakterystycznymi dla zastosowania systemowego większych dawek.
- **Przyczyny dotyczące schorzenia** – skąpo-, a zwłaszcza bezobjawowy charakter choroby zmniejsza motywację pacjentów zarówno do rozpoczęcia, jak i kontynuacji leczenia. Jest to o tyle istotne, że najczęstsze

schorzenia przewlekłe, jakimi zajmuje się w szczególności lekarz POZ – a mianowicie nadciśnienie, hiperlipidemia czy cukrzyca typu 2 – właśnie do takich schorzeń należą. Z kolei w przypadku chorób objawowych skuteczna terapia, prowadząca do ustąpienia objawów, paradoksalnie zmniejsza motywację pacjenta do kontynuacji leczenia i jest często przyczyną jego przerwania – tak z kolei dzieje się często w przypadku astmy czy POChP.

- **Przyczyny dotyczące terapii** – im bardziej leczenie jest „nieprzyjazne pacjentowi”, tym gorsze jest przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Dotyczy to zwłaszcza takich parametrów, jak częstość dawkowania leków: z każdą kolejną dawką dobową istotnie spada odsetek pacjentów, którzy wypełniają zalecenia terapii. Podobny skutek wywiera forma leku – pacjenci niechętnie stosują np. czopki czy zastrzyki. Zdecydowanie zniechęcająco na kontynuację leczenia działa wreszcie pojawienie się działań niepożądanych.
- **Przyczyny dotyczące systemu opieki zdrowotnej** – utrudniony dostęp do lekarza, zwłaszcza do lekarza specjalisty, może przeszkodzić pacjentowi w zdobyciu recept i systematycznym leczeniu. Z niedawno przeprowadzonego badania wynika, że co 10. pacjent, przerywający terapię chorób przewlekłych robi to z powodu braku recept [9]. W ramach obecnie obowiązującego porządku prawnego istotnym problemem jest też kwestia zaświadczenia od lekarza specjalisty – przy jego braku lekarze POZ obawiają się wypisywać swoim pacjentom recepty na leki stosowane w terapii wybranych chorób przewlekłych ze zniżką, a to z kolei zniechęca pacjentów do realizowania recept.
- **Przyczyny społeczne i ekonomiczne** – brak wsparcia ze strony rodziny i innych osób sprzyja niesystematycznemu leczeniu. Podobny skutek daje rzeczywisty lub domniemany brak akceptacji dla samego leczenia – dlatego tak rzadko widzi się np. pacjentów sięgających po leki wziewne lub iniekcje z insuliny w miejscach publicznych. Wśród polskich pacjentów istotną przeszkodą leżącą na drodze do systematycznego leczenia jest często także wysoka cena leków, wynikająca z ich niskiej refundacji i dodatkowych ograniczeń prawnych, opisywanych w poprzednim akapicie.

4. Następstwa nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych może mieć różnorakie skutki w zależności od schorzenia, na które cierpi pacjent, leku, jakiego dotyczy, oraz stopnia odstępstw pacjenta od otrzymanych zaleceń. I tak w przypadku najczęstszej choroby przewlekłej – nadciśnienia tętniczego – ich zakres może się wahać od dodatkowych wizyt u lekarza POZ do możliwych do uniknięcia hospitalizacji, od łagodnych zaostrzeń, po stanowiący bezpośrednie zagrożenie życia przełom nadciśnieniowy itd. Opuszczenie przez pacjenta pojedynczej dawki leku może przynieść skutki nieznaczne albo nawet niezauważalne, tak jak ma to miejsce przy stosowaniu leków obniżających stężenie cholesterolu. W innych przypadkach

takie samo odstępstwo od zaleceń, sprowadzające się do pominięcia jednej dawki, może dać skutki natychmiast zauważalne dla pacjenta – jak ma to miejsce w przypadku opuszczenia dawki leku bronchodylatoryjnego przed wysiłkiem fizycznym na zimnym powietrzu u chorego na astmę, a w wybranych przypadkach może być wręcz groźne dla życia (np. opuszczenie dawki leku przeciwpadaczkowego prowadzące do ataku padaczki zakończonego wypadkiem komunikacyjnym). Ogólną regułą jest jednak to, że im gorsze jest przestrzeganie zaleceń, zarówno w zakresie realizacji terapii, jak i wytrwałości, tym gorsze wyniki daje leczenie [10]. W przypadku większości schorzeń przewlekłych warunkiem osiągnięcia korzyści ze stosowanego leczenia jest przyjęcie co najmniej 80–90% przepisanych dawek, a przyjęcie mniejszego odsetka prowadzi do obniżenia skuteczności leczenia, wzrostu ryzyka powikłań, a nawet zgonów [11, 12].

Jak już wspomniano, nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych niemal równie często, jak w schorzeniach przewlekłych, występuje w chorobach ostrych. Następstwem niezgodnego z zaleceniami stosowania antybiotyków i innych leków przeciwniektynicznych w tych schorzeniach może być pojawienie się i rozprzestrzenianie patogenów lekoopornych [13].

Lekooporność na stosowane chemioterapeutyki nie jest jedynym następstwem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, które wykracza poza poziom pojedynczego pacjenta, który „sam sobie jest winny”. Zjawisko to ma także inne poważne konsekwencje dla całej populacji. Dzieje się tak, ponieważ im gorzej pacjenci stosują się do otrzymanych zaleceń, tym bardziej rosną wydatki systemu ochrony zdrowia. Następstwa finansowe tego zjawiska są niebagatelne: w Stanach Zjednoczonych bezpośrednie koszty związane z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych szacuje się rocznie na co najmniej 100 miliardów dolarów [14]. W Polsce następstwa finansowe nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych dla samego tylko Narodowego Funduszu Zdrowia można ostrożnie szacować na około 10% jego budżetu, co obecnie przekłada się na ponad 6 mld zł rocznie. Składają się na to wydatki na dodatkowe hospitalizacje, porady lekarskie, badania diagnostyczne, a także na refundację leków, których stosowanie nie przynosi wymiernych rezultatów [14]. Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej następstwa nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w postaci kosztów bezpośrednich (badania laboratoryjne i obrazowe) oraz kosztów „niefinansowych” (godziny pracy poświęcone świadczeniu dodatkowych porad swoim pacjentom) spadają na barki lekarza POZ.

5. Ocena stopnia realizacji terapii

Mimo znaczenia tego problemu obiektywna ocena stopnia realizacji terapii nie jest łatwa. W codziennej praktyce lekarskiej można się pokusić o liczenie wykorzystanych tabletek w oryginalnych opakowaniach leku lub dawek w inhalatorach z licznikiem. Warunkiem użycia obiektywnych wyników jest jednak przeprowadzenie tego liczenia w sposób niezapowiedziany, co nie jest łatwe w warunkach poradni. Lekarz rodzinny może natomiast w tym celu wykorzystać wizytę domową lub

poprosić o podjęcie tej czynności pielęgniarkę środowisko-rodzinną.

Jedynie w wybranych przypadkach lekarz jest w stanie zweryfikować systematyczność stosowania leków przez pacjentów na podstawie badania przedmiotowego. Dotyczy to takich sytuacji, w których działanie leku prowadzi do łatwych do zaobserwowania objawów (np. szybki puls jest dość pewnym dowodem niestosowania beta-blokerów). Podkreślić jednak należy, że próby oceny systematyczności leczenia na podstawie doraźnej oceny stanu klinicznego pacjenta w większości przypadków zawodzą, podobnie jak wnioskowanie oparte na systematyczności wizyt pacjenta. O ile bowiem niezgłaszanie się pacjenta na ustalone wizyty kontrolne jest sygnałem alarmowym, pozwalającym spodziewać się niesystematycznego leczenia, o tyle systematyczne wizyty kontrolne nie są gwarantem przyjmowania wszystkich leków zgodnie z otrzymanymi zaleceniami.

Pogłębiona analiza dokumentacji pacjenta na poziomie POZ pozwala jednak przeprowadzić dość skuteczny screening w kierunku niesystematycznego leczenia. Dobrą długoterminową miarą niesystematycznego leczenia choroby przewlekłej może być zbyt rzadkie zgłaszanie się pacjenta po kolejne recepty (miara niepełnej *realizacji terapii*) lub całkowite zaprzestanie odbierania recept na dany lek lub schorzenie (niska *wytrwałość terapii*). Przed postawieniem rozpoznania nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych lekarz powinien oczywiście upewnić się, czy pacjent nie uzyskuje recept z innych źródeł, np. od specjalisty, lekarza zakładowego albo znajomego.

Mniej czułą, ale za to niezmiernie prostą metodą oceny przestrzegania zaleceń jest włączenie do rutynowego wywiadu pytania w rodzaju „Czy nic nie przeszkodziło Pani/Panu codziennie brać swoje leki na naciśnięcie (cukrzyce itd., w zależności od sytuacji)?”.

Oczywiste ograniczenie tej metody wiąże się z tym, że w ten sposób można się dowiedzieć tylko o tych przypadkach nieprzestrzegania zaleceń, które pacjenci popełniają świadomie, nie można natomiast ujawnić tych nierzadkich przypadków, kiedy nieprzestrzeganie zaleceń wynika z zapomnienia o przyjęciu leków przez pacjenta. Pomimo to ze wszach miar warto tego typu pytanie włączyć do standardowego wywiadu, pozwoli to bowiem nie tylko w wielu przypadkach potwierdzić przypuszczenie niesystematycznego leczenia, ale także, wskazując na jego przyczynę, będzie stanowiło dobry punkt wyjścia do interwencji mających na celu poprawę przestrzegania tych zaleceń.

Unikać należy natomiast zadawania pytań sformułowanych w taki sposób, który utrudnia pacjentowi przyznanie się do odstępstw od otrzymanych zaleceń. Przykładem może być pytanie „Czy na pewno brał Pan przepisane przeze mnie leki zgodnie z zaleceniami?”. Na takie pytanie większość pacjentów odpowie przecząco, niezależnie od faktów. Odpowiedź pozytywna stawiałaby ich bowiem automatycznie w sytuacji konfliktowej z lekarzem. To właśnie takie pytania powodują, że pacjenci „często wprowadzają lekarza w błąd co do zażywania przepisanych im leków”, jak pisał Hipokrates.

6. Metody poprawy przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych

Z wielu powodów nieprzestrzeganiu zaleceń terapeutycznych lepiej jest zapobiegać, niż próbować likwidować jego następstwa po ich wystąpieniu (**Tabela II**). W gabinecie lekarza rodzinnego zapobieganie należy rozpocząć od edukacji pacjenta co do celów i sposobu leczenia – pacjent musi wiedzieć nie tylko, na co choruje, ale także jakich korzyści może się spodziewać w wyniku prowadzonego leczenia (a nie jest to bynajmniej takie

Podczas spotkania z pacjentem:

1. Pacjenci mają małą motywację do leczenia schorzeń skąpo- lub bezobjawowych. Poinformuj pacjenta, co jest głównym celem prowadzonego leczenia – czy jest to ustąpienie objawów schorzenia, czy też np. przedłużenie życia.
2. Przeanalizuj częstość zgłaszania się na kolejne wizyty oraz liczbę wystawianych recept. Jeśli pacjent leczy się na chorobę przewlekłą (nadciśnienie, cukrzyca, POChP), a recepty wystawiane są raz na kilka miesięcy i za każdym razem pozwalają na realizację 1- lub 2-miesięcznej terapii, to albo pacjent leczy się niesystematycznie, albo uzyskuje recepty także z innego źródła.
3. Zapytaj pacjenta, czy nic nie stanęło na przeszkodzie w realizacji zaplanowanego poprzednio leczenia, czyli w systematycznym przyjmowaniu leków. Jeśli pacjent ujawni odstępstwa od zaplanowanego schematu terapii, spróbuj się dowiedzieć, co było ich przyczyną, i wraz z pacjentem spróbuj zaplanować alternatywną terapię, której będzie mu łatwiej przestrzegać (np. leki o rzadszym dawkowaniu, o lepszych parametrach organoleptycznych, w wygodniejszej dla pacjenta formie lub drodze podania, zmiana pory przyjmowania leków itd.).
4. Przepisując nowe leki lub zmieniając sposób dawkowania leków, zapisz pacjentowi schemat leczenia na kartce, najlepiej w formie przejrzystej tabeli z dawkowaniem leków.
5. Definiując pory przyjmowania leków, staraj się powiązać je z posiłkami albo innymi rutynowymi czynnościami, ewentualnie – porami dnia, a nie ściśle określonymi godzinami. Pacjentom łatwiej będzie pamiętać o przyjęciu leku „z kolacją” lub „wieczorem” niż punktualnie o 20.00.
6. Niektóre leki wymagają demonstracji ich prawidłowego użycia – dotyczy to zwłaszcza leków wziewnych. Zadbaj, aby pacjent miał okazję zobaczyć, jak się to robi – jeśli dysponujesz opakowaniem leku lub stosownym aplikatorem. Ponieważ nie zawsze będziesz dysponował taką pomocą dydaktyczną, możesz poprosić pacjenta, aby po wykupieniu leku w aptece wrócił do poradni w celu demonstracji jego użycia.
7. W dokumentacji pacjenta prowadź aktualizowaną na bieżąco listę leków stosowanych przewlekle. Przy każdej wizycie pacjenta weryfikuj, czy pacjent ma i stosuje wszystkie leki z tej listy. W razie wątpliwości wypisz kolejny komplet recept – aby uniknąć sytuacji, gdy pacjent przerywa leczenie z powodu braku recept na leki dostępne tylko na receptę.

Tabela II. Zagadnienia wiążące się z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych, warte omówienia z pacjentem.

Źródło: Na podstawie Kardas P., Lewek P., *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. „Terapia” 2012; XX(5): 19–22.*

oczywiste, zwłaszcza w przypadku chorób bezobjawowych, z nadciśnieniem na czele). Warto również, żeby pacjent orientował się, jakie ryzyko wiąże się z niesystematycznym leczeniem. Stosowna informacja warta jest włączenia do dokumentacji, ma bowiem swoje ważne następstwa prawne, podobnie jak wpis o samym fakcie niestosowania się do zaleceń. Proponowane sformułowania mogą brzmieć następująco:

- „Pacjenta poinformowano, że zaniechanie regularnej terapii hipotensyjnej może prowadzić do udarów oraz innych stanów zagrożenia życia” [15].
- „Pacjent nie przestrzega zaleceń. Ponownie poinformowano o konsekwencjach niewłaściwego leczenia lub zaprzestania leczenia choroby nadciśnieniowej” [16].

Następnie warto włączyć pacjenta do procesu decyzyjnego dotyczącego wybierania metod leczniczych, ze szczególnym uwzględnieniem indywidualnych preferencji pacjenta co do stosowanych leków. Zapobiegnie to skutecznie tej części problemu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, która wiąże się z brakiem akceptacji pacjenta dla zaplanowanego leczenia (np. cena, rodzaj leku, częstość jego dawkowania czy wreszcie forma jego podania).

Szczególnie godne polecenia jest aktywne włączenie pacjenta w proces leczniczy, dzięki zaangażowaniu go w szeroko pojętą samokontrolę. Samodzielne dokonywanie pomiarów (np. ciśnienia krwi, poziomu glukozy, przepływu szczytowego w drogach oddechowych, PEF), systematyczna samoocena stanu zdrowia z wykorzystaniem odpowiednich testów czy wreszcie prowadzenie dzienniczków samokontroli nie tylko stwarzają później lekarzowi możliwość precyzyjnej oceny stopnia kontroli choroby, ale także przyczyniają się do ściślejszego włączenia pacjenta w proces terapeutyczny i w rezultacie – do bardziej systematycznego leczenia.

Jeśli jednak działania zapobiegawcze nie przyniosły spodziewanych skutków i pacjent nie przestrzega zaleceń terapeutycznych, to rozpoznanie przez lekarza tego faktu można potraktować jako dobry punkt wyjścia do podjęcia z pacjentem dyskusji o jego przyczynach i znalezienia metod zaradczych. To właśnie może być moment, w którym warto powtórzyć krótką edukację pacjenta dotyczącą korzyści z systematycznego leczenia oraz przedstawić mu straty wynikające z leczenia niesystematycznego. Jak bowiem wynika z niedawnego badania przeprowadzonego wśród osób chorujących na choroby przewlekłe, pacjenci dobrze zdają sobie sprawę z poważnych, ale jednocześnie odległych następstw niesystematycznego leczenia, takich jak zawał czy udar, są natomiast całkowicie nieświadomi następstw bezpośrednich, wynikających np. z krótkotrwałego przerwania terapii czy opuszczenia pojedynczych dawek leku [17].

Okazuje się jednak, że pojedyncze interwencje, mające na celu poprawę przestrzegania zaleceń terapeutycznych, mają umiarkowaną skuteczność. Najlepsze rezultaty osiąga się więc, łącząc kilka działań, szczególnie o różnym charakterze: obejmujące edukację, uproszczenie schematu stosowanego leczenia, samokontrolę, szeroko rozumiane wsparcie oraz wszelkiego rodzaju elemen-

ty przypominające o konieczności leczenia (np. łączenie przyjmowania kolejnych dawek leków z posiłkami lub innymi czynnościami rutynowo podejmowanymi przez pacjenta). Ponieważ skutek jednorazowej interwencji nie jest długi – z reguły nie przekracza 6 miesięcy, wskazane wydaje się cykliczne ponawianie działań mających na celu poprawę przestrzegania zaleceń [18].

Skupiając się na korzyściach, które z systematycznego leczenia może odnieść pacjent, nie należy jednak zapominać o perspektywie lekarza. Bardziej systematyczne leczenie się jego pacjentów to dla lekarza POZ pewniejsze osiągnięcie sukcesu, przy mniejszych kosztach.

Piśmiennictwo

1. Vrijens B., De Geest S., Hughes D.A., Kardas P., Demonceau J., Ruppar T., Dobbels F., Fargher E., Morrison V., Lewek P., Matyjaszczyk M., Mshelia C., Clyne W., Aronson J.K., Urquhart J., for the ABC Project Team, *A new taxonomy for describing and defining adherence to medications*. „Brit. J. Clin. Pharmacol.” 2012; 73(5): 691–705.
2. Kardas P., Lewek P., Strzondała M., *Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów leczących się z powodu astmy i POChP w ocenie lekarzy prowadzących*. „Pneumol. Alergol. Pol.” (w druku).
3. Kardas P., *Rozpowszechnienie nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród pacjentów leczonych z powodu wybranych schorzeń przewlekłych*. „Pol. Merk. Lek.” 2011; XXXI(184): 215–220.
4. Wiśniewska B., Skowron A., *Evaluation of patients' adherence to statins in Poland*. „Curr. Med. Res. Opin.” 2011; 27(1): 99–105.
5. Kardas P., Czeleko T., Śliwczyński A., *Ciągłość i systematyczność leczenia astmy i POChP w Polsce – ocena przestrzegania zaleceń terapeutycznych na podstawie analizy krajowej bazy danych realizacji recept*. Proceedings of The 10th International Conference of the Polish Pharmacoeconomics Society – ISPOR Poland Chapter, Warsaw 2012.
6. Kardas P., Devine S., Golembesky A., Roberts R., *A Systematic Review and Meta-Analysis of Misuse of Antibiotic Therapies in the Community*. „Int. J. Antimicrob. Agents” 2005; 26(2): 106–113.
7. Kardas P., Lewek P., Matyjaszczyk M., *Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews*. „Front. Pharmacol.” 2013; 4: 91. doi: 10.3389/fphar.2013.00091.
8. Sabate E. (red.), *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization, Geneva 2003.
9. Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, *Raport „Polskiego pacjenta portret własny”*, Warszawa 2010.
10. Hughes D.A., Bagust A., Haycox A., Walley T., *The impact of non-compliance on the cost-effectiveness of pharmaceuticals: a review of the literature*. „Health Econ.” 2001; 10: 601–615.
11. Simpson S.H., Eurich D.T., Majumdar S.R., Padwal R.S., Tsuyuki R.T., Varney J., Johnson J.A., *A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality*. „BMJ” 2006; 333(7557): 15.
12. Peterson A.M., Takiya L., Finley R., *Meta-analysis of interventions to improve drug adherence in patients with hyperlipidemia*. „Pharmacotherapy” 2003; 23(1): 80–87.

13. Kardas P., *Patient compliance with antibiotic treatment for respiratory tract infections*. „J. Antimicrob. Chemother.” 2002; 49: 897–903.
14. Kardas P., *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych na świecie i w Polsce*, w: *Polskiego pacjenta portret własny*. Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, Starogard Gdański 2010: 25–35.
15. Tymiński R., *Informacja o terapii*. „Med. Dypl.” 2013; 22(12): 27.
16. Tymiński R., *Pacjent nie przestrzega zaleceń*. „Med. Dypl.” 2014; 23(7–8): 29.
17. *Polskiego pacjenta portret własny*. Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, Starogard Gdański 2010.
18. Haynes R.B., Ackloo E., Sahota N., McDonald H.P., Yao X., *Interventions for enhancing medication adherence*. Cochrane Database Syst Rev. 2008; (2): CD000011.
19. Kardas P., Lewek P., *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych*. „Terapia” 2012; XX(5): 19–22.
20. *ABC Project Final Report*, 2012. www.ABCproject.eu; dostęp: 23.11.2014.



Prewencja chorób układu krążenia w podstawowej opiece zdrowotnej

Tomasz Tomasik

Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

Adres do korespondencji: Tomasz Tomasik, Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Bocheńska 4, 31-061 Kraków, e-mail: mmtomasi@cyf-kr.edu.pl

■ Abstract

Cardiovascular diseases in primary health care

Cardiovascular diseases (CVD) are the leading cause of lost productivity, morbidity, disability and mortality in Poland. The aim of this article is to present feasible in primary health care (PHC) actions to prevent or delay the onset of CVD. The role of the family doctor in these activities is discussed. Both in the Polish and European publications special attention is paid to health promotion and disease prevention as an important task of family doctors. Preventive measures should be implemented in all age groups (children, adults, elderly), and regardless of gender. This article highlights the need to assess the total CVD risk, which is the basis for selection of the best treatment decisions; discusses the risk factors for CVD; presents their occurrence in the Polish population and the methods used in PHC for their early diagnosis. It also describes the method of „brief interventions”, which is a technique that allows altering the lifestyle of patients. CVD prevention should include the correction of all modifiable risk factors. In our country, there are still areas in which there is much room for improvement of the quality of preventive care. In addition to the activities conducted in PHC, it is advisable to take action at other levels of health care system.

Key words: cardiovascular diseases, family physician, global risk, lifestyle, prevention, primary health care

Słowa kluczowe: choroby układu krążenia, lekarz rodzinny, podstawowa opieka zdrowotna, prewencja, ryzyko ogólne, styl życia

■ Wprowadzenie

Miażdżycę rozpoczyna się w młodości, powoduje powstawanie zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych w ścianie tętnic, doprowadza do ich stwardnienia i zwężenia, sprzyja powstawaniu zakrzepów i w rezultacie zmniejsza lub przerywa przepływ krwi w naczyniach. Do jej powstania poza czynnikami genetycznymi przyczynia się nieodpowiedni styl życia, w tym niewłaściwe odżywianie, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu, stres psychiczny. Miażdżycę rozwija się powoli i podstępnie, przez całe życie pacjenta, długi czas nie powoduje dolegliwości. Po kilku dekadach pojawiają się objawy chorób układu krążenia (ChUK).

W rozwiniętych krajach świata, w tym także w Polsce, ChUK stanowią główną przyczynę utraty produktywności, chorobowości, inwalidztwa i zgonów.

W zakresie występowania ChUK w Europie badania epidemiologiczne potwierdzają istnienie dużych różnic pomiędzy poszczególnymi krajami i regionami [1]. Jasno zobrazowali je w swojej pracy Deckert i współpracownicy. Wykazali oni, że dla mężczyzn standaryzowany współczynnik umieralności z powodu tych chorób na 100 tys. populacji wynosi 186,17 we Francji i aż 1145,11 w Rosji [2]. W Polsce, tak jak i w innych krajach naszego regionu, wskaźniki umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca i udaru mózgu są od 1,5 do 3 razy wyższe niż w krajach „starej” Unii Europejskiej [3]. W naszym kraju z powodu ChUK częściej umierają kobiety niż mężczyźni (w 2006 roku współczynniki rzeczywiste dla obu grup wynosiły odpowiednio 451 i 432 na 100 tys.). Sytuacja ta wynika ze starszej struktury wieku kobiet. Po wyeliminowaniu różnic w obu strukturach wieku okazało się, że omawiane choroby są większym

zagrożeniem dla mężczyzn. W Polsce w 2006 roku standaryzowany współczynnik zgonów z powodu ChUK na 100 tys. kobiet wyniósł 291,9, a mężczyzn 480,2 [4].

W Europie Zachodniej od lat 70., a w naszej części kontynentu od lat 90. XX wieku obserwuje się stopniowy spadek umieralności sercowo-naczyniowej. Szacuje się, że 50% tego pozytywnego trendu wiąże się ze zmianami czynników ryzyka, a 40% z nowoczesnym leczeniem [5].

Prewencja ChUK może być skuteczna, niemniej stanowi wyzwanie dla polityków, administratorów ochrony zdrowia, naukowców i personelu medycznego. Jest też działaniem wymagającym zaangażowania każdej osoby, która jest nią objęta. Personel podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), w tym lekarze rodzinni, mają duże możliwości eliminacji czynników ryzyka, wczesnego wykrywania i prawidłowego leczenia choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii i cukrzycy. Powyższe działania mogą się przyczynić do zmniejszenia liczby osób cierpiących na schorzenia układu krążenia [5].

Cel pracy

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie możliwości do realizacji w POZ działań zapobiegających lub opóźniających wystąpienie ChUK. Omówiono rolę lekarza rodzinnego w tych działaniach. Zwrócono też uwagę na działania prewencyjne ukierunkowane na pacjenta, a w mniejszym stopniu na działania ponadindywidualne z zakresu zdrowia publicznego.

Zapobieganie chorobom w praktyce lekarza rodzinnego

Prewencja jest jednym z najważniejszych zadań w opiece sprawowanej przez lekarzy rodzinnych. Realizowana jest w odniesieniu do zróżnicowanego zakresu chorób i problemów zdrowotnych (np. choroby zakaźne, ChUK, nowotwory, urazy, zdrowie psychiczne), a jej celem jest zmniejszenie zachorowalności i umieralności. Wykorzystuje różnorakie metody, w tym szczepienia, zmiany stylu życia, chemioprewencję. Stosowana jest we wszystkich grupach wiekowych (dzieci, dorośli, osoby starsze) i niezależnie od płci pacjenta.

Postuluje się, aby działania z zakresu prewencji ChUK rozpocząć już w okresie ciąży i kontynuować do końca życia pacjenta. Lekarz rodzinny ma największe możliwości w tym zakresie, ponieważ zapewnia pacjentom opiekę ciągłą, trwającą wiele lat. Najczęściej opiekuje się także całymi rodzinami, posiada możliwość poznania ich warunków bytowych oraz socjalnych. W przeciwieństwie do lekarza specjalisty pod swoją opieką ma także osoby zdrowe, wpisane na listę podopiecznych. Właściwe budowanie relacji i więzi z pacjentem daje podstawę do skutecznych działań medycznych. Ponadto realizuje opiekę, uwzględniając kontekst społeczności lokalnej. Może mieć bezpośredni kontakt nie tylko z samymi podopiecznymi, ale także z urzędnikami, politykami, mediami. Zna również ograniczenia finansowe sprawowanej opieki. Warunki takie stwarzają dobre możliwości w zakresie efektywnego wykorzysta-

nia ograniczonych zasobów przeznaczanych na opiekę zdrowotną i działania prewencyjne.

Europejska definicja medycyny rodzinnej/praktyki ogólnej zwraca szczególną uwagę na promocję zdrowia i prewencję chorób. Ujmuje te zagadnienia w jednej z sześciu kluczowych kompetencji, a mianowicie we wszechstronnym podejściu do problemów pacjenta [6]. U.S. Preventive Services Task Force również podkreśla rolę POZ w zapobieganiu chorobom, opracowuje specyficzne rekomendacje oraz przygotowuje narzędzia ułatwiające ich wprowadzanie [7]. Podobne podejście do prewencji chorób prezentują organizacje lekarzy rodzinnych w rozwiniętych krajach spoza naszego kontynentu, w tym w Kanadzie i Australii [8, 9].

Również w Polsce od zapoczątkowanych przed dwudziestu laty przekształceń w POZ zagadnienia związane z zapobieganiem chorobom stawiane są na istotnym miejscu w praktyce lekarza rodzinnego. Przejawem takiego stanu rzeczy jest ich ujęcie w dokumentach strategicznych [10], opracowaniach opisujących kompetencje lekarza rodzinnego [11], najnowszych programach kształcenia podyplomowego w tej dyscyplinie [12], opracowywanych wytycznych postępowania medycznego [13]. W naszym kraju realizowano też wiele centralnych programów uwzględniających zapobieganie ChUK, w które zaangażowany był także personel POZ. Jako przykłady można wymienić: Narodowy Program Zdrowia, Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym POL-HEALTH, Narodowy Program Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD, Program Ograniczenia Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce.

Prowadzono także badania epidemiologiczne oceniające zagrożenie ChUK oraz czynnikami ryzyka. Należą do nich: badania CINDI-WHO – Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme; badania Pol-MONICA Warszawa, Kraków i BIS; SPES – Southern Poland Epidemiological Survey; badania rozpowszechnienia nadciśnienia i innych czynników ryzyka ChUK – NATPOL I, II, III PLUS i 2011; badania stanu zdrowia ludności realizowane przez GUS; Ogólnopolski Program Prewencji Choroby Wieńcowej – POLSCREEN; Wielośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności – WOBASZ [14]. Należy podkreślić, że w omawianym zakresie dużą aktywność wykazywały także samorządy, które realizowały wiele programów lokalnych [15].

Podstawowe definicje

Piąta Wspólna Grupa ds. Zapobiegania Chorobom Serca i Naczyń w Praktyce Klinicznej w europejskich wytycznych z 2012 roku zdefiniowała prewencję ChUK jako „skoordynowany zestaw działań podejmowanych na poziomie społeczeństwa i jednostki, którego celem jest eradykacja, eliminacja lub minimalizacja wpływu poszczególnych rodzajów chorób układu sercowo-naczyniowego oraz związanego z nimi inwalidztwa” [5].

Prewencja ChUK, podobnie jak w innych problemach zdrowotnych, jest dzielona na prewencję pierwotną,

wtórą i trzeciorzędową. Wyróżnia się także prewencję primordialną i czwartorzędową (**Rysunek 1**).

Prewencja primordialna polega na zapobieganiu występowaniu czynników ryzyka, które usposabiają do rozwoju określonej choroby. Obejmuje ona działania wpływające na uwarunkowania socjalne, kulturowe i środowiskowe związane z czynnikami ryzyka. Jej przykładem może być promowanie w społeczeństwie aktywności fizycznej i zdrowej diety. Czynniki te mogą wpływać na ograniczenie różnych chorób.

Prewencja pierwotna jest realizowana w odniesieniu do osób zdrowych, u których nie doszło jeszcze do rozwoju choroby, ale z powodu występowania czynników ryzyka narażenie na te choroby jest zwiększone. Polega ona na kontroli modyfikowalnych czynników ryzyka lub uodpornieniu na czynniki chorobotwórcze. Jej przykładem mogą być szczepienia przeciwko chorobom zakaźnym.

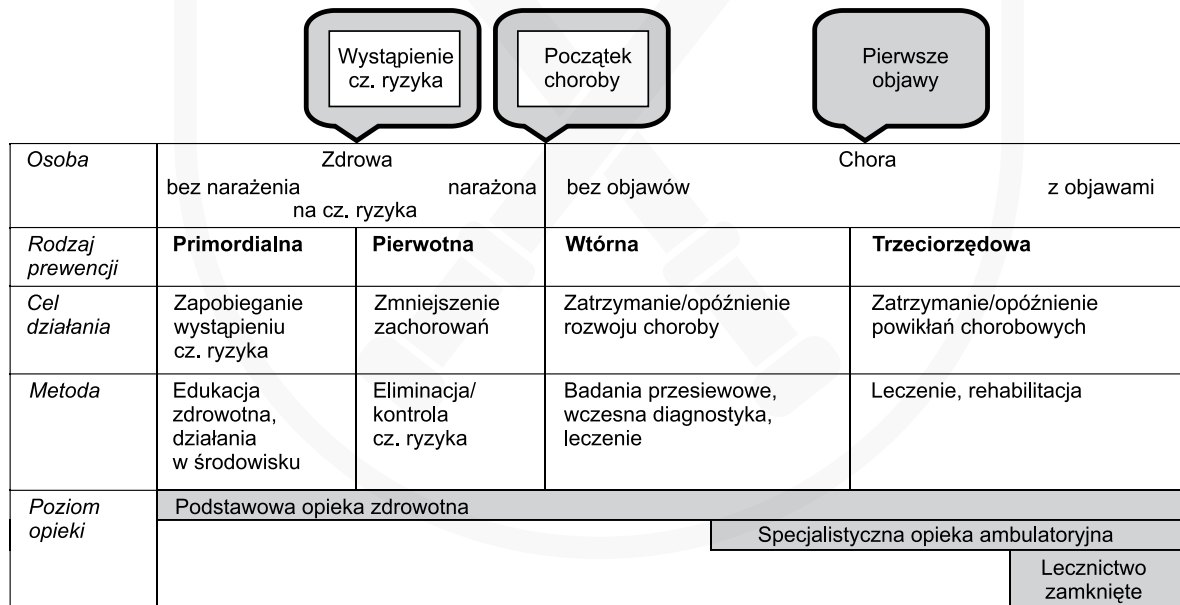
Prewencję pierwotną dzieli się na populacyjną oraz celowaną. Pierwsza z nich jest ukierunkowana na wszystkie osoby (całą populację) zagrożone chorobą. Realizowana jest ona przez różne instytucje, a jako przykład można przytoczyć wprowadzanie zakazów palenia tytoniu w miejscach publicznych. Drugi rodzaj prewencji ukierunkowany jest na osoby z grupy wysokiego ryzyka, czyli na zagrożonych chorobą w stopniu większym niż ogół populacji. Jej celem jest redukcja czynników ryzyka. Realizowana jest ona przez profesjonalistów medycznych, a duża rola w tym zakresie przypada lekarzom rodzinnym. Według aktualnych poglądów prowadzenie efektywnej prewencji ChUK wymaga łączenia obu tych strategii [5].

Prewencja wtórna dotyczy osób bez klinicznych objawów (tzw. bezobjawowych), u których choroba występuje w początkowej fazie. Poprzez wdrożenie badań przesiewowych możliwe jest jej wczesne wykrycie, a następnie wdrożenie odpowiedniego postępowania. W odniesieniu do ChUK przykładem może być wykonywanie pomiaru ciśnienia tętniczego w celu rozpoznania nadciśnienia u osób zgłaszających się do praktyki z różnymi problemami, niekoniecznie dotyczącymi układu sercowo-naczyniowego.

Prewencja trzeciorzędowa (nazywana też wtórą późną) ma miejsce u pacjentów z rozpoznaną chorobą. Zmierzają do zahamowania jej postępu i ograniczenia lub odsunięcia w czasie powikłań. Tego rodzaju postępowanie jest stosowane np. u pacjenta ze stabilną dusznicą bolesną i polega na farmakoterapii, zmianie stylu życia, a także rehabilitacji kardiologicznej.

Używane jest także pojęcie prewencji czwartorzędowej. Światowa Organizacja Lekarzy Rodzinnych (WONCA) definiuje ją jako działanie zapobiegające narażeniu pacjentów na nieuzasadnione lub szkodliwe działania medyczne. Prewencja czwartorzędowa polega na unikaniu stawiania bezpodstawnych rozpoznań, powstrzymywaniu się od zbędnej diagnostyki i terapii oraz uwzględnianiu czasu i kosztów ponoszonych przez pacjenta w związku z różnymi procedurami.

Przedstawione powyżej podziały i definicje budzą pewne kontrowersje. Klasyfikacja poszczególnych rodzajów prewencji nie jest doskonała. Działania pomagające pacjentowi w zaprzestaniu palenia tytoniu można uznać za prewencję wtórą uzależnienia od tytoniu i równo-



Rysunek 1. Działania i metody w zapobieganiu chorobom.

Opracowanie własne na podstawie: Perk J., De Backer G., Gohlke H., Graham I., Reiner Z., Verschuren M., Albus C., Benlian P., Boysen G., Cifkova R., Deaton C., Ebrahim S., Fisher M., Germano G., Hobbs R., Hoes A., Karadeniz S., Mezzani S., Prescott E., Ryden L., Scherer M., Syvännä M., Wilma J.M., Scholte Op Reimer W.J., Vrints C., Wood D., Zamorano J.L., Zannad F. Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na rok 2012. „Kardiol. Pol.” 2012; 70(1): 1–100.

częściej za prewencję pierwotną chorób oddotytoniowych, w tym ChUK. Pojawiają się postulaty, aby zrezygnować z pojęcia prewencja trzeciorzędowa, a postępowanie, które ono obejmuje, traktować jako składową leczenia chorób, a nie działania zapobiegawcze. Niektórzy używają też pojęcia prewencji czwartorzędowej w odniesieniu do działań polegających na rehabilitacji i odbudowaniu funkcji narządów u osób z poważnymi chorobami układu krążenia [16].

Czynniki ryzyka i ogólne ryzyko sercowo-naczyniowe

Przez ostatnie 5 lat w kardiologii prewencyjnej żadnemu zagadnieniu nie poświęcono tak dużo uwagi jak określaniu ryzyka sercowo-naczyniowego, które jest wynikiem oddziaływania wielu czynników.

Za czynnik ryzyka ChUK uznawana jest każda możliwa do zmierzenia cecha lub parametr, którego występowanie w populacji ludzi zdrowych wiąże się ze statystycznie istotnym zwiększeniem zachorowania lub zgonu z powodu tych chorób [17]. Badania INTERHEART, przeprowadzone w 52 krajach i uznawane za istotne w profilaktyce kardiologicznej, potwierdziły znaczenie „klasycznych” czynników ryzyka jako odpowiedzialnych za doprowadzenie do zawału serca. Wystąpienie zdecydowanej większości przypadków tej choroby może być wyjaśnione za pomocą 9 czynników ryzyka: dyslipidemii, palenia tytoniu, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, otyłości brzusznej, czynników psychosocjalnych, braku warzyw i owoców w diecie, nadmiernej konsumpcji alkoholu oraz braku regularnej aktywności fizycznej.

Czynniki ryzyka ChUK można podzielić na modyfikowalne, niemodyfikowalne oraz tzw. nowe czynniki i markery ryzyka. Podział ten oraz choroby zwiększające ryzyko sercowo-naczyniowe przedstawiono w **Tabeli I**.

W Polsce posługiwanie się nowymi czynnikami i biomarkerami ryzyka ChUK w POZ ma ograniczone znaczenie. Wprawdzie niektóre z nich mogą być przydatne w rozszerzonej ocenie ryzyka, ale większość nie jest objęta umową z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oznaczanie jest kosztowne, a ponadto brakuje jasnych wytycznych dotyczących interpretacji i ich zastosowania.

Mają one większe znaczenie w opiece specjalistycznej, zwłaszcza endokrynologicznej, oraz w leczeniu chorób metabolicznych.

Nieco inny podział czynników ryzyka stosowany jest w Stanach Zjednoczonych. Wyróżniane są główne, niezależne czynniki ryzyka (palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego i frakcji LDL, obniżone stężenie cholesterolu HDL, cukrzyca oraz podeszły wiek); czynniki predysponujące (otyłość, w tym brzuszna, brak aktywności fizycznej, przedwczesne występowanie ChUK w rodzinie, czynniki genetyczne, czynniki psychosocjalne i etniczne); czynniki potencjalne (zwiększone stężenie triglicerydów, małych gęstych frakcji cholesterolu LDL, lipoproteiny(a), homocysteiny, białka C-reaktywnego, fibrynogenu) [18].

Obecnie panuje pogląd, że określenie tzw. ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego jest podstawą wyboru najlepszego, logicznego postępowania. Osoby z rozpoznaną ChUK, cukrzycą, chorobą nerek, dużym nasileniem pojedynczych czynników ryzyka zalicza się do grupy wysokiego ryzyka. Osoby, u których nie stwierdza się wymienionych chorób, wymagają oceny ryzyka ogólnego. Jego podstawą jest założenie, że prawdopodobieństwo wystąpienia ChUK u osoby dorosłej, bez objawów choroby (pozornie zdrowej), jest wypadkową wielu czynników ryzyka, które wchodzi we wzajemne interakcje i potęgują niekorzystne działanie. W praktyce lekarskiej postępowanie takie umożliwia odróżnienie osób z wysokim i niskim ryzykiem oraz daje możliwość przewidywania ryzyka u indywidualnego pacjenta. Ułatwia także informowanie o ryzyku, motywuje pacjenta do leczenia, daje podstawę do włączenia leków, umożliwia określanie celów terapeutycznych.

Pojęcie ryzyka ogólnego choroby wieńcowej (ang. *absolute coronary heart disease risk*) zostało wprowadzone przez American Heart Association w 1973 roku. Na naszym kontynencie w 2003 roku w ramach projektu SCORE opracowano system oceny ryzyka ogólnego i zaprezentowano karty umożliwiające jego obliczanie w krajach z wysokim (w tym w Polsce) oraz niskim ryzykiem sercowo-naczyniowym [19]. W projekcie wykorzystano

Modyfikowalne	Czynniki ryzyka hUK		Choroby zwiększające ryzyko ChUK
	Niemodyfikowalne	Nowe czynniki i markery	
Palenie tytoniu, nadwaga/otyłość, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, cukrzyca, mała aktywność fizyczna, nieprawidłowa dieta, nadużywanie alkoholu, czynniki psychosocjalne	Wiek, płeć, pozytywny wywiad rodzinny w kierunku ChUK, występowanie u pacjenta ChUK	Biomarkery reakcji zapalnej (hs-CRP, fibrynogen), biomarkery zakrzepowe (homocysteina, fosfolipaza A2 związana z Lp), grubość błony wewnętrznej i środkowej tętnicy szyjnej, wskaźnik uwapnienia tętnic wieńcowych, wskaźnik kostkowo-ramienny	Grypa, przewlekła choroba nerek, obturacyjny bezdech senny, zaburzenia wzrodu, zapalenie tkanek przyzębia, choroba naczyń po transplantacji i radioterapii, toczeń rumieniowaty, łuszczyca, RZS

Tabela I. Czynniki ryzyka i choroby zwiększające ryzyko ChUK.

Opracowanie własne na podstawie: Perk J., De Backer G., Gohlke H., Graham I., Reiner Z., Verschuren M., Albus C., Benlian P., Boysen G., Cifkova R., Deaton C., Ebrahim S., Fisher M., Germano G., Hobbs R., Hoes A., Karadeniz S., Mezzani S., Prescott E., Ryden L., Scherer M., Syvännä M., Wilma J.M., Scholte Op Reimer W.J., Vrints C., Wood D., Zamorano J.L., Zannad F., Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na rok 2012. „Kardiol. Pol.” 2012; 70(1): 1–100.

dane z 12 badań kohortowych przeprowadzonych w Europie, które objęły łącznie ponad 205 tys. osób. System SCORE szacuje 10-letnie prawdopodobieństwo zgonu z powodu choroby o etiologii miażdżycowej, w tym zawału serca, tętniaka aorty lub udaru mózgu.

Niedawno opublikowany przegląd systematyczny pokazuje, że na świecie opracowano już 102 różne modele oceny ryzyka ChUK. Spośród nich tylko nieliczne zostały poddane rygorystycznym badaniom potwierdzającym ich trafność zewnętrzną, czyli możliwość odniesienia do całej populacji [20]. Należy do nich omówiony poniżej system SCORE.

W systemie tym ryzyko u indywidualnego pacjenta oblicza się, określając 5 parametrów (płeć, wiek, palenie papierosów, skurczowe ciśnienie tętnicze, stężenie cholesterolu całkowitego). Wykorzystywane są specjalne tablice pozwalające określić 10-letnie ryzyko zgonu z powodu ChUK. Ryzyko to jest kategoryzowane jako niskie (< 1%), umiarkowane (1–4%), duże (5–9%) lub bardzo duże ($\geq 10\%$). Istnieją także tablice wykorzystujące proporcje stężeń cholesterolu całkowitego i frakcji HDL oraz tablice do obliczania ryzyka względnego lub tzw. wieku ryzyka. Te ostatnie znajdują zastosowanie u osób młodych.

Możliwe jest również interaktywne obliczanie ryzyka (*Heartscore*), a narzędzia do tego celu są dostępne na stronach internetowych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (również w wersji polskiej): http://www.escardio.org/knowledge/decision_tools/heartscore/pl/ oraz Polskiego Forum Profilaktyki: <http://www.pfp.edu.pl/index.php?id=score2>.

W 2008 roku w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził do POZ Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia – ChUK. Jest on adresowany do osób bez zdiagnozowanej choroby serca lub naczyń, których wiek wynosi 35, 40, 45, 50 oraz 55 lat. Zakłada on: wykonanie badań biochemicznych (stężenie poszczególnych frakcji cholesterolu, triglicerydów i glukozy), pomiar ciśnienia tętniczego krwi, określenie BMI, ocenę ryzyka według systemu SCORE. U osób objętych programem przeprowadzane są działania edukacyjne z zakresu zdrowego stylu życia, a pacjenci, u których rozpoznano ChUK, są kierowani na dalszą diagnostykę i leczenie specjalistyczne. Z uwagi na liczne ograniczenia finansowe i organizacyjne realizacja programu nie osiąga zakładanej skuteczności realizacji.

Sam system SCORE także jest poddawany krytyce. Najistotniejsze zarzuty pod jego adresem obejmują: opracowanie systemu na podstawie badań obserwacyjnych zakończonych przed ponad 25 laty, głównie w krajach Europy Zachodniej; nieuwzględnianie faktu, że umiarkowanie z powodu ChUK zmniejsza się w większości krajów; występowanie problemów z kalibracją i dyskryminacją powodujące niedoszacowanie ryzyka u młodych oraz przeszacowanie u osób starszych; odnoszenie się do populacji i brak prostego odniesienia do indywidualnego pacjenta; uwzględnianie jedynie zgonów, a pomijanie wystąpienia ważnych incydentów, w tym chorób serca i naczyń; fakt, że małe zmiany dzienne i sezonowe ciśnienia krwi lub stężeń cholesterolu mogą powodować znaczne przesunięcia w grupach ryzyka.

Postępowanie zapobiegające ChUK powinno dotyczyć korekcji wszystkich modyfikowalnych czynników ryzyka. Jeśli u określonego pacjenta nie można osiągnąć pełnej kontroli jednego z nich, wówczas ryzyko można zmniejszyć, podejmując intensywne działania wpływające na inne czynniki.

W badaniu kwestionariuszowym przeprowadzonym w 9 krajach Europy Środkowo-Wschodniej wykazano, że polscy lekarze rodzinni wykazują pozytywne nastawienie do kompleksowej oceny ryzyka sercowo-naczyniowego. Zdecydowana większość z nich (70%) wykorzystywała do tego celu system SCORE. Lekarze deklarują także łatwy dostęp do podstawowych badań dodatkowych (laboratoryjnych i obrazowych) przydatnych w ocenie omawianego ryzyka. W odniesieniu do badań wykorzystujących bardziej zaawansowane technologie (USG tętnic szyjnych, echokardiografia) wymagane jest skierowanie za pośrednictwem specjalistów [21]. Takie rozwiązanie, oparte na wykorzystaniu badań niewymagających dużych nakładów finansowych, wydaje się właściwe w naszym kraju.

Poniżej krótko omówiono czynniki ryzyka ChUK, przedstawiono ich występowanie w polskiej populacji, omówiono wywoływane nimi zagrożenia oraz metody stosowane w POZ w celu ich wczesnego rozpoznania. W odniesieniu do czynników ryzyka, dla których opracowano specyficzne wytyczne dla polskich lekarzy rodzinnych, przytoczono także wybrane rekomendacje dotyczące prewencji pierwotnej, wtórnej i trzeciorzędowej.

Palenie tytoniu

Polska znajduje się w czołówce krajów o największej sprzedaży produktów tytoniowych. W Europie jest trzecim krajem pod względem wypalanych papierosów w przeliczeniu na mieszkańca [14, 17, 22].

Badanie przeprowadzone w 2011 roku wykazało, że w Polsce odsetek osób dorosłych, które palą papierosy, wynosi 24%, a codziennymi palaczami było 30,9% mężczyzn i 17,9% kobiet [23]. Odnotowywany jest spadek palących w porównaniu z badaniami wcześniejszymi. Przed 30 laty palących było 60%. Większość Polaków rozpoczyna palenie jeszcze przed 18. r.ż., największy odsetek palaczy występuje w przedziale wieku 30–39 lat, a zmniejszenie częstości palenia obserwuje się po 50. r.ż. [14]. Dodatkowym zagadnieniem jest narażenie na środowiskowy dym tytoniowy osób (zwłaszcza dzieci), które nie palą. Zaledwie 41,8% palaczy w Polsce potwierdza, że w trakcie wizyty u lekarza lub w placówce opieki zdrowotnej radzono im, by przestali palić tytoń. Wśród ankietowanych 50,1% deklaroowało chęć rzucenia nałogu [24, 25].

Palenie tytoniu sprzyja ChUK, chorobom układu oddechowego oraz nowotworom wielu narządów. Okazuje się, że u osób palących 2,95 razy zwiększa się ryzyko zawału niezakończony zgonem i 2,09 razy ryzyko udaru mózgu w porównaniu z osobami niepalącymi [26]. Do chorób odytoniowych zalicza się także POChP, rozedmę płuc i astmę oskrzelową. U kobiet ryzyko związane z paleniem jest większe niż u mężczyzn i stanowi szczególne zagrożenie w czasie ciąży.

U osób, które zaprzestały palenia papierosów, dochodzi do poprawy profilu lipidowego i obniżenia ciśnienia tętniczego. Ryzyko ChUK zmniejsza się dość szybko, ale prawie nigdy nie osiąga poziomu ryzyka osób niepalących. Nawet po 20 latach jest ono zwiększone jeszcze o 22%, w porównaniu z osobami, które nigdy nie paliły [26].

W POZ uzależnienie od tytoniu rozpoznaje się na podstawie wywiadu dotyczącego obecnych i wcześniejszych zachowań pacjenta. W razie potrzeby może on być uzupełniony o informacje uzyskane od członków rodziny pacjenta. Dostępne są także specjalne kwestionariusze ułatwiające rozpoznanie. Test Fagerströma, składający się z 6 pytań, służy do oceny siły uzależnienia od tytoniu [27]. Z kolei test Schneider (12 pytań) służy ocenie motywacji pacjenta do zaprzestania palenia. Oba testy nie są czasochłonne i mogą być rutynowo wykonywane w POZ. Metody obiektywne, takie jak określenie tlenku węgla w wydychanym powietrzu lub nikotyny w niektórych płynach ustrojowych, nie są dostępne w codziennej praktyce. Informacje dotyczące palenia papierosów powinny być odnotowane w dokumentacji pacjenta (**Tabela II**).

Działania zmierzające do zaprzestania palenia tytoniu powinny być interwencją, do której lekarze rodzinni i personel POZ przywiązują szczególną wagę. Obok działań indywidualnych, ukierunkowanych na poszczególne osoby, duże znaczenie dla zdrowia populacji ma polityka państwa. Zasadne jest wdrażanie rozwiązań prawnych, takich jak zakazy palenia w miejscach publicznych oraz zwiększanie ceny papierosów. Znaczenie mają także prowadzone kampanie społeczne i medialne.

Nadciśnienie tętnicze

Ocenia się, że pod względem częstości występowania nadciśnienie tętnicze jest w naszym kraju trzecim czynnikiem ryzyka ChUK (po dyslipidemii i nadmiernej masie ciała). Według badania NATPOL 2011 stwierdza się je u 32% populacji naszego kraju (9,5 mln osób). Nadciśnienie pozostaje nierozpoznane u 30% chorych, a sku-

teczne jego leczenie uzyskuje się u 26% pacjentów [29]. Częstość występowania nadciśnienia rośnie z wiekiem. Po 65. r.ż. stwierdzono je u 76% osób. U większość pacjentów z nadciśnieniem tętniczym występują także dodatkowe, obciążające czynniki ryzyka [14].

Zwiększenie ciśnienia skurczowego o 20 mmHg, a rozkurczowego o 10 mmHg podwaja ryzyko zgonu z powodu choroby niedokrwiennej serca i udaru mózgu. Współwystępowanie nadciśnienia, zaburzeń lipidowych i nietolerancji glukozy zwiększa nawet 5-krotnie ryzyko ChUK [14]. Istnieją dowody, że właściwie leczone nadciśnienie zmniejsza ryzyko powikłań narządowych i zgonu. Normalizacja ciśnienia powoduje redukcję incydentów mózgowych o 30–40% i wieńcowych o 20–25%. Postępowanie w tym zakresie obejmuje zmianę stylu życia oraz wprowadzanie leków hipotensyjnych. Największą skuteczność leczenia niefarmakologicznego uzyskuje się dzięki interwencjom złożonym, obejmującym redukcję masy ciała, zwiększenie aktywności fizycznej, odpowiednie żywienie, ograniczenie spożycia alkoholu.

W POZ nadciśnienie tętnicze rozpoznawane jest na podstawie średniej z pomiarów gabinetowych ($\leq 140/90$ mmHg), dokonywanych dwukrotnie w czasie wizyty. Konieczne jest przeprowadzenie co najmniej 2 potwierdzających wizyt (nie licząc wizyty wstępnej). Pomiar, aby był wiarygodny, wymaga spełnienia kilku istotnych warunków. Bardziej precyzyjne rozpoznanie, wykluczające nadciśnienie białego fartucha, umożliwia ambulatoryjne (24-godzinne) monitorowanie ciśnienia tętniczego. Pacjent może przeprowadzać także tzw. domowe pomiary ciśnienia tętniczego.

Przeprowadzone na przełomie 2007 i 2008 roku badanie wykazało, że w naszym kraju zaskakująco duży odsetek lekarzy rodzinnych określa docelowe wartości leczenia nadciśnienia tętniczego na poziomie niższym niż zalecany przez krajowe i międzynarodowe wytyczne. W odniesieniu do pacjentów z niskim ryzykiem blisko 40% lekarzy wskazywało wartości ciśnienia tętniczego $< 130/80$ mmHg jako docelowe. W odniesieniu do pa-

Rodzaj prewencji	Populacja	Cel działania	Metoda	Zalecenia z polskich wytycznych dla lekarzy POZ
Pierwotna	Osoby niepalące, w tym mogące myśleć o rozpoczęciu palenia	Zapobieganie paleniu	Rozmowa/porada	„Osoby niepalące należy zachęcać do trwania w abstynencji”.
Wtórna	Osoby eksperymentujące lub na wczesnym etapie regularnego palenia	Wczesne zdiagnozowanie, zaprzestanie palenia	Wywiad i leczenie	„Co najmniej raz w roku lekarz rodzinny powinien przeprowadzić z każdym pacjentem palącym tytoń Minimalną Interwencję Antytytoniową”. „(...) korzystne jest jej powtarzanie”. Możliwe jest „Leczenie farmakologiczne”.
Trzeciorzędowa	Osoby uzależnione z rozwijającymi się chorobami odtytoniowymi	Zaprzestanie palenia, zapobieganie następstwom	Leczenie	Jw. oraz „(...) w razie potrzeby skierowanie do innych specjalistów medycznych...”.

Tabela II. Zapobieganie paleniu papierosów: rodzaje prewencji, metody, rekomendacje z polskich wytycznych.

Opracowanie własne na podstawie: Godycki-Ćwirko M., Mączyńska M., Mierzecki A., Wrzeciono B., *Zasady interwencji antytytoniowej, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce*. http://www.klrwp.pl/file/zasady_interwencji_antytytoniowej.pdf; dostęp: 29.08.2014 [28].

cientów z cukrzycą jedna trzecia wskazywała wartości ciśnienia tętniczego < 120/80 mmHg jako odpowiednie. Istnieje także tendencja do nadmiernie wczesnego (bez poprzedzającego okresu leczenia niefarmakologicznego) zalecania leków obniżających ciśnienie tętnicze u pacjentów z 1. i 2. stopniem nadciśnienia tętniczego. Postępowanie takie może wskazywać na zbyt małą uwagę, jaka jest poświęcana zagadnieniom bezpieczeństwa pacjenta i niekorzystnym skutkom zbędnej farmakoterapii. To samo badanie pokazuje, że w Polsce 100% lekarzy POZ stosuje w praktyce inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę, 91% beta-blokery i 87% diuretyki. Większość lekarzy (89%) potwierdza też stosowanie preparatów złożonych, zawierających stałe dawki leków hipotensyjnych [30] (Tabela III).

Zaburzenia gospodarki węglowodanowej

Polska jest krajem o umiarkowanej chorobowości z powodu cukrzycy, ale odnotowywany jest wyraźny wzrost jej występowania [14, 17]. W dużej mierze za ten niekorzystny trend odpowiada brak aktywności fizycznej, nieprawidłowa dieta i wynikająca z nich otyłość. W 2010 roku cukrzyca występowała u 9,3%, a nieprawidłowa tolerancja glukozy u 16,9% osób dorosłych [13]. 85–90% wszystkich przypadków stanowi cukrzyca typu 2 (T2). Wskaźnik umieralności z powodu cukrzycy w naszym kraju szacowany jest na poziomie 13,0–14,0 na 100 tys. na rok [32].

Zaburzenia węglowodanowe doprowadzają do uszkodzenia i niewydolności wielu narządów (kardiomiopatia, nefropatia, neuropatia, retinopatia). Pacjenci z cukrzycą żyją nawet 10 lat krócej niż osoby bez tej choroby. Częściej niż w populacji ogólnej występuje u nich nadciśnienie tętnicze [5]. Ryzyko zgonu z powodu chorób o podłożu miażdżycowym jest u nich od 2 do 4 razy większe w porównaniu z osobami bez tej choroby. Wykazano, że w przypadku cukrzycy T2 jest ono podwyższone już w chwili rozpoznania choroby, natomiast

w cukrzycy T1 wzrasta dopiero po wielu latach jej trwania [17, 33–35].

Skuteczne leczenie cukrzycy zmniejsza ryzyko zachorowań i zgonu z powodu ChUK. Obniżenie HbA1c o 1% redukuje ryzyko zawału o 14%, niewydolności krążenia o 16%, udaru o 12% [36]. Z kolei nadmiernie intensywne leczenie cukrzycy, zakładające osiąganie docelowego stężenia HbA1c < 6%, wywołuje niekorzystne skutki. Wykazano, że wiązało się ono ze zwiększoną umieralnością ogólną [37].

W POZ dostępne są badania przesiewowe pozwalające na postawienie rozpoznania cukrzycy lub stanów przedcukrzycowych, tj. nieprawidłowej glikemii na czczo i nieprawidłowej tolerancji glukozy. Polegają one na określeniu glikemii (przygodnej lub 2-krotnej na czczo) lub oznaczeniu hemoglobiny glikowanej. W niektórych przypadkach konieczne jest wykonanie doustnego testu tolerancji glukozy.

Badanie kwestionariuszowe analizujące określanie przez lekarzy rodzinnych celów terapeutycznych u pacjentów z cukrzycą T2 wykazało, że w naszym kraju wielu z nich prezentowało podejście „im niżej, tym lepiej”. Jako cel leczenia jedna trzecia lekarzy uznawała wartości HbA1c < 6,1% oraz ciśnienia tętniczego < 120/80 mmHg, a więc poniżej poziomu rekomendowanego w międzynarodowych wytycznych. Natomiast w odniesieniu do wartości glikemii na czczo oraz cholesterolu całkowitego i frakcji LDL zdecydowana większość przyjmowała prawidłowe cele terapeutyczne [38] (Tabela IV).

Otyłość i nadwaga

Otyłość stanowi jeden z najpoważniejszych problemów współczesnego świata, nie tylko zdrowotny, ale również społeczny i ekonomiczny [14]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zalicza otyłość do grona epidemii globalnych [39]. Oba rodzaje otyłości, ogólna i brzuszna, zwiększają ryzyko zgonu. Prawdopodobieństwo wystąpienia zawału serca, udaru mózgu i cuk-

Rodzaj prewencji	Populacja	Cel działania	Metoda	Zalecenie z polskich wytycznych dla lekarzy POZ
Pierwotna	Osoby bez nadciśnienia	Zapobieganie/opóźnienie wystąpienia choroby	Promowanie zdrowego stylu życia	Działania nakierowane na „następujące grupy osób: pacjenci z rodzinnym obciążeniem (...), z cukrzycą lub współistniejącą chorobą nerek, chorzy z przynajmniej dwoma klasycznymi czynnikami ryzyka, osoby z ciśnieniem tętniczym $\geq 130/85$ mmHg”.
Wtórna	Osoby na wczesnym etapie nierozpoznanej choroby	Wczesne zdiagnozowanie i kontrola ciśnienia	Przesiewowy pomiar ciśnienia, leczenie	Badaniami: „Objąć wszystkie osoby dorosłe, u których pomiary ciśnienia tętniczego powinny być wykonane przynajmniej raz w roku”.
Trzeciorzędowa	Osoby z chorobą rozpoznaną	Zapobieganie powikłaniom	Leczenie	„Leczenie (...) powinno prowadzić do obniżenia ciśnienia tętniczego do wartości prawidłowych lub, jeśli to niemożliwe, do wartości najbardziej do nich zbliżonych”.

Tabela III. Zapobieganie nadciśnieniu tętniczemu; rodzaje prewencji, metody, rekomendacje z polskich wytycznych.

Opracowanie własne na podstawie: Widecka K., Grodzicki T., Narkiewicz K., Tykarski A., Dziwura J., *Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2011.* „Nadciś. Tętn.” 2011; 15(2): 55–82 [31].

Rodzaj prewencji	Populacja	Cel działania	Metoda	Zalecenie z polskich wytycznych dla lekarzy POZ
Pierwotna	Osoby bez zaburzeń gospodarki węglowodanowej	Zapobieganie/opóźnienie wystąpienia choroby	Promowanie zdrowego stylu życia	„(...) zapobieganie rozwojowi cukrzycy typu 2 poprzez zapobieganie nadwadze i otyłości oraz ich leczenie. Największe znaczenie ma promocja właściwego żywienia i aktywności fizycznej. Zaleca się propagowanie Dekalogu Zdrowego Żywienia”.
Wtórna	Osoby w stadium przedcukrzycowym lub na wczesnym etapie nierozpoznanej choroby	Wczesne diagnozowanie, kontrola parametrów glikemii	Badania przesiewowe glikemii, leczenie	„(...) zaleca się prowadzenie badań przesiewowych w grupach ryzyka”. „U osób bez objawów hiperglikemii i bez czynników ryzyka, ale w wieku powyżej 45. r.ż. badanie w kierunku cukrzycy należy przeprowadzić raz na 3 lata”.
Trzeciorzędowa	Osoby z rozpoznąną cukrzycą	Zapobieganie następstwom	Leczenie	„(...) polega na wczesnym wykrywaniu powikłań i właściwym ich leczeniu oraz na rehabilitacji chorych ze stwierdzonymi powikłaniami”.

Tabela IV. Zapobieganie zaburzeniom węglowodanowym: rodzaje prewencji, metody, rekomendacje z polskich wytycznych.

Opracowanie własne na podstawie: Fabian W., Grzeszczak W., Lukas W., Majkowska L., Szymczyk I., Tomasik T., Windak A., Zasady postępowania w cukrzycy. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Aktis, Łódź 2011 [13].

rzyca rośnie powyżej wartości BMI 26,0 kg/m² [40]. Najmniejsze ryzyko obserwowano przy wartości BMI wynoszącej dla mężczyzn 25,3 i dla kobiet 24,3 [41]. Nadmierna masa ciała sprzyja zaburzeniom lipidowym i insulinooporności, przyczynia się do podwyższenia ciśnienia tętniczego i stężenia glukozy, działa prozapalnie i prokrzepowo, nasila dysfunkcje śródbłonna [5]. Sprzyja także rozwojowi niektórych nowotworów, chorobom układu oddechowego i pokarmowego. Otyłość brzuszna jest także jedną ze składowych zespołu metabolicznego.

W Polsce odsetek osób dorosłych z nadwagą i otyłością sięga 50–70%. Nadwaga występuje częściej u mężczyzn (39%) niż u kobiet (29%), a otyłość podobnie u niespełna 20% osób obu płci. W grupie dzieci i młodzieży (1.–18. r.ż.) w 2009 roku nadmierna masa ciała występowała u 14,5% dziewcząt oraz u 19,9% chłopców [42]. Badanie LIPIDOGram 2006 obejmujące osoby korzystające z POZ w naszym kraju wykazało, że odsetek kobiet z otyłością brzuszną przekroczył 40%, a mężczyzn zbliżył się do 30% [1]. U osoby otyłej zmniejszenie masy ciała o 10% obniża stężenie glukozy na czczo, korzystnie zmienia stężenia cholesterolu i jego frakcji oraz obniża ciśnienie tętnicze [36]. Niezrównoważone pod względem zawartości składników diety oraz nadmiernie restrykcyjne są nieefektywne w leczeniu otyłości, a przy dłuższym stosowaniu mogą być szkodliwe dla zdrowia.

W POZ nadwagę i otyłość określa się na podstawie wskaźnika masy ciała. Wymaga on pomiaru dwóch parametrów antropometrycznych: wzrostu i masy ciała. Otyłość brzuszną rozpoznaje się po wykonaniu pomiaru obwodu talii. Inne wskaźniki, np. stosunek obwodu pasa do obwodu bioder lub do wzrostu, nie są szerzej wykorzystywane na tym poziomie opieki. Podobnie nie wykonuje się bezpośredniego pomiaru masy tłuszczowej (impedancja bioelektryczna, grubość fałdu skórniego) czy

badan obrazowych (np. absorpcyjometria RTG lub USG) (Tabela V).

Zaburzenia lipidowe

Zaburzenia lipidowe są najczęstszymi w naszej populacji czynnikami ryzyka ChUK. Zalicza się do nich hipercholesterolemię, dyslipidemię aterogenną i dyslipidemię mieszaną. Zwiększone ryzyko sercowo-naczyniowe jest spowodowane podwyższonym stężeniem cholesterolu LDL, obniżonym stężeniem cholesterolu HDL oraz zwiększonym stężeniem triglicerydów.

W Polsce u bezobjawowych pacjentów z wysokim ryzykiem ChUK dyslipidemię rozpoznano u 78% z nich [43]. Wśród pacjentów leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności krążenia zaburzenia te występowały u 61% [44]. Jedynie 25% pacjentów leczonych w naszym kraju uzyskuje wskazane docelowe wartości terapii hipolipemizującej [45].

Skutecznie prowadzone leczenie zmniejsza ryzyko choroby niedokrwiennej serca i umieralność. Obniżenie stężenia cholesterolu LDL o 1,0 mmol/l powoduje zmniejszenie umieralności sercowo-naczyniowej i niezaoczonych zgonem zawałów serca o 20–25%.

W POZ lipidogram jest badaniem przesiewowym umożliwiającym rozpoznanie dyslipidemii. Obejmuje ono 4 parametry: cholesterol całkowity, frakcje LDL i HDL cholesterolu oraz triglicerydy. Krew powinna być pobrana na czczo, co najmniej 9 godzin od ostatniego posiłku.

Badanie analizujące farmakoterapię w prewencji ChUK wykazało, że stosowanie statyn w naszym kraju można uznać za zadowalające. W prewencji pierwotnej leki z tej grupy są wykorzystywane przez 91% polskich lekarzy rodzinnych, a w prewencji wtórnej przez 99%. Warto wspomnieć, że w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej sytuacja wygląda nieco odmiennie. Dla

Rodzaj prewencji	Populacja	Cel działania	Metoda	Zalecenie z polskich wytycznych dla lekarzy POZ
Pierwotna	Osoby z prawidłowym BMI i obwodem talii	Zapobieganie/opóźnienie wystąpienia otyłości	Promowanie zdrowego stylu życia	„W profilaktyce nadwagi i otyłości należy zalecać: regularne spożywanie 3–5 posiłków dziennie; regularną aktywność fizyczną: 45–60 min codziennego umiarkowanego wysiłku fizycznego w czasie wolnym”.
Wtórna	Osoby z rozpoczynającą się nadwagą	Wczesne zdiagnozowanie i postępowanie	Przesiewowy pomiar: wagi, wzrostu, obwodu pasa; leczenie	„(...) w poradnictwie związanym z jej leczeniem wykorzystuje się podobną do stosowanej w leczeniu innych nałogów, regułę pięciu „a”*
Trzeciorzędowa	Osoby z rozpoznaną nadwagą lub otyłością	Zapobieganie następstwom	Leczenie	„Farmakoterapia stanowi uzupełnienie leczenia (...), nie zastąpi zmiany sposobu odżywiania i zwiększenia aktywności fizycznej” „(...) zadania lekarza rodzinnego (...) obejmują: (...) diagnozowanie powikłań otyłości; właściwe kierowanie pacjentów do specjalistów i współpracę z nimi”.

* Reguła ta jest opisana w dalszej części niniejszego artykułu jako „pięć P”.

Tabela V. Zapobieganie otyłości i nadwadze: rodzaje prewencji, metody, rekomendacje z polskich wytycznych.

Opracowanie własne na podstawie: Tomiak E., Koziarska-Rościszewska M., Mizgala E., Mastalerz-Migas A., Broncel M., Olszanecka-Glinianowicz M., *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością. Łódź 2014 [42].*

przykładu w Czechach, gdzie istnieje inny system opieki kardiologicznej, tylko 75,7% lekarzy deklaruje przepisywanie leków z tej grupy. W Polsce w celu zapobiegania ChUK lekarze najczęściej przepisują simwastatynę (90% respondentów omawianego badania) i atorwastatynę (70% respondentów). Nowsze leki (np. rosuvastatyna) są stosowane znacznie rzadziej. Zdecydowana większość lekarzy (90%) uczestnicząca w badaniu raportowała długotrwałą, trwającą do końca życia pacjenta terapię statynami. Z kolei stosowanie fibratów oraz terapii złożonej (fibraty i statyny) przez dużą część lekarzy odbiega od zaleceń zawartych w międzynarodowych i krajowych wytycznych [46].

Nieprawidłowa dieta

Stosowana przez pacjenta dieta wpływa na ryzyko ChUK głównie poprzez zmianę stężenia lipidów i glukozy w surowicy oraz zmianę wysokości ciśnienia tętniczego krwi.

Poprawa zwyczajów żywieniowych zmniejsza nie tylko ryzyko sercowo-naczyniowe, ale także ryzyko innych chorób, np. nowotworowych.

Przeprowadzone badania potwierdzają, że wielonienasycone kwasy tłuszczowe z grupy omega-3 zmniejszają umieralność z powodu choroby wieńcowej i udaru mózgu. Natomiast spożywanie kwasów tłuszczowych o konfiguracji trans zwiększa to ryzyko. Ograniczenie spożycia soli o 3 g na dobę powodowało zmniejszenie zapadalności na chorobę wieńcową o blisko 10% oraz na udar mózgu o ponad 7% [5]. Korzystne rezultaty daje także spożywanie większej ilości błonnika znajdującego się w produktach pełnoziarnistych, owocach, roślinach strączkowych i innych warzywach.

W praktyce lekarza rodzinnego ocena diety stosowanej przez pacjenta może się okazać trudna. Dokładna analiza poszczególnych składników jest pracochłonna. Bardziej praktyczna jest metoda polegająca na określeniu grup spożywanych produktów żywnościowych. Informacje w tym zakresie uzyskuje się od samego pacjenta, a w razie potrzeby wywiad można uzupełnić danymi od członków rodziny. Można porównywać dietę stosowaną przez pacjenta, uwzględniającą najczęściej tradycyjne polskie zwyczaje, z najlepiej zbadaną i uznawaną za jedną z najzdrowszych dietą śródziemnomorską. Przekazywanie przez lekarza informacji korygujących dietę powinno dotyczyć podaży kalorii i różnorodności spożywanych pokarmów. Należy omówić spożycie takich produktów, jak olej roślinny, owoce, warzywa, ryby oraz takich składników, jak kwasy tłuszczowe, sól, błonnik, fitosterole i fitostanole.

Zalecenia dotyczące zmian diety mogą być dla pacjenta trudne do wprowadzenia. Często stoją w sprzeczności ze społecznie i rodzinnie akceptowanymi zachowaniami i przyzwyczajeniami, mogą powodować stres oraz zwiększać koszty zakupu produktów spożywczych.

Alkohol

Konsumpcja alkoholu jest w Polsce na niższym poziomie niż średnia w innych krajach europejskich. Według opracowania Państwowego Zakładu Higieny z 2008 roku całkowite spożycie w przeliczeniu na czysty etanol na jednego mieszkańca w naszym kraju wynosiło 6,7 l, podczas gdy w Czechach 13,7 l, a w Luksemburgu 14,6 l [47]. Od ćwierć wieku zmienia się rodzaj wypijanego alkoholu. Maleje spożycie napojów wysokoprocentowych. Badania analizujące sięganie po alkohol przez 15-letnią

młodzież także wskazują na mniejszy problem w naszym kraju w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Niemniej według szacunków Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych osoby uzależnione od alkoholu stanowią 2% populacji, a pijące szkodliwie 5–7% [48]. Łącznie 84% Polaków spożywa alkohol, a 16% jest abstynentami [49].

Szkodliwość alkoholu wynika z wpływu na wiele układów i narządów. Sprzyja on wystąpieniu nie tylko ChUK (np. kardiomiopatia, udar mózg, nadciśnienie), lecz także urazom i wypadkom, różnego rodzaju nowotworom (np. wątroby, przelyku, sutka), chorobom przewodu pokarmowego, chorobom zakaźnym, zaburzeniom psychicznym [49]. Oprócz problemów zdrowotnych powoduje on także problemy społeczne (przemoc w rodzinie, absencja w pracy, przestępstwa).

Badania epidemiologiczne wykazały korzystny wpływ umiarkowanego spożycia alkoholu na śmiertelność [50, 51]. Najwyraźniejszą redukcję ryzyka, chociaż nie była ona duża, wykazano u osób spożywających 10–20 g etanolu na dobę [52]. Po przekroczeniu górnych wartości wyraźnie wzrasta ryzyko ChUK.

W praktykach POZ można wykonywać testy przesiewowe pozwalające na wstępną ocenę występowania problemów alkoholowych u pacjenta (uzależnienie, picie problemowe) [53]. Pełna diagnoza wymaga obserwacji klinicznej. Testem polecanym przez WHO jest test AUDIT (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*), składający się z 10 pytań. Innym krótkim i prostym testem jest zawierający 4 pytania CAGE (*Cut, Angry, Guilty, Empty*) [54]. Najmniej czasochłonnym rozwiązaniem jest zadanie pacjentowi jednego pytania, które pozwala zidentyfikować problemy z alkoholem. Brzmi ono: „Czy w czasie jednego posiedzenia w ciągu ostatnich 3 miesięcy zdarzyło się Panu/Pani wypić więcej niż 5 drinków alkoholu?” [55]. Wykonanie oznaczenia aminotransferaz wątrobowych (ALT, AST) i gamma-glutamylotransferazy (GGTP) oraz wykazanie ich podwyższonego poziomu może być spowodowane uszkodzeniem wątroby przez alkohol.

Wykrywanie nadużywania i uzależnienia od alkoholu daje szansę lekarzowi na udzielenie pomocy pacjentowi. Lekarz POZ może przeprowadzić krótką interwencję i skierować pacjenta do leczenia specjalistycznego. Z uwagi na społeczne oraz kulturowe uwarunkowania konsumpcji alkoholu w Polsce lekarze POZ powinni przekonywać pacjenta do ograniczania spożycia. Nie jest wskazane zachęcanie niepijącego pacjenta do konsumpcji małych ilości alkoholu. Uwagę należy zwrócić na osoby, u których spożycie etanolu jest szczególnie przeciwwskazane (np. kobiety w ciąży i karmiące piersią, pacjenci z chorobami wątroby lub przyjmujący niektóre leki, pacjenci z problemem kontroli picia).

Aktywność fizyczna

W krajach naszego kontynentu, w czasie pracy lub w czasie wolnym, mniej niż połowa obywateli systematycznie podejmuje aerobowy wysiłek fizyczny [5, 56]. Również badania przeprowadzone w Polsce wskazują,

że 50–60% osób dorosłych cechuje zbyt mała aktywność fizyczna [57]. Problem ten jest szczególnie duży u kobiet, mieszkańców dużych aglomeracji miejskich oraz osób o niższym statusie społecznym.

Wysiłek zwiększa zdolność wykorzystania tlenu, poprawia perfuzję mięśnia sercowego, korzystnie wpływa na aktywność trombolityczną i agregację płytek krwi, zmniejsza ryzyko zaburzeń rytmu serca [5]. Podejmowanie regularnego, aerobowego wysiłku fizycznego doprowadza do obniżenia ciśnienia tętniczego skurczowego i rozkurczowego średnio o 5 mmHg [58]. Potwierdzono także korzystny wpływ aktywności fizycznej na metabolizm węglowodanów [59–61] i gospodarkę lipidową [62, 63]. Aktywność fizyczna wymagająca wydatku energetycznego powyżej 1000 kcal/tydzień powodowała zmniejszenie umieralności ogólnej o 20–30% [64]. W badaniu przeprowadzonym wśród starszych osób wykazano, że nawet niewielki wysiłek fizyczny (np. regularny spacer) powoduje obniżenie ciśnienia tętniczego oraz zmniejszenie całkowitego ryzyka zgonów z powodu ChUK [65].

W POZ określenia aktywności fizycznej dokonuje się na podstawie metod subiektywnych w ramach wywiadu z pacjentem. Brakuje prostego narzędzia przesiewowego. Możliwe do wykorzystania są dzienniczki lub książeczki, w których odnotowywane są sesje treningowe. Mało popularne są kwestionariusze (np. IPAQ – *International Physical Activity Questionnaire* [66], SDPAR – *Seven Day Physical Activity Recall* [67]). Ich stosowanie ogranicza się raczej do naukowych badań populacyjnych. Możliwe są także rozwiązania polegające na użyciu specyficznych skal (np. skala Borga do subiektywnej oceny intensywności wysiłku [68]), rejestracja częstości rytmu serca, użycie krokomierzy lub akcelerometrów.

Wysiłek nadmierny, niedostosowany do możliwości pacjenta lub jego wieku może być szkodliwy. Bezwzględne przeciwwskazania do podjęcia zwiększonej aktywności fizycznej obejmują: niewyrównaną niewydolność krążenia, niestabilną chorobą wieńcową, niewydolność oddechową. Bardzo rzadkim powikłaniem jest nagły zgon sercowy, spowodowany przyczynami kardiologicznymi. Niegroźny i przemijający charakter mają przeciążenia narządu ruchu i różnego rodzaju urazy. Powikłania występują częściej w sporcie wyczynowym, a zapobieganie im wymaga specjalistycznej wiedzy i umiejętności przekraczających kompetencje lekarza POZ.

Zalecanie zwiększonego wysiłku fizycznego u pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaną ChUK powinno być bardzo ostrożne. Konieczna jest poprzedzająca ocena ryzyka i często próba wysiłkowa oraz opinia kardiologa. Zasadne może być kierowanie pacjenta do programu rehabilitacji kardiologicznej.

Krótką interwencją

W zapobieganiu ChUK wykorzystywana jest metoda określana jako „krótka interwencja”. Umożliwia ona korygowanie niewłaściwych przyzwyczajzeń pacjentów oraz pozwala lekarzowi lub pielęgniarce POZ skutecznie wspierać osoby wprowadzające zmiany stylu życia. Jest

Składowe interwencji	Działanie
Pytaj	Zapytanie pacjenta o jego ryzykowne zachowania zdrowotne; określenie wszystkich z nich oraz stopnia ich nasilenia; możliwość skorzystania z wystandaryzowanych narzędzi przesiewowych.
Poradź	Informowanie (w sposób przyjazny, specyficzny oraz dostosowany do możliwości pacjenta) o zagrożeniach związanych z określonym zachowaniem i korzyściach wynikających z wprowadzenia zmian.
Przeprowadź ocenę	Określenie gotowości pacjenta do zmiany, przekonywanie do jej wprowadzenia; uzgodnienie z pacjentem realnego celu leczenia oraz metody jego osiągnięcia; uwzględnianie preferencji pacjenta, jego możliwości i uwarunkowań zewnętrznych; w przypadku wielu ryzykownych zachowań ustalenie priorytetów w ich ograniczaniu.
Pomóż	Wspieranie pacjenta w dokonaniu zmiany zachowań i osiągnięciu uzgodnionych celów; w razie potrzeby proponowanie modyfikacji planu postępowania; wprowadzanie terapii farmakologicznej; zachęcanie rodziny do współpracy i pomocy pacjentowi.
Planuj	Zaplanowanie i przeprowadzenie wizyt kontrolnych lub konsultacji telefonicznych w celu pomocy we wdrożeniu zmian oraz ich monitorowanie; w razie konieczności zalecenie intensywniejszego, specjalistycznego leczenia.

Tabela VI. Składowe krótkiej interwencji.

Opracowanie własne na podstawie: Godycki-Ćwirko M., Mączyńska M., Mierzecki A., Wrzeciono B., *Zasady interwencji antynikotynowej. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce*, http://www.klrwp.pl/file/zasady_interwencji_antytytoniowej.pdf; dostęp: 29.08.2014.

przydatna przy wprowadzaniu ograniczeń w spożyciu alkoholu, rezygnacji z palenia tytoniu, zmian w diecie, zwiększaniu aktywności fizycznej [69–71].

Metoda wykorzystuje element doradztwa psychologicznego. Polega ona na krótkiej, 4–15-minutowej ustrukturalizowanej rozmowie, która najczęściej stanowi część zwykłej wizyty. Można ją realizować nawet wówczas, gdy powód zgłoszenia się pacjenta nie jest bezpośrednio związany z problemem, którego interwencja ma dotyczyć. Pierwszy jej etap wymaga zadania kilku pytań pozwalających ocenić zagrożenie pacjenta wynikające ze szkodliwych zachowań. Następnie pacjentowi przekazywane są stosowne informacje.

Praktyka lekarza rodzinnego, charakteryzująca się ciągłością opieki nad pacjentem, znajomością rodziny, opieką zarówno w chorobie, jak i zdrowiu, jest szczególnie dobrym miejscem do stosowania tej metody.

Krótką interwencją wymaga uwzględnienia 5 składowych określanych jako „pięć P” (Pytaj, Poradź, Przeprowadź ocenę, Pomóż, Planuj) [28]. Ich zakres przedstawiono w Tabeli VI.

Efektywność krótkiej interwencji została potwierdzona w POZ [72], ale nadal istnieją wątpliwości dotyczące jej wartości na innych poziomach opieki zdrowotnej [73]. W naszym kraju metoda ta powinna być popularyzowana i szerzej niż dotychczas wykorzystywana w praktykach. Wprawdzie na początku obecnego stulecia Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce i Centrum Onkologii prowadziły kursy z zakresu minimalnej interwencji antytytoniowej, ale liczba ich uczestników była ograniczona.

Podsumowanie

Dane epidemiologiczne wskazują na potrzebę podejmowania działań zmierzających do ograniczenia zapadalności na ChUK. W Polsce najbardziej odpowiednim miejscem do realizacji działań z zakresu prewencji pierwotnej i dużej części prewencji wtórnej jest POZ. Lekarz

rodzinny, z uwagi na wszechstronny charakter sprawowanej opieki, możliwość budowania właściwych relacji z pacjentem i jego rodziną, uwzględnianie kontekstu lokalnego może odegrać w tym zakresie szczególnie istotną rolę. Posiadanie określonej listy pacjentów pozwala identyfikować osoby zagrożone ChUK, a długotrwały kontakt ułatwia wprowadzanie zmian w stylu życia i skuteczną farmakoterapię.

Przeprowadzone w krajach Europy Środkowo-Wschodniej badania wskazują, że polscy lekarze rodzinni uważają zapobieganie ChUK za swój ważny zakres działań i deklarują zaangażowanie w opiekę nad pacjentami z ryzykiem oraz chorobami serca i naczyń. W naszym kraju ciągle istnieją sfery, w których jest wiele miejsca na poprawę jakości postępowania prewencyjnego. Badania pokazują także, że niektóre decyzje dotyczące zapobiegania ChUK są podejmowane bez uzasadnienia wynikającego z dowodów pochodzących z badań naukowych.

Poza działaniami realizowanymi w praktykach POZ ukierunkowanymi na pacjentów i ich rodziny wskazane jest podejmowanie działań na innych poziomach opieki zdrowotnej. Zalecana jest bliższa współpraca lekarza rodzinnego i kardiologa. Konieczny jest także łatwiejszy dostęp do porady specjalistycznej w przypadku wątpliwości w zakresie profilaktycznego stosowania leków, trudności w planowaniu i wdrażaniu diety, konieczności rehabilitacji ruchowej, problemów psychologicznych, leczenia nałogów. Uwagi wymaga także formułowanie i przekazywanie pacjentowi zaleceń przy wypisie z oddziału szpitalnego, a także przekazywanie informacji między szpitalami a praktykami POZ.

Należy poddać analizie i wyciągnąć wnioski z dotychczas przeprowadzonych centralnych i lokalnych programów, które miały na celu zapobieganie chorobom serca i naczyń. Konieczne są zmiany w istniejących programach oraz uwzględnianie faktu, że efektywna prewencja wymaga zwiększonego nakładu pracy i odpowiednich

środków finansowych. Większa niż dotychczas część wydatków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej powinna być kierowana na działania z zakresu zapobiegania ChUK. Działania w praktykach POZ powinny być prowadzone równoległe z działaniami w sferze zdrowia publicznego, w tym polegających na tworzeniu sprzyjających zachowaniu zdrowia zmian prawnych oraz prowadzeniu kampanii medialnych.

Piśmiennictwo

1. Rayner M., Petersen S., *European cardiovascular disease statistics*. British Heart Foundation: London. <http://www.heartstats.org/homepage.asp>; dostęp: 14.09.2014.
2. Deckert A., Winkler V., Paltiel A., Razum O., Becher H., *Time trends in cardiovascular disease mortality in Russia and Germany from 1980 to 2007 – are there migration effects?* „BMC Public Health” 2010; 10: 488.
3. Majewicz A., Marcinkowski J.T., *Epidemiologia chorób układu krążenia. Dlaczego w Polsce jest tak mało zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi?* „Probl. Hig. Epidem.” 2008; 89(3): 322–325.
4. Wojtyniak B., Goryński P., *Sytuacja zdrowotna ludności polski*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008.
5. Perk J., De Backer G., Gohlke H., Graham I., Reiner Z., Verschuren M., Albus C., Benlian P., Boysen G., Cifkova R., Deaton C., Ebrahim S., Fisher M., Germano G., Hobbs R., Hoes A., Karadeniz S., Mezzani S., Prescott E., Ryden L., Scherer M., Syväne M., Wilma J.M., Scholte Op Reimer W.J., Vrints C., Wood D., Zamorano J.L., Zannad F., *Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na rok 2012*. „Kardiolog. Pol.” 2012; 70(1): 1–100.
6. EURACT, *The European Definition of General Practice/ Family Medicine*. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>; dostęp: 25.09.2014.
7. U.S. Preventive Services Task Force, *Tools for Using Recommendations in Primary Care Practice*. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/tools.htm>; dostęp: 25.08.2014.
8. The College of Family Physicians of Canada, *Preventive Care Checklist Forms*. <http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=1184&langType=4105>; dostęp: 25.08.2014.
9. The Royal Australian College of General Practitioners, *Putting prevention into practice (green book)*. <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/greenbook/>; dostęp: 25.08.2014.
10. Łuczak J.R., Roślewski A., Tomasik T., Windak A., *Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego*. „Służba Zdrowia” 1998; 59/60, 61/62, 65/66, 89/90.
11. Windak A., Jarosz M., Kulczycka J., Surdacki A., Tomasik T., *Zakres kompetencji lekarza rodzinnego*. Vesalius, Kraków 1994.
12. CMKP, *Program specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej*. <http://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2014/06/Akredytacja2014-program-medycyna-rodzinna.pdf>; dostęp: 25.08.2014.
13. Fabian W., Grzeszczak W., Lukas W., Majkowska L., Szymczyk I., Tomasik T., Windak A., *Zasady postępowania w cukrzycy, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego*. Aktis, Łódź 2011.
14. Józwiak J., *Ocena wybranych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w ogólnopolskiej 5-letniej prospektywnej obserwacji kohorty pacjentów POZ. Badanie LIPIDOGRAM 5 LAT*. Politechnika Częstochowska, Częstochowa 2013.
15. Drygas W., Jegier A., Kaczmarczyk-Chałas K., Kwaśniewska M., *Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu krążenia*. Opracowany na zlecenie Wydziału Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Łodzi, Łódź 2003.
16. Starfield B., Hyde J., Gervas J., Heath I., *The concept of prevention: a good idea gone astray?* „J. Epidemiol. Community Health” 2008; 62(7): 580–583.
17. Matyjaszczyk P., *Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego na podstawie badań pacjentów poradni POZ*. Praca doktorska, 2013. <http://www.wbc.poznan.pl/Content/270951/index.pdf>; dostęp: 28.08.2014.
18. Grundy S.M., Pasternak R., Greenland P., Smith S. Jr., Fuster V., *Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology*. „Circulation” 1999; 100(13): 1481–1492.
19. Conroy R.M., Pyörälä K., Fitzgerald A.P., Sans S., Menotti A., De Backer G., De Bacquer D., Ducimetière P., Jousilahti P., Keil U., Njølstad I., Oganov R.G., Thomsen T., Tunstall-Pedoe H., Tverdal A., Wedel H., Whincup P., Wilhelmsen L., Graham I.M., *SCORE project group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project*. „Eur. Heart J.” 2003; 24(11): 987–1003.
20. Matheny M., McPheeters M.L., Glasser A., Mercaldo N., Weaver R.B., Jerome R.N., Walden R., McKoy J.N., Pritchett J., Tsai C., *Systematic Review of Cardiovascular Disease Risk Assessment Tools*. Evidence Synthesis No. 85. AHRQ Publication No. 1105155-EF-1, MD Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville 2011.
21. Tomasik T., Windak A., Seifert B., Kersnik J., Palka M., Margas G., Svatopluk B., *The self-perceived role of general practitioners in care of patients with cardiovascular diseases. A survey in Central and Eastern European countries following health care reforms*. „Int. J. Cardiol.” 2013; 164: 327–333.
22. European Commission, *Tobacco or health in the European Union. Past, present and future*. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/tobacco/documents/tobacco_exs_pl.pdf; dostęp: 29.09.2014.
23. Ministerstwo Zdrowia, *Program ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce*. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/projekt_tyton_11032014_poppp.pdf; dostęp: 25.08.2014.
24. Ministerstwo Zdrowia, *Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS), Polska 2009–2010*. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sondaz_tyt_15112010.pdf; dostęp: 02.09.2014.

25. Sakowska I., Wojtyniak B., *Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia*, w: Wojtyniak B., Goryński P., *Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008: 185–202.
26. Teo K.K., Ounpuu S., Hawken S., Pandey M.R., Valentin V., Hunt D., Diaz R., Rashed W., Freeman R., Jiang L., Zhang X., Yusuf S., *INTERHEART Study Investigators. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study*. „Lancet” 2006; 19(368), 9536: 647–658.
27. Zatoński W., Jankowski P., Banasiak W., Kawecka-Jaszcz K., Musiał J., Narkiewicz K., Opolski G., Podolec P., Torbicki A., Zembala M., *Wspólne stanowisko dotyczące rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Uzupełnienie „Konsensusu dotyczącego rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu”*. „Kardiolog. Pol.” 2011; 69(1): 96–100.
28. Godycki-Ćwirko M., Mączyńska M., Mierzecki A., Wrzeczono B., *Zasady interwencji antytytoniowej, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce*. http://www.klrwp.pl/file/zasady_interwencji_antytytoniowej.pdf; dostęp: 29.08.2014.
29. Narkiewicz K., *Nadciśnienie tętnicze 2013: Polska na tle świata*. www.who.un.org.pl/common/files_download.php?fid=27; dostęp: 25.08.2014.
30. Tomasik T., Windak A., Jozwiak J., Oleszczyk M., Seifert B., Kersnik J., Kryj-Radziszewska E., *Treatment of hypertension in central and eastern European countries: self-reported practice of primary care physicians*. „J. Hypertens.” 2012; 30: 1671–1678.
31. Widecka K., Grodzicki T., Narkiewicz K., Tykarski A., Dziwura J., *Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2011*. „Nadciśn. Tętn.” 2011; 15(2): 55–82.
32. Nowakowski A., *Epidemiologia cukrzycy*. „Diabet. Prakt.” 2002; 3(4): 181–185.
33. Kannel W.B., McGee D.L., *Diabetes and cardiovascular disease. The Framingham study*. „JAMA” 1979; 241(19): 2035–2038.
34. Brand F.N., Abbott R.D., Kannel W.B., *Diabetes, intermittent claudication, and risk of cardiovascular events. The Framingham Study*. „Diabetes” 1989; 38(4): 504–509.
35. Goldbourt U., Yaari S., Medalie J.H., *Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. A 23-year mortality follow-up in the Israeli Ischemic Heart Disease Study*. „Cardiology” 1993; 82(2–3): 100–121.
36. Podolec P., *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2007.
37. Gerstein H.C., Miller M.E., Byington R.P., Goff D.C. Jr., Bigger J.T., Buse J.B., Cushman W.C., Genuth S., Ismail-Beigi F., Grimm R.H. Jr., Probstfield J.L., Simons-Morton D.G., Friedewald W.T., *Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes*. „N. Engl. J. Med.” 2008; 358(24): 2545–2559.
38. Tomasik T., Windak A., Seifert B., Kersnik J., Jozwiak J., *Treatment targets in patients with Type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe*. „Eur. J. Gen. Pract.” 2014 Feb 13 [Epub ahead of print].
39. World Health Organization, *Obesity and overweight. Fact sheet N°311*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>; dostęp: 11.09.2014.
40. Wannamethee S.G., Shaper A.G., Walker M., Ebrahim S., *Lifestyle and 15-year survival free of heart attack, stroke, and diabetes in middle-aged British men*. „Arch. Intern. Med.” 1998; 158(22): 2433–2440.
41. Pischon T., Boeing H., Hoffmann K., Bergmann M., et al., *General and abdominal adiposity and risk of death in Europe*. „N. Engl. J. Med.” 2008; 359(20): 2105–2120.
42. Tomiak E., Koziarska-Rościszewska M., Mizgała E., Mastalerz-Migas A., Broncel M., Olszanecka-Glinianowicz M., *Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością*, Łódź 2014.
43. Pietrasik A., Starczewska M., Główczyńska R., Rdzanek A., Filipiak K., Opolski G., *Prewencja wtórna zawału serca w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce – wybrane wyniki programu POLKARD SPOK*. „Kardiolog. Pol.” 2006; 64(3): 198–209.
44. Wizner B., Dubiel S., Zdrojewski T., Opolski G., et al., *Ogólnopolski program oceny diagnostyki, leczenia i kosztów u chorych z niewydolnością serca w losowo wybranych jednostkach lecznictwa otwartego i zamkniętego na poziomie podstawowym, wojewódzkim i specjalistycznym*. „Fol. Cardiol.” 2006; 13(1): 73–81.
45. Tomasik T., Jozwiak J., Windak A., Rygiel K., et al., *Prevention of coronary heart disease in primary medical care in Poland: results from the LIPIDOGram study*. „Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.” 2011; 18(2): 287–296.
46. Tomasik T., Windak A., Seifert B., Kersnik J., Kijowska V., Dubas K., *Lipid-lowering pharmacotherapy in Central and Eastern European countries in cardiovascular prevention: self-reported prescription patterns of primary care physicians*. „J. Cardiovasc. Pharmacol. Ther.” 2013; 18(3): 234–242.
47. Wojtyniak B., Goryński P., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Warszawa 2008. http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/PZH_Raport_2008.pdf; dostęp: 29.09.2014.
48. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=16%20%2812.08.2010%29; dostęp: 04.09.2014.
49. TNS, *Spożycie alkoholu w Polsce w 2012 r. Raport z badania*. <http://www.tnsglobal.pl/jakprijapolacy/pdf/raport.pdf>; dostęp: 04.09.2014.
50. Rehm J., Bondy S., *Alcohol and all-cause mortality: an overview*. „Novartis Found. Sympos.” 1998; 216: 223–232, discussion 232–236.
51. Hoffmeister H., Schelp F.P., Mensink G.B., Dietz E., Böhring D., *The relationship between alcohol consumption, health indicators and mortality in the German population*. „Int. J. Epidemiol.” 1999; 28(6): 1066–1072.
52. Sasaki S., *Alcohol and its relation to all-cause and cardiovascular mortality*. „Acta Cardiol.” 2000; 55(3): 151–156.

53. Fiellin D.A., Reid M.C., O'Connor P.G., *Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review.* „Arch. Intern. Med.” 2000; 160(13): 1977–1989.
54. Ewing J.A., *Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire.* „JAMA” 1984; 252(14): 1905–1907.
55. Taj N., Devera-Sales A., Vinson D.C., *Screening for problem drinking: Does a single question work?* „J. Fam. Pract.” 1998; 46(4): 328–335.
56. Margetts B.M., Rogers E., Widhal K., Remaut de Winter A.M., Zunft H.J., *Relationship between attitudes to health, body weight and physical activity and level of physical activity in a nationally representative sample in the European Union.* „Public Health Nutr.” 1999; 2(1A): 97–103.
57. Drygas W., Kwaśniewska M., Szcześniewska D., Koza-kiewicz K., Głuszek J., Wiercińska E., Wyrzykowski B., Kurjata P., *Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki Programu WOBASZ.* „Kardiol. Pol.” 2005; 63(4): 636–640.
58. Fagard R.H., *Prescriptions and results of physical activity.* „J. Cardiovasc. Pharmacol.” 1995; 25(1): 20–27.
59. Lindstrom J., Absetz P., Hemio K., *Reducing the risk of type 2 diabetes with nutrition and physical activity – efficacy and implementation of lifestyle interventions in Finland.* „Public Health Nutr.” 2010; 13(6A): 993–999.
60. Vermunt P.W., Milder I.E., Wielaard F., de Vries J.H. et al., *Lifestyle Counseling for Type 2 Diabetes Risk Reduction in Dutch Primary Care: Results of the APHRODITE study after 0.5 and 1.5 years.* „Diabetes Care” 2011; 34(9): 1919–1925.
61. Vermunt P.W., Milder I.E., Wielaard F., de Vries J.H., Baan C.A., van Oers J.A., Westert G.P., *A lifestyle intervention to reduce Type 2 diabetes risk in Dutch primary care: 2.5-year results of a randomized controlled trial.* „Diabet. Med.” 2012; 29(8): 223–231.
62. Komal W., Jaipanesh K., Seemal M., *Association of leisure time physical activity, watching television, obesity and lipid profile among sedentary low-income south Indian population.* „East Afr. J. Public Health” 2010; 7(3): 225–228.
63. Murphy M., Nevill A., Neville C., Biddle S., Hardman A., *Accumulating brisk walking for fitness, cardiovascular risk, and psychological health.* „Med. Sci. Sports Exercise” 2002; 34(9): 1468–1474.
64. Lee I.M., Skerrett P.J., *Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation?* „Med. Sci. Sports Exercise” 2001; 33(6 Suppl.): 459–471.
65. Hakim A.A., Curb J.D., Petrovitch H., Rodriguez B.L., Yano K., Ross G.W., White L.R., Abbott R.D., *Effect of walking on coronary disease in elderly men. The Honolulu Heart Program.* „Circulation” 1999; 100: 9–13.
66. *Międzynarodowy kwestionariusz aktywności fizycznej.* www.ipaq.ki.se/questionnaires/PolishIPAQ2a.doc; dostęp: 01.09.2014.
67. Kaleta D., Makowiec-Dabrowska T., Jegier A., *Leisure-time physical activity, cardiorespiratory fitness and work ability: a study in randomly selected residents of Łódź.* „Int. J. Occup. Med. Environ. Health” 2004; 17(4): 457–464.
68. Żołądź J.A., *Fizjologia wysiłku fizycznego*, w: Konturek S. (red.), *Fizjologia człowieka. Podręcznik dla studentów medycyny.* Urban & Partner, Wrocław 2007.
69. Whitlock E.P., Polen M.R., Green C.A., Orleans T., Klein J., *U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force.* „Ann. Intern. Med.” 2004; 140(7): 557–568.
70. Harris S.K., Louis-Jacques J., Knight J.R., *Screening and brief intervention for alcohol and other abuse.* „Adolesc. Med. State Art Rev.” 2014; 25(1): 126–156.
71. Haibach J.P., Beehler G.P., Dollar K.M., Finnell D.S., *Moving toward integrated behavioral intervention for treating multimorbidity among chronic pain, depression, and substance-use disorders in primary care.* „Med. Care” 2014; 52(4): 322–327.
72. Kaner E., Beyer F., Dickinson H., Pienaar E., Campbell F., Schlesinger C., Heather N., Saunders J., Burnand B., *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations.* Cochrane Database Syst. Rev. 2007; 2, CD004148.
73. Nilsen P., Baird J., Mello M., Nirenberg T.D., Woolard R., Bendtsen P., Longabaugh R., *A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients.* „J. Subst. Abuse Treat.” 2008; 35: 184–201.

Rola pielęgniarki i położnej w sprawowaniu podstawowej opieki zdrowotnej

Ludmiła Marcinowicz

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Adres do korespondencji: Ludmiła Marcinowicz, Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Mieszka I 4B, 15-054 Białystok, tel. 85 732 68 20, e-mail: ludmiła.marcinowicz@umb.edu.pl

Abstract

The role of a nurse and midwife in providing primary health care

The scope of responsibilities and services of a nurse and midwife in primary health care was presented on the basis of a review of literature and current legal acts. The scope of responsibilities of a primary care nurse and midwife includes services provided at the patient's home and at an outpatients' clinic concerning health promotion and disease prevention, as well as nursing, diagnostic, therapeutic and rehabilitation services. Services provided by a nurse in educational environment include carrying out and interpreting screening tests, counselling for students with health problems, care for students with chronic illnesses and disabilities, first aid, consultancy for the head teacher and participation in health education, including oral health issues. The objective of long-term home nursing care is to provide nursing care services at the patient's home, to instruct caregivers regarding proper care for the patient and to prepare the patient and their family to self-care and self-management.

Key words: health care services, nurses, primary health care

Słowa kluczowe: pielęgniarki, podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia zdrowotne

Wstęp

Zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi, których istotą jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, jak też nauczanie zawodu, prowadzenie prac naukowo-badawczych, kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek i położnych oraz praca na innych stanowiskach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych [1]. Istotą pielęgniarstwa jest m.in. szeroko rozumiana „troskliwość pielęgniarska”, która według S. Poznańskiej polega na tym, że pielęgniarkę i jej postępowanie charakteryzują określone cechy, tj. lubi ludzi i nie jest jej obojętny ich los; chce im pomagać; posiada niezbędną ku temu wiedzę i umiejętności; zna i rozumie osoby, którym pomaga; zna ich problemy zdrowotne; swoją pomoc zapewnia poprzez ułatwianie, a nie wydawanie poleceń i kontrolowanie; zna swoje możliwości i ograniczenia oraz zasługuje na zaufanie [2].

Wszystkie te elementy troskliwości mają swoje odniesienie do pracy pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Zgodnie z ogólnym trendem rozwoju POZ współczesne pielęgniarki i położne zapewniają opiekę pielęgniarską w zdrowiu i chorobie, koncentrując swoje działania na promowaniu zdrowia i zapobieganiu chorobom wśród pojedynczych osób, rodzin oraz społeczności.

Celem pracy jest przedstawienie roli pielęgniarki i położnej POZ zgodnie z obowiązującymi normami prawnymi i literaturą przedmiotu. Do realizacji założonego celu wykorzystano metodę analizy piśmiennictwa oraz aktów prawnych.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek przyjęła następującą definicję pielęgniarki opieki podstawowej: to „dy-

plomowana pielęgniarka, mająca odpowiednią wiedzę, umiejętności podejmowania decyzji i kompetencje kliniczne. Ich zakres zależy od sytuacji i warunków kraju, w którym dana osoba uzyskuje prawo do wykonywania zawodu. Zaleca się, aby kandydaci do rozpoczęcia praktyki posiadali dyplom magistra” [cyt. za 3: 141]. Biorąc pod uwagę tak sformułowaną definicję, poszczególne kraje mają dowolność ustalania kompetencji pielęgniarki.

Pielęgniarka POZ sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad osobą, rodziną i społecznością w środowisku zamieszkania. Obejmuje opieką osoby zdrowe i chore, niezależnie od płci i wieku (z wyłączeniem noworodków i niemowląt do 2. miesiąca życia) oraz osoby niepełnoprawne [4]. Pod opieką jednej pielęgniarki nie powinno być więcej niż 2750 pacjentów [5]. W pracy pielęgniarki POZ mają zastosowanie kwalifikacje z następujących dziedzin pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, pediatrycznego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej; lub powinna posiadać tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w POZ [6].

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oprócz świadczeń lekarza pacjent ma również zagwarantowane świadczenia pielęgniarki POZ, położnej POZ oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. **Świadczenia gwarantowane pielęgniarki POZ** obejmują: wizyty w domu pacjenta; wizyty w warunkach ambulatoryjnych; wizyty patronażowe i realizację testów przesiewowych w celu monitorowania rozwoju dziecka oraz świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy (przeprowadzenie wywiadu, wypełnienie ankiety, edukacja zdrowotna pacjenta) [7]. Z badań przeprowadzonych w północno-wschodniej Polsce wynika, że celem wizyt pielęgniarki POZ w domu pacjenta są przede wszystkim takie czynności, jak wykonywanie iniekcji, zmiana opatrunków, a w dalszej kolejności rozmowa z pacjentami na temat problemów zdrowotnych i porady dotyczące stylu życia, świadczenia diagnostyczne (mierzenie ciśnienia, pomiary cukru we krwi) oraz pomoc w realizacji recept [8].

Szczegółowy zakres świadczeń określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej [4]. Zadania realizowane przez pielęgniarkę to:

- Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, które obejmują: rozpoznawanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym; rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych pacjentów; edukację zdrowotną; poradnictwo w zakresie zdrowego stylu życia; realizację programów zdrowotnych; działania profilaktyczne u osób z grup ryzyka zdrowotnego; organizację grup wsparcia; monitorowanie rozwoju dziecka; profilaktykę chorób wieku rozwojowego oraz edukację w zakresie szczepień ochronnych.
- Świadczenia pielęgnacyjne, tj. opieka nad pacjentem w zdrowiu oraz różnych stanach choroby; wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych; przygotowanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności.
- Świadczenia diagnostyczne, w tym przeprowadzanie wywiadów środowiskowych; badanie fizykalne; wykonywanie pomiarów życiowych i ich interpretacja; ocena ogólnego stanu pacjenta; ocena jakości życia; wykrywanie odchyłeń od normy rozwojowej; wykonywanie testów diagnostycznych; pobieranie materiału do badań diagnostycznych; ocena i monitorowanie bólu; ocena wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny.
- Świadczenia lecznicze, realizowane zgodnie z odrębnymi przepisami, obejmują udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia; podawanie leków zleconych przez lekarza; zakładanie opatrunków; cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet; płukanie pęcherza; wykonywanie wlewów/wlewk doodbytnicznych; wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych; zdejmowanie szwów; wykonywanie inhalacji; zabiegi z zastosowaniem ciepła i zimna; stawianie baniek; ustalanie diety w żywieniu chorych przewlekle; dobór technik karmienia w zależności od stanu zdrowia pacjenta; doraźną modyfikację dawki leków przeciwbólowych w uzgodnieniu z lekarzem i zgodnie z uprawnieniami pielęgniarki.
- Świadczenia rehabilitacyjne to rehabilitacja przyłóżkowa, usprawnianie ruchowe, ułożenie i przemieszczanie chorego w łóżku, drenaż ułożeniowy i gimnastyka oddechowa oraz ćwiczenia ogólnousprawniające.

Aktywność pielęgniarek POZ w zakresie działań profilaktycznych i promujących zdrowie znajduje potwierdzenie w doniesieniach naukowych i jest udokumentowana w literaturze pielęgniarstwa [9–11]. Dotyczy to m.in. profilaktyki nowotworów oraz chorób układu krążenia. Z doniesień wynika, że pielęgniarki rodzinne, które uczestniczyły w szkoleniach z zakresu onkologii, częściej udzielały instruktażu na temat samobadania piersi, częściej informowały kobiety o konieczności wykonywania regularnych badań ginekologicznych oraz edukowały na temat higieny życia seksualnego i prokreacji [9]. Doniesienia innych autorów wskazują, że pielęgniarka rodzinna powinna różnicować swoje działania profilaktyczne wobec osób zagrożonych chorobą niedokrwienną serca w zależności od płci odbiorców tych działań, gdyż zarówno świadomość zdrowotna, jak i zachowania zdrowotne mogą być inne wśród kobiet, a inne wśród mężczyzn [10].

Szczególną rolę odgrywa pielęgniarka POZ w opiece nad ludźmi starszymi. W opinii pielęgniarek najczęściej realizowane świadczenia wobec osób starszych to świadczenia terapeutyczne i diagnostyczne. Natomiast ocena sytuacji społecznej, świadczenia opiekuńcze oraz edukacja pacjentów rzadziej były wskazywane przez ankietowane pielęgniarki [12]. Z badań jakościowych, opartych na zogniskowanych wywiadach grupowych, wynika, że szczególnie istotnym zadaniem pielęgniarki jest udzielanie wsparcia informacyjnego i emocjonalnego starszym podopiecznym oraz ich rodzinom [13].

D. Kilańska, powołując się na źródła Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, przedstawia dziewięciogwiazdkowy model pielęgniarki rodzinnej¹, która realizuje zadania jako: *edukator zdrowia (nauczanie rodzin o zdrowiu i chorobie); **świadczeniodawca opieki i nadzorujący opiekę; ***rzecznik rodziny (pomaganie rodzinom i wspieranie ich); ****epidemiolog (śledzenie przypadków zachorowań); *****badacz; *****menedżer i koordynator; *****doradca; *****konsultant (np. ułatwianie dostępu do usług) oraz *****modyfikator środowiska (np. działania na rzecz dostosowania środowiska do potrzeb osoby niepełnosprawnej) [3].

Położna podstawowej opieki zdrowotnej

Położna POZ realizuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną nad kobietą w każdym okresie jej życia oraz opiekę nad noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. miesiąca życia. Działania położnej obejmują edukację w zakresie planowania rodziny, opiekę w czasie ciąży, porodu i położu oraz opiekę w schorzeniach ginekologicznych [4]. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną położną nie powinna przekraczać 6600 osób [5]. W pracy położnej POZ mają zastosowanie kwalifikacje w następujących dziedzinach pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz trzyletni staż pracy w POZ [6].

Zgodnie z rozporządzeniem **świadczenia gwarantowane położnej** to: wizyty realizowane w warunkach ambulatoryjnych; wizyty w domu pacjentki; wizyty patronażowe (co najmniej 4 wizyty; pierwsza wizyta powinna odbyć się w ciągu 48 godzin od momentu opuszczenia szpitala przez matkę i dziecko) oraz wizyty profilaktyczne [7]. Po zrealizowaniu wizyt patronażowych przez położną opiekę nad niemowlęciem przejmuje pielęgniarka POZ. Położna POZ realizuje świadczenia w następujących kategoriach [4]:

1. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób – edukacja i poradnictwo w zakresie zdrowego stylu życia kobiety; poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia; poradnictwo laktacyjne; przygotowanie do porodu; kształtowanie właściwych postaw rodzicielskich; edukacja w zakresie metod regulacji płodności; zapobieganie chorobom ginekologicznym i patologiom położniczym; zapobieganie zakażeniom HIV i chorobom przenoszonym drogą płciową; edukacja w zakresie szczepień ochronnych.
2. Świadczenia diagnostyczne – wywiad środowiskowy/rodzinny; monitorowanie przebiegu ciąży i położu; badanie położnicze; obserwacja i ocena rozwoju psychoruchowego noworodka; ocena poziomu bilirubiny; wykonywanie pomiarów i testów diagnostycznych; pobieranie materiału do badań diagnostycznych; ocena relacji rodziny z dzieckiem.
3. Świadczenia pielęgnacyjne – planowanie, realizacja i ocena opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i położu oraz opieki nad noworodkiem; wspieranie

rodziny; przygotowanie kobiety do samoopieki i samopielęgnacji.

4. Świadczenia lecznicze (zgodnie z odrębnymi przepisami) – udzielanie pierwszej pomocy w stanach nagłych i zagrożenia życia; przyjmowanie nagłego porodu w domu; zabezpieczenie krocza; udzielanie pomocy w okresie laktacji; wykonywanie zabiegów leczniczych.
5. Świadczenia rehabilitacyjne – ćwiczenia usprawniające; drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej i relaksacyjnej.

Z badań ankietowych przeprowadzonych wśród położnych POZ w Poznaniu wynika, że łączna liczba świadczeń położnej wykonywanych na rzecz podopiecznych w ciągu jednego miesiąca wynosiła: w zakresie profilaktyki i patronaży – 167, w zakresie diagnostyki – 104, w zakresie pielęgnacji – 66, w zakresie leczenia – 43, a w zakresie rehabilitacji – 17. Świadcząc opiekę nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do 2. miesiąca życia, położne POZ współpracowały głównie z lekarzem POZ, pielęgniarką POZ oraz lekarzem ginekologiem, a jakość tej współpracy najczęściej była oceniana jako dobra i bardzo dobra [14].

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania

Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami, razem z lekarzem POZ i lekarzem dentystą, sprawuje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, która ukończyła lub odbywa szkolenie specjalizacyjne lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w POZ, albo higienistka szkolna. Profilaktyczną opiekę nad uczniem może realizować także położna z odpowiednimi kwalifikacjami oraz co najmniej pięcioletnim stażem pracy w środowisku nauczania i wychowania. Sprawując opiekę profilaktyczną nad uczniami, pielęgniarka lub położna współpracuje z lekarzem POZ, lekarzem dentystą, pielęgniarką POZ, opiekunami ucznia, dyrektorem szkoły, radą pedagogiczną oraz instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży [15].

Świadczenia gwarantowane pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania to:

1. wykonywanie i interpretacja testów przesiewowych;
2. opieka nad uczniami z dodatnimi wynikami testów;
3. poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi;
4. opieka nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością;
5. udzielanie pomocy przedlekarskiej w nagłych przypadkach;
6. doradztwo dla dyrektora szkoły w zakresie bezpieczeństwa uczniów, warunków sanitarnych w szkole oraz organizacji posiłków;
7. udział w edukacji zdrowotnej, w tym w zakresie zdrowia jamy ustnej [7].

W literaturze przedmiotu podkreśla się szczególną rolę pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w kształtowaniu prozdrowotnych postaw uczniów, gdyż

często jest ona inicjatorem działań edukacyjnych i promujących zdrowie w środowisku szkolnym [16]. Istotną rolę odgrywa również pielęgniarka w koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie. Wchodząc w skład szkolnego zespołu promocji zdrowia, przypisano jej rolę konsultanta i doradcy zdrowotnego oraz łącznika między szkołą a placówkami opieki zdrowotnej na danym terenie [17].

Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej

Pacjenci przewlekle chorzy i niepełnosprawni, którzy nie wymagają hospitalizacji na oddziałach leczenia stacjonarnego, ale potrzebują systematycznej i wzmożonej pielęgnacji, mogą być objęci pielęgniarską opieką długoterminową domową. Do tej formy opieki mogą być zakwalifikowani pacjenci, którzy w ocenie za pomocą skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów [18]. Zakres zadań pielęgniarki zależy od rodzaju problemów pielęgnacyjnych i potrzeb pacjenta oraz jego rodziny lub opiekunów. Zadaniem pielęgniarki jest sprawowanie adekwatnej do potrzeb opieki pielęgniarskiej, edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny, przygotowanie do samoopieki i samopielęgnacji, pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, ułatwianie pozyskania sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji pacjenta w domu, a także pomoc w sprawach socjalno-bytowych [19].

Liczba pacjentów objętych opieką przez jedną pielęgniarkę nie może przekraczać 6 osób, jeżeli mają różne adresy zamieszkania, i nie może być większa niż 12 osób, jeżeli przebywają pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej). Dostępność udzielania świadczeń powinna być zagwarantowana od poniedziałku do piątku, a także w dni wolne od pracy, w medycznie uzasadnionych przypadkach. W pracy pielęgniarki opieki długoterminowej mają zastosowanie kwalifikacje w dziedzinie opieki długoterminowej, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, pielęgniarstwa zachowawczego, rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, pediatrycznego, geriatrycznego oraz opieki paliatywnej [20].

Chociaż praca pielęgniarki opieki długoterminowej domowej jest pracą samodzielną, to wymaga współpracy z lekarzem rodzinnym, pielęgniarką rodzinną, pracownikiem socjalnym oraz innymi osobami i instytucjami działającymi na rzecz osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych [19].

Jakość opieki pielęgniarki i położnej

Dbanie o dobrą jakość realizowanych świadczeń to istotny cel działań pielęgniarki i położnej w opiece podstawowej. Według A. Donabediana jakość opieki zdrowotnej może być oceniana w odniesieniu do trzech elementów: struktury, procesu i wyniku [21]. W aspekcie opieki pielęgniarskiej na **strukturę** składa się wyposażenie gabinetu i torby pielęgniarskiej, liczba i kwalifikacje personelu, organizacja pracy pielęgniarek, metody płacenia za opiekę. **Proces** to wszelkie działania stanowiące opiekę zdrowotną nad pacjentem, w tym pielęgnowanie,

zapobieganie i edukacja zdrowotna, z udziałem pacjentów i ich rodzin. **Wynik** oznacza zmiany w odniesieniu do jednostki i populacji, np. zmiany w stanie zdrowia, zmiany w poziomie wiedzy i zachowaniach pacjentów, zadowolenie pacjentów i ich rodzin z otrzymanej opieki.

Zapewnienie jakości w pielęgniarstwie opieki podstawowej to bezpieczeństwo usług, dostosowanie opieki do potrzeb odbiorców, dostępność świadczeń, podmiotowość pacjenta oraz ciągłość opieki. Bezpieczeństwo usług wymaga odpowiednich kwalifikacji pielęgniarek, stosowania nowoczesnych metod pielęgnowania oraz posługiwania się standardami postępowania [3]. W trosce o jakość opieki pielęgniarka rodzinna może wykorzystywać różne teorie pielęgniarstwa. W praktyce zawodowej szczególnie przydatne są takie teorie, które uwzględniają przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki, np. model teoretyczny pielęgniarstwa Dorothei Orem [22]. W opiece środowiskowej nad osobami przewlekle chorymi praktyczne zastosowanie ma teoria Virginii Henderson, która koncentruje się wokół potrzeb zdrowotnych człowieka [23]. Poprawa jakości opieki wiąże się również ze standardami pielęgnowania. Z. Kawczyńska-Butrym proponuje następujące standardy w pielęgniarstwie rodzinnym: Standard I. Gromadzenie danych i diagnoza; Standard II. Planowanie opieki; Standard III. Realizowanie planu opieki; Standard IV. Ocena wyników opieki; Standard V. Zakres wiedzy i umiejętności pielęgniarki rodzinnej; Standard VI. Badania naukowe; Standard VII. Cechy i predyspozycje pielęgniarki rodzinnej [24].

Aktualne trudności zawodowe w pracy pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Z wypowiedzi pielęgniarek rodzinnych na łamach czasopisma „Służba Zdrowia” wynika, że ich głównym problemem jest szeroki zakres obowiązków wobec dużej liczby podopiecznych. Konieczność wykonywania nowych zadań zapisanych w aktach prawnych nie znajduje jednak przełożenia na dodatkowe wynagrodzenie. Konsekwencją takiej sytuacji jest zmniejszenie czasu pracy przeznaczanego na świadczenia realizowane w domu pacjenta. W trosce o zapewnienie jak najlepszej jakości świadczeń pielęgniarki postulują rozdzielenie zadań na pielęgniarkę pracującą w gabinecie i pielęgniarkę pracującą w środowisku domowym pacjenta. Ponadto oczekują dodatkowego finansowania niektórych procedur (np. leczenia ran) [25]. Postulat odrębnych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ przez pacjentów został spełniony wraz z wejściem w życie Ustawy z dnia 21 marca 2014 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw [26]. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2014 roku obecnie obowiązują nowe wzory deklaracji – odrębne dla lekarza, pielęgniarki i położnej POZ [27].

Innym problemem, który może mieć wpływ na pracę zawodową i dotyczy ogółu pielęgniarek i położnych, jest wzrost średniej wieku osób wykonujących te zawody. Z analiz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wynika, że w 2008 roku średnia wieku pielęgniarek wynosiła

44,19, a położnych – 43,23 roku, natomiast w 2013 roku odpowiednio: 48,69 i 47,69 roku [28].

Podsumowanie

Pielęgniarka i położna, opiekując się podopiecznym w zdrowiu i chorobie, zajmuje się także rodziną, w której dany człowiek funkcjonuje, uwzględniając jego środowisko życia, pracy i nauki oraz społeczność lokalną, w tym religię, wartości kulturowe oraz warunki socjoekonomiczne. Od pielęgniarki i położnej opieki podstawowej oczekuje się wysokiego poziomu etyczno-moralnego i wysokiego poziomu odpowiedzialności. W kontakcie z pacjentem i jego rodziną wymagana jest umiejętność nawiązywania i utrzymywania kontaktu, słuchania, wyjaśniania oraz rozumienia zachowań niewerbalnych. Powinna wykazywać się empatią i wrażliwością na problemy innych ludzi. Potrzebne są również zdolności organizacyjne oraz umiejętność efektywnej współpracy w zespole oraz z innymi świadczeniodawcami.

Wszechstronne podejście i opieka ukierunkowana na pacjenta wymagają pracy zespołowej. Modelowym rozwiązaniem jest międzysektorowa współpraca na poziomie opieki podstawowej w następującym składzie: lekarz, pielęgniarka i położna POZ, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, pielęgniarka opieki długoterminowej oraz pracownik socjalny, podlegający sektorowi pomocy społecznej.

Przypis

¹ Pielęgniarka rodzinna (dawniej środowiskowa, a następnie środowiskowo-rodzinna) to pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej. Instrukcja nr 4/85 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 28 października 1985 r. w sprawie pielęgniarki środowiskowej stanowi formalny początek pielęgniarstwa rodzinnego, w której określenie „środowisko” zostało zastąpione przez „rodzinę”.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. 2011 Nr 174, poz. 1039.
2. Poznańska S., *Pielęgniarstwo – zakresy rozumienia dziedziny*, w: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.), *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom I. *Założenia teoretyczne*. Wyd. II. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008: 21–34.
3. Kilańska D. (red.), *Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej*. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2010: 141–142.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. Nr 214, poz. 1816. Załącznik nr 2.
5. Zarządzenie Nr 72/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. z 2008 roku Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.

7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. 2013, poz. 1248.
8. Marcinowicz L., Chlabicz S., Konstantynowicz J., Gugnowski Z., *Involvement of family nurses in home visits during an 8-year period encompassing primary healthcare reforms in Poland*. „Health Soc. Care Community” 2009; 17: 327–334.
9. Stefanowicz A., Kulik T.B., Żołnierczuk-Kieliszek D., Pacian A., Janiszewska M., *Czy uczestnictwo pielęgniarek środowiskowych w szkoleniach onkologicznych ma wpływ na podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworów złośliwych w podstawowej opiece zdrowotnej?*. „Probl. Pielęg.” 2011; 19: 365–371.
10. Rząca M., Charzyńska-Gula M., Stanisławek A., *Zadania pielęgniarki rodzinnej wobec osób zagrożonych chorobą niedokrwinną serca w świetle diagnozy zachowań zdrowotnych wybranej grupy osób*. „Probl. Pielęg.” 2011; 19(4): 515–519.
11. Doroszkiewicz H., *Elementy promocji zdrowia wobec ludzi starszych w aktywności zawodowej pielęgniarki środowiskowej*. „Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska [Med.]” 2007; 62(Suppl 18.); 2: 66–68.
12. Doroszkiewicz H., Bień B., *Community nursing care of the elderly during transformation of the primary health care system*. „Rocz. Akad. Med. Białymst.” 2005; 50(Suppl. 1): 102–106.
13. Zaczyk I., Brzyska M., Stypuła A., Tobiasz-Adamczyk B., *Zadania pielęgniarki środowiskowej związane z potrzebami ludzi starszych na podstawie wyników grup fokusowych przeprowadzonych w ramach projektu europejskiego PROGRESS: „Zwiększenie dostępu do środowiskowych form opieki dla osób starszych, mieszkających we własnych gospodarstwach domowych”*. „Probl. Pielęg.” 2011; 19: 239–243.
14. Biskupska M., Niewiadomski T.J., *Współpraca położnych podstawowej opieki zdrowotnej z podmiotami świadczącymi opiekę nad kobietami, noworodkami i niemowlętami do drugiego miesiąca życia*. „Probl. Pielęg.” 2009; 17: 301–305.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 roku w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Dz.U. Nr 139, poz. 1133.
16. Lizak D., Seń M., Laska E., *Rola pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w kreowaniu prozdrowotnych postaw uczniów*. „Pielęg. XXI Wieku” 2012; 4: 129–133.
17. Woynarowska B. (red.), *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole*. Zeszyt 10–11. Wydanie specjalne. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2006.
18. Zarządzenie Nr 87/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
19. Stojak Z., *Zasady kierowania pacjentów do pielęgniarstwa długoterminowej opieki domowej*. „Lek. Rodzinny” 2013; 1: 66–68.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń

- gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dz.U. 2010.255.1719.
21. Donabedian A. (red.), *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press, Oxford 2003: 46–47.
 22. Płaszewska-Żywko L., *Model teoretyczny pielęgniarstwa Dorothei Orem*, w: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.), *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom I. *Założenia teoretyczne*. Wyd. II. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008: 190–200.
 23. Zarzycka D., *Model teoretyczny pielęgniarstwa Wirginii Henderson*, w: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.), *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom I. *Założenia teoretyczne*. Wyd. II. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008: 183–190.
 24. Kawczyńska-Butrym Z., *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*. Czelej, Lublin 2001: 113–118.
 25. Lurka K., *Pani od wszystkiego*. „Służba Zdrowia” 2014; 34–42: 60–63.
 26. Ustawa z dnia 21 marca 2014 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. 2014, poz. 619.
 27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2014 roku w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. 2014, poz. 779.
 28. Szcześniak A., Jędrysiak P., *Wzrasta średnia wieku pielęgniarek i położnych*. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. <http://www.nipip.pl/index.php/samorzad/stat/2730>; dostęp: 15.12.2014.



Podstawowa opieka zdrowotna nad osobami w wieku podeszłym

Małgorzata Monika Palka

Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

Adres do korespondencji: Małgorzata Palka, Zakład Medycyny Rodzinnej, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Wydział Lekarski, ul. Bocheńska 4, 31-061 Kraków, tel. 12 430 55 93, e-mail: malgorzata.palka@uj.edu.pl

Abstract

Primary health care of elderly people

Nowadays is need for developing grater system-wide support for managing the geriatric population of primary care. Improvement of common geriatric syndromes is important (e.g. urinary incontinence, falls, depressive symptoms, high risk medications or functional impairment). The new models of geriatric care are needed. Does this model should wide connected to primary system? Which aspects of primary geriatrics care are important? Do primary care doctors prepare for better care of geriatric population? Many of those questions still are not resolved. The European Union prepared some instruments for care of older and aging population. Increasing hospitalization rate and out patients geriatrics visit are a big problem in many health care systems. Out patterns of the look at the older population need a change. We need to be preparing for new ideas of geriatric care and early prevention aspects of care. Family doctors and their care have much connection with geriatrics care. The voice of patients and their families is also important.

Key words: geriatric assessment, geriatric health prevention, geriatric population, primary care setting

Słowa kluczowe: kompleksowa ocena geriatryczna, pacjenci wieku podeszłego, podstawowa opieka zdrowotna, profilaktyka geriatryczna

Wstęp

Z roku na rok wzrasta długość życia, obecnie na świecie średnia wynosi 67 lat i zwiększa się o 3 miesiące na rok [1, 2]. W Polsce średnia długość życia wynosi dla kobiet 80,9 roku, a dla mężczyzn 71,9 roku. Dane epidemiologiczne z roku na rok ulegają zmianie, przeciętna długość życia w Polsce stale rośnie rocznie o 3,6 miesiąca dla mężczyzn i 2,1 miesiąca dla kobiet. Związane jest to ze stopniowym zmniejszaniem się nadumieralności mężczyzn. W 2030 roku średnia długość życia w Polsce będzie wynosić dla kobiet 83,6 roku, a dla mężczyzn 77,5 roku [1, 2]. Polska w przyszłości będzie starzeć się szybciej niż inne kraje Europy Zachodniej, w których w 2060 roku odsetek osób starszych ma wynieść 30% [1, 2]. Medycyna geriatryczna jest wyzwaniem starzejących się społeczeństw. Systemy opieki zdrowotnej w Europie w ostatnich latach koncentrują się na zapewnieniu ludziom w wieku podeszłym optymalnej opieki

geriatrycznej. Starzenie się człowieka jest długotrwałym i nieodwracalnym procesem fizjologicznym zachodzącym w każdym żywym organizmie [3]. Dla większości pacjentów w wieku podeszłym lekarz rodzinny jest lekarzem, z którym pacjent spotyka się najczęściej, a jego rola w opiece nad pacjentem jest niezmiernie istotna.

1. Pacjent geriatryczny w POZ, rola lekarza rodzinnego

Opieka nad pacjentem geriatrycznym jest w swojej kompleksowości wyzwaniem dla lekarzy rodzinnych. Wyzwanie to wymaga szerokiej wiedzy medycznej, kompetencji w podejmowaniu decyzji klinicznych oraz właściwego finansowania ze strony płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). W Polsce obecnie mieszka 13,8% osób w wieku powyżej 65 lat, w 2030 roku odsetek ten wzrośnie do 23,8%, a w 2060 roku ma osiągnąć 36% populacji Polski. Starość jest etapem ontogenezy następującym po okresie dojrzałości, której

początek powinien być mierzony określonym stopniem zużycia organizmu. Okres życia pacjenta w wieku 60–65 lat wielu badaczy określa jako *preaging* lub wczesna starość, w której wiele osób nie odczuwa dolegliwości związanych z wiekiem, a wskaźniki populacji życia w zdrowiu są wysokie. Do dzisiaj jednak nie zdefiniowano żadnego parametru, którego można by użyć do określenia początku starości. Populacja osób w wieku podeszłym jest bardzo heterogenna, dlatego wiek 65 lat jest umowną granicą rozpoczynającą okres geriatryczny zdrowia i życia pacjenta [4]. Powszechnie stosowany podział demograficzny na podokresy wieku starszego przedstawiono w **Tabeli I** [3].

Wiek biologiczny pacjenta nie zawsze pokrywa się z wiekiem kalendarzowym i często jest u pacjenta starszego połączeniem indywidualnych i osobniczych predyspozycji genetycznych oraz warunków socjalno-ekonomicznych, w których żyje pacjent. Szczególnie starość późna wiąże się z zagrożeniami i trudnościami nad utrzymaniem sprawności funkcjonalnej pacjenta, a wielkie problemy geriatryczne występujące u pacjentów są codziennością [4].

Palmore i współautorzy [5] zauważyli, iż w opisywaniu starzenia się człowieka w ochronie zdrowia używa się wielu pojęć o znaczeniu negatywnym, np. niepełnosprawność, zespół słabości, sarkopenia, deterioracja. W literaturze naukowej podnosi się jednak konieczność eliminacji ageizmu, czyli postrzegania starości, jako zjawiska negatywnego [6].

Wyznaczanie nowych dróg opieki geriatrycznej nie jest łatwe. C. Rokusek w ramach wieloprofesjonalności w geriatry w 2013 roku wprowadził nowy podział okresów życia człowieka na:

- **wiek średni** pomiędzy 50–70 lat,
- **wiek wczesnej dojrzałości** pomiędzy 70–85 lat,
- **wiek późnej dojrzałości** ponad 86 lat [6].

Zamiast o starości w przyszłości będziemy mówić o dojrzałości. Zmiana ta być może zapoczątkuje i rozpocznie szeroką dyskusję w opiece zdrowotnej, w której postrzeganie starości będzie zgoła odmienne od dzisiejszego, a proces przygotowywania do starości oraz zdrowotnych działań prewencyjnych rozpocznie się już po 50. r.ż.

W opiece geriatrycznej ważne dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jest utrzymywanie u pacjentów sprawności funkcjonalnej, kontakt z opiekunami oraz motywowanie pacjentów do aktywności intelektualno-kulturalnej, a zwłaszcza do kontaktów z otoczeniem i rodziną [2]. Należy pamiętać, iż na zdrowie oraz funkcjonowanie osoby starszej w społeczeństwie duży wpływ ma sytuacja rodzinna, warunki ekonomiczne oraz status społeczny [4]. Szczególnie trudne w opiece nad pacjentem wieku podeszłego w POZ jest rozpoznanie ciężkich chorób przewlekłych oraz hospitalizacje i urazy. Wyniki badań naukowych [7] ostrzegają, iż ogólny stan zdrowia pacjenta geriatrycznego po leczeniu szpitalnym znacznie pogarsza się po hospitalizacji i pacjenci często nie wracają do poprzedniej sprawności. Kolejne i nawracające hospitalizacje stale pogarszają ogólny stan zdrowia pacjenta [7]. Lekarz rodzinny powinien także pamiętać o częstym

Okresy starości człowieka (wiek podeszły)	Lata życia
• Starość wczesna	60–74
• Starość późna	75–89
• Starość bardzo późna (długowieczność)	> 90

Tabela I. Podziały starości na podokresy.

Źródło: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. ViaMedica, Gdańsk 2006 [3].

1. Powszechność opieki	1. Dostęp do świadczeń systemów ochrony zdrowia
2. Dostępność opieki	2. Położenie placówek zdrowia blisko miejsca zamieszkania
3. Kompleksowość opieki medycznej	3. Zespołowe działania medyczne
4. Wysoka jakość opieki	4. Zastosowanie fachowej wiedzy medycznej i geriatrycznej
5. Długotrwałość opieki	5. Ciągłość opieki wynikająca z długofalowości

Tabela II. Zasady kompleksowej opieki geriatrycznej.

Źródło: Wiczorkowska-Tabiś K., Rajska-Neumann A., Stryczyński A., Józwiak A., *Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego*. „Geriatr. Pol.” 2006; 2: 3 [8].

występowaniu wielochorobowości i wielolekowości w geriatry, gdzie choroby układu krążenia, nowotwory oraz infekcje nadal są główną przyczyną umieralności pacjentów w wieku podeszłym. Po 60. r.ż. znacząco wzrasta zachorowalność na nowotwory złośliwe zarówno w populacji kobiet, jak i mężczyzn [2]. Zdarzające się opóźnienia w postawieniu diagnozy wielu poważnych chorób zwykle wynikają z dwóch powodów, z których jeden związany jest z opieką zdrowotną, a drugi z postawą pacjenta. W opiece zdrowotnej opóźnienie diagnozy często spowodowane jest wielochorobowością, która sprawia, że nie zawsze bierze się pod uwagę wystąpienie nowych groźnych chorób u pacjenta w podeszłym wieku leczonego z powodu wielu różnorodnych zaburzeń. Z kolei wielu pacjentów geriatrycznych nie ma odwagi mówić lekarzowi POZ o swoich nowych dolegliwościach, bojąc się rozpoznania ciężkich chorób. Aktywne pytanie lekarza o nowe dolegliwości ze strony układu krążenia i pozostałych układów może ułatwić wcześniejsze postawienie rozpoznania lub zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia. Opieka nad pacjentem w wieku podeszłym ma pewne stałe elementy, których poszczególne składowe tworzą kompleksową opiekę geriatryczną POZ (**Tabela II**) [8].

Dla lekarza rodzinnego niezmiernie ważne są również indywidualne działania prewencyjne wobec pacjenta geriatrycznego:

- zapobieganie powikłaniom chorób przewlekłych: nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, niewydolności serca, cukrzycy typu 2, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP);
- wczesne wykrywanie chorób nowotworowych;
- zapobieganie zespołowi słabości;
- zapobieganie niedożywieniu;
- zapobieganie niedoborowi witamin, zwłaszcza witaminy D;
- zapobieganie osteoporozie;
- prewencja kłopotów ze wzrokiem i słuchem;
- prewencja kłopotów z uzębieniem pacjenta;
- zapobieganie uzależnieniom;
- prewencja upadków.

Opieka geriatryczna nad pacjentem wieku podeszłego dla lekarza rodzinnego często jest medycyną dokonywania wyborów i podejmowania działań nad utrzymaniem sprawności funkcjonalnej, w wielu przypadkach może być to jednak trudne.

2. Współczesny model opieki nad pacjentem w wieku podeszłym w POZ na przykładzie Szwecji i Polski

Wydlużanie się, życia społeczeństw powoduje, że najważniejszym i głównym celem polityki zdrowotnej wobec ludzi w wieku podeszłym jest poprawa jakości życia i spowodowanie, aby mogli oni jak najdłużej funkcjonować w miarę samodzielnie i we własnym środowisku [2].

Rok 2012 był ogłoszony w Europie rokiem aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej. Struktury Unii Europejskiej (UE) zajęły się sprawami osób starszych – w wytycznych UE znalazły się 3 obszary, którym poświęcono szczególną uwagę:

- obszar niezależności ludzi starszych;
- dostosowanie rynku pracy do potrzeb ludzi starszych;
- aktywne starzenie się oraz opieka medyczna nad osobami starszymi.

Polską odpowiedzią na postulaty i założenia UE było opracowanie rządowego programu na rzecz aktywności społecznej osób starszych na lata 2012–2013 (ASOS). Programy aktywności osób starszych 50+ są podstawowym założeniem tego programu.

Obok zwiększania aktywności osób starszych rozpoczęto programy edukacji geriatrycznej lekarzy rodzinnych i pielęgniarek. Specjalizacja geriatryczna dla pielęgniarek, w której okres kształcenia trwa 2 lata, realizowana jest również w Polsce w różnych aspektach pod auspicjami tzw. Projektu Norweskiego opartego na Funduszu Współpracy Dwustronnej. Ma on za zadanie dostosować naszą ochronę zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych współczesnych społeczeństw [2]. Głównym celem programu rządowego jest poprawa jakości i poziomu życia seniorów. Deklarowane przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej założenia programu dotyczą sformułowania założeń długoterminowej polityki senioralnej zwłaszcza w kierunku zmian w polityce społecznej i ochronie zdrowia. Obecnie wiele środowisk społeczno-kulturalnych zauważa, iż w Polsce za późno zaczęliśmy mówić o starości i jej problemach.

Zbyt mały jest również nakład środków przeznaczonych na te cele, a obciążenie rodzin i pacjentów kosztami opieki jest bardzo znaczne. Bardzo duży jest również udział prywatny pacjentów geriatrycznych w dopłatach do leków. W Polsce ten udział należy do najwyższych w Europie [2].

Wiele krajów buduje modele opieki geriatrycznej powiązanej z opieką podstawową, które spełniają najważniejsze kryteria: kompleksowości, ciągłości i dostępności. W Europie państwem o jednej z najlepszych organizacji zdrowotnych oraz wskaźników zdrowia jest Szwecja [9]. Szwedzka polityka społeczna i zdrowotna określana jest obecnie jako polityka państwa dobrobytu [9]. Społeczeństwo Szwecji należy do jednych z najstarszych w Europie. Udział osób starszych powyżej 65. r.ż. wynosi w tym kraju ponad 19% przy średniej europejskiej 15% [9]. W Szwecji jest również największy odsetek osób powyżej 80. r.ż. wynoszący około 5,3% populacji przy średniej europejskiej 4%. Szwecja jest więc krajem z najwyższymi wskaźnikami podwójnego starzenia [1]. Populacja szwedzka charakteryzuje się także jednym z najwyższych wskaźników długości życia w zdrowiu. Tak dobre wskaźniki zdrowia są wynikiem wieloletniej polityki zdrowia publicznego oraz systemu opieki zdrowotnej państwa. Szwecja stosuje również wiele instrumentów ukierunkowanych na profilaktykę zdrowotną oraz prewencję niepełnosprawności w wieku podeszłym. Jednym z takich działań jest ordynowanie przez lekarzy określonych aktywności fizycznych, których realizacja i efekty są monitorowane.

Model szwedzki opiera się na modelu społeczno-gospodarczym zmierzającym do zmniejszania nierówności społecznych i zapewnieniu uniwersalnego bezpieczeństwa socjalnego [9]. W Szwecji duży ciężar opieki nad osobami w wieku podeszłym ponoszą samorządy terytorialne, a sam system opieki zdrowotnej jest bardzo zdecentralizowany. Udział samorządów lokalnych jest duży w organizowaniu opieki medycznej, zwłaszcza powstawania grantów na usługi opiekuńcze i procesy wykorzystywania potencjału wsparcia dla osób w wieku podeszłym [9]. Nakłady na opiekę długoterminową pacjenta w Szwecji obecnie wynoszą 3,6% produktu krajowego brutto (PKB), z czego 0,9% PKB przypada na usługi powiązane ze zdrowiem i 2,9% na usługi typowo socjalne. W Szwecji w 2007 roku przewidywana długość życia w zdrowiu wynosiła o kilka lat dłużej w porównaniu z Polską (**Tabela III**).

Innymi parametrami są wskaźniki dzietności, które określają poziom zastępowalności pokoleń. W Szwecji wynoszą one 1,9; w Polsce z powodu niskich wartości tych wskaźników czeka nas silna dynamika starzenia populacji, a co za tym idzie, możemy oczekiwać, gwałtownego pogorszenia się zdrowia populacji w przyszłości [2, 9].

Dużą rolę w opiece nad osobami starszymi w Szwecji odgrywa lekarz POZ.

Kompetencje lekarzy rodzinnych w Szwecji są dużo większe niż w Polsce – lekarz nadzoruje pracę zespołu medycznego. W Szwecji lekarz rodzinny może wykonywać szereg zabiegów, takich jak iniekcje dostawowe,

drobne zabiegi chirurgiczne, badanie wzroku i dostosowywanie okularów, usuwanie ciała obcego z oka czy zmianę opatrunków w uchu.

Do innych badań diagnostycznych dostępnych u lekarza POZ w Szwecji należą: rektoskopia oraz ocena zalegania moczu w pęcherzu moczowym.

Wyposażenie diagnostyczne lekarzy rodzinny jest nieporównywalnie lepsze od tego, jakie ma lekarz POZ w Polsce. Obok aparatu do mierzenia ciśnienia, otoskopu, oftalmoskopu, aparatu do EKG, szwedzki lekarz posiada dobrze wyposażony gabinet okulisty, mikroskop, tonometr do pomiaru ciśnienia w oku oraz spirometr.

Badania diagnostyczne możliwe do przeprowadzenia tym sprzętem są wykonywane u lekarza rodzinnego, a pacjent nie musi być kierowany do specjalisty w celu wykonania takich badań. W Szwecji lekarz rodzinny decyduje, czy pacjent może czekać na wizytę specjalistyczną ponad 4 tygodnie, czy też powinien być przyjęty natychmiast [9].

Szwecja charakteryzuje się jednym z najwyższych wskaźników liczby geriatrów przypadających na 100 tys. mieszkańców oraz najlepszą organizacją opieki nad osobami starszymi (Tabela IV) [9,10].

W pracy lekarzowi rodzinnemu pomaga zespół medyczny:

- **pielęgniarki** o dużych kompetencjach zawodowych przepisujące niektóre leki oraz opiekujące się pacjentami z chorobami przewlekłymi;

	Szwecja	Polska
Kobiety	75 lat	70
Mężczyźni	72 lata	64

Tabela III. Przewidywana długość życia w zdrowiu w 2007 roku w Szwecji i Polsce.

Źródło: Bakalarczyk R., *Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym – przykład Szwecji*. „Geriatra” 2009; 3: 12–16 [9].

Kraje Europy	Liczba lekarzy geriatrów na 1 mln mieszkańców
Szwecja	77
Dania	33
Niemcy	22
Hiszpania	222
Wielka Brytania	13
Polska	8

Tabela IV. Liczba geriatrów przypadająca na 1 mln mieszkańców w niektórych krajach Europy.

Źródło: Derejczyk J., Bien B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygiel J., *Gerontologia i geriatra w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?* „Gerontol. Pol.” 2008; 16: 149–159 [2].

- **rehabilitanci medyczni** o szerokich kompetencjach zawodowych, do których rejestrowany jest pacjent bez wizyty u lekarza i którzy prowadzą pacjentów z chorobami kręgosłupa i stawów. Mogą oni również ordynować niektóre leki;

- **pracownik socjalny**, który dba o przygotowanie domów i mieszkań pacjentów starszych, tak aby mogli sprawnie w nich funkcjonować i przygotować się do choroby i starości.

Pracownik socjalny ściśle współpracuje z lekarzem, pomaga pacjentowi w radzeniu sobie z chorobą. Odpowiada za udostępnienia i ułatwienia w funkcjonowaniu pacjenta w domu, np. pomocne różnego typu balkoniki, wózki, szyny, przystosowanie mieszkania do potrzeb chorego w przypadku pacjenta na wózku. Opowiada za wyposażenie i sprzęty pomagające przy myciu, czesaniu, ubieraniu pacjentów starszych. Osoba ta również może zlecić wykonanie testów przesiewowych wcześniej wykrywających zaburzenia pamięci i demencje.

Taka organizacja opieki nad pacjentem w wieku podeszłym pociąga za sobą koszty finansowe.

Raporty finansowe ze Szwecji donoszą, iż w latach 1980–2005 łącznie nakłady na opiekę nad seniorami wzrosły o 60% z uwzględnieniem inflacji, choć w tym czasie liczba osób otrzymujących pomoc zmalała [9].

Samozmniejszenie liczby beneficjentów tłumaczy się poprawą zdrowia populacji w tym okresie. Badania finansowania opieki nad ludźmi starszymi w Szwecji wykazują, iż w 2050 roku w porównaniu z rokiem 2010 koszty opieki nad ludźmi starszymi wzrosną o 70%, nakłady na służbę zdrowia zaś tylko o 30%. Celem opieki nad osobą starszą w Szwecji jest opieka kompleksowa, która zabezpiecza poszczególne poziomy wsparcia pacjentów starszych.

Wachlarz dostępnych usług jest duży: od opieki instytucjonalnej, tzw. mieszkalnictwa specjalnego, do usług domowych i pielęgnacyjnych oraz nadzorowanych przez lekarza POZ usług medycznych.

Lekarz kontaktuje się z pacjentem starszym najczęściej przez telefon lub listownie i choć zwykle przyjmuje dziennie niewielu pacjentów, to jednak jest zaangażowany każdego dnia w zarządzanie sprawami około 30–40 pacjentów.

Dzień pracy zwykle rozpoczyna od kontaktów telefonicznych z pacjentami, na które przeznaczają około godziny dziennie [2, 9]. Dużym ułatwieniem w systemie pracy lekarza jest brak papierowych recept, recepta przepisywana jest elektronicznie i przesyłana do wybranej przez pacjenta apteki. Przychodnie lekarskie POZ gospodarują i zarządzają również pieniędzmi na dopłaty do leków. Jest to element budżetu przychodni, który wszyscy starają się racjonalnie wydatkować. Rozwój technologii medycznych i innych nowoczesnych pozamedycznych technik spowodował zmiany do podejścia nad opieką ludzi starszych, kierując główne siły na opiekę sprawowaną w domach pacjentów.

W Polsce brak jest jeszcze takich rozwiązań systemowych jak w Szwecji, należy jednak podkreślić, iż rozpoczęły się prace nad zmianą nastawienia do opieki geriatrycznej i systemu opieki nad osobami starszymi.

Akceptacja problemów starzejącego się społeczeństwa wydaje się pierwszym krokiem w rozpoczynaniu zmian i pozytywnym nastawieniu do rozwiązywania problemów tej populacji pacjentów.

Chociaż w Polsce istnieją struktury podobne do struktur szwedzkich, podstawową różnicę stanowi to, iż nie ma osoby zarządzającej i koordynującej procesem opieki nad pacjentem starszym.

Opiekę medyczną sprawuje lekarz, opiekę socjalną rodzina i ośrodki samorządowe, natomiast specjalistycznej opieki medycznej pacjent musi poszukać sam. Poszczególne ogniwa opieki nad osobami i pacjentami starszymi egzystują w dość luźnych strukturach [2].

Wyraźny jest brak współpracy zespołowej nadzorowanej przez lekarza rodzinnego, zwłaszcza w zakresie koordynowania usług medycznych, pielęgnacyjnych i socjalnych nad pacjentem starszym. Obniżania zaś kosztów opieki geriatrycznej można dokonywać w racjonalnym ich wykorzystywaniu oraz koordynowaniu tej opieki. Ponieważ w Polsce brak jest jeszcze określonej liczby geriatrów, zadania te mogłyby wykonywać lekarze rodzinni.

Innym problemem jest wycena świadczeń opieki nad pacjentami w wieku podeszłym. W Polsce świadczenia te nie są dostępne dla lekarza rodzinnego, a w opiece geriatrycznej wycena procedur nie pokrywa się z faktycznie poniesionymi kosztami [2].

W geriatrui zdrowie pacjenta ocenia się całościowo, a nie wybiórczo, a ponieważ kompleksowa ocena geriatryczna (KOG) obejmuje wiele układów i funkcji pacjenta, pociąga to za sobą zwykle kosztowną diagnostykę [2].

3. Rola rodziny i opiekuna w opiece nad osobą starszą

Definicja opiekuna rodzinnego

Opiekunem rodzinnym jest osoba, która starszemu członkowi rodziny mającemu więcej niż 65 lat świadczy różnego rodzaju opiekę, wsparcie i pomoc przez co najmniej 4 godzinny w tygodniu z wyłączeniem pomocy polegającej jedynie na wspieraniu w wymiarze finansowym.

Przez wiele lat rola rodziny w opiece nad pacjentami starszymi nie była badana, nie było to również domeną zainteresowań badaczy i polityków. Problem ten został zauważony i wzbudził zainteresowanie lekarzy, naukowców i polityków w latach 90. Obecnie wiele państw Europy zachodniej stosuje prawo, w którym wsparcie ze strony rodziny nad pacjentami starszymi jest wzmocnione przez potencjał państwa.

W Szwecji od 2009 roku funkcjonuje prawo wsparcia dla osób opiekujących się pacjentami starszymi, osobami przewlekle chorymi oraz pacjentami z funkcjonalnymi ograniczeniami. Władze lokalne organizują wiele spotkań dla rodzin osób niepełnosprawnych i ich opiekunów nieformalnych. Uściślono i zdefiniowano również definicję opiekuna rodzinnego.

Obecnie za opiekuna rodzinnego osoby starszej uznaje się osobę spełniającą określone kryteria.

Dla opiekunów rodzinnych tworzone są specjalne formy wsparcia np. urlop za opiekę, zasiłek dla opiekuna, poradnictwo, szkolenia, uelastycznienie godzin pracy oraz dostęp do tzw. opieki wytchnieniowej, kiedy możliwości wsparcia ze strony opiekuna rodzinnego zostają okresowo wykorzystane.

Badacze podkreślają, iż promowanie i rozpowszechnianie domowych form opieki nad pacjentem starszym i seniorem przy pomocy opiekunów rodzinnych bez głównego udziału opieki instytucjonalnej tworzy nową erę społecznego rozwoju opieki nad seniorami wobec wyzwań starzejącego się społeczeństwa. W przyszłości taka opieka zapewnić może jedną z najlepszych form wsparcia dla osób starszych i pacjentów geriatrycznych [2].

4. Kierunki rozwoju opieki geriatrycznej w Polsce, projekt PolSenior

Uwarunkowania i potrzeby opieki zdrowotnej i socjalnej nad seniorami w Polsce przez wiele lat badane były w projekcie PolSenior, którego wyniki dla wielu osób zarządzających i kształtujących system opieki geriatrycznej w Polsce są podstawowym źródłem danych. Badanie to było wieloosrodkowe i obejmowało wiele aspektów życia osób po 65. r.ż. [11].

W badaniu PolSenior wzięło udział 5695 osób, z czego 4979 respondentów stanowiły osoby po 65. r.ż. Pomysł badania został przedstawiony przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW), które chciało zebrać rzetelne informacje do oceny zdrowia i sytuacji finansowo-socjalnej osób w podeszłym wieku. Początki projektu PolSenior sięgają 2006 roku, kiedy MNiSW ogłosiło konkurs na projekt „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce”.

Pierwotnie do realizacji zakwalifikowanych zostało 6 projektów, z których 4 obejmowały szeroki zakres zagadnień z dziedzin:

- medycyny;
- problematyki społeczno-ekonomicznej;
- opieki zdrowotnej.

Projekty różniły się jednak co do doboru próby badawczej i zakresu badań. Ostatecznie ministerstwo zdecydowało o przeprowadzeniu wspólnego programu badawczego realizowanego przez konsorcjum złożone z wykonawców zakwalifikowanych projektów.

Projekt końcowy zawierał elementy wszystkich zakwalifikowanych programów i zachował spójność metodyczną. Dzięki współpracy 34 ośrodków naukowych powstał największy w Polsce multidyscyplinarny projekt poruszający zagadnienia medyczne, społeczne, biologiczne i ekonomiczne starzejącego się społeczeństwa. Głównymi celami projektu PolSenior była ocena stanu zdrowia i sprawności osób po 65. r.ż. oraz analiza ich sytuacji społeczno-ekonomicznej. Najważniejszym założonym rezultatem projektu było wypracowanie rekomendacji rozwiązań dla polityki państwa i samorządu terytorialnego w kierunku poprawy jakości życia osób starszych, a zwłaszcza wydłużenia okresu niezależnej egzystencji seniorów. Projekt zakończył się sukcesem,

opracowano główne założenia opieki nad osobami starszymi w Polsce. Te założenia obecnie pomagają sformułować wytyczne do poprawy jakości opieki nad polskimi seniorami oraz wyznaczają kierunki działań promocji i profilaktyki zdrowia dla seniorów. Wyniki badania Pol-Senior poparte zostały dowodami naukowymi. Poglębionym badaniom medycznym została poddana grupa 1500 osób. W tej grupie wykonano badania EKG, pomiaru fali tętna, spirometrię, pulsoksymetrię oraz wykonano KOG. Pacjenci z zaburzeniami funkcji poznawczych kierowani byli na badania tomografii komputerowej głowy oraz SPECT, a po nich kierowano pacjentów na konsultację psychologiczną i neurologiczną.

Założenia rozwoju opieki geriatrycznej wynikające z projektu PolSenior:

1. Zapewnienie systemów wsparcia umożliwiających zaspokojenie specyficznych dla podeszłego wieku potrzeb.
2. Podjęcie rozszerzonych zakresów działań profilaktycznych przyjaznych dla osób starszych.
3. Popularyzacja aktywności zdrowotnej wśród osób po 60. r.ż.
4. Powstanie systemu wczesnej rehabilitacji i zapobiegania niesprawności u osób starszych.
5. Konieczność wdrożenia działań z zakresu prewencji pierwotnej oraz wczesnego wykrywania i leczenia niesprawności i zaburzeń poznawczych osób starszych, zwłaszcza otępienia, uznawanych przez chorych i ich rodziny za objawy starości.
6. Pogłębienie wiedzy na temat przygotowania społeczeństwa do starości, polegające na pogłębianiu wiedzy i zainteresowań dotyczących zmian biologicznych, zdrowotnych i społecznych zachodzących z wiekiem.
7. Poprawa warunków mieszkaniowych seniorów oraz dostosowanie mieszkań i infrastruktury komunalnej oraz społecznej do ich potrzeb i możliwości osób starszych.
8. Zwalczanie przemocy w stosunku do osób starszych, zwłaszcza przemocy psychicznej, powstanie błękitnej karty.
9. Zapobieganie oraz zwalczanie przejawów wykluczenia (społecznego, finansowego i cyfrowego).
10. Powstanie działań integracyjnych, wspierania rodzin osób starszych, ułatwiania kontaktów międzypokoleniowych i szeroko pojętej edukacji.

Założenia te obejmują kierunki rozwoju promocji i prewencji we współczesnej geriatry [11–16].

Indywidualny profil prewencji pacjenta geriatrycznego wysuwa się na plan pierwszy przed profilem ogólnopolskim. Należy pamiętać, iż lekarz rodzinny w realizacji tych działań profilaktycznych powinien uruchomić szeroki zakres działań zespołowych mogących poprawić zdrowie pacjenta seniora, zwłaszcza jeżeli chodzi o działania samorządów lokalnych dla osób starszych.

5. Utrzymanie sprawności funkcjonalnej pacjenta geriatrycznego w POZ jako wyzwanie rodzinnej medycyny geriatrycznej

Ocenę sprawności funkcjonalnej pacjenta dokonuje się w ramach KOG. Ocena ta obejmuje wiele aspektów zdrowia (**Rysunek 1**). Badania nad KOG wykazały, iż lepsze efekty KOG otrzymywane są w pracy zespołowej nad pacjentem w porównaniu z metodą konsultacyjną. Prawidłowo przeprowadzona KOG, którą później można wykorzystać do poprawy sprawności funkcjonalnej pacjenta, jest obiektywnym narzędziem pracy lekarza [8].

Do oceny stanu somatycznego pacjenta geriatrycznego zaliczamy:

- sprawność mobilną pacjenta;
- poziom bólu;
- poziom niedożywienia;
- poziom wielochorobowości.

Znajomość kompleksowej oceny geriatrycznej, która ocenia różne aspekty zdrowia pacjenta, pomaga lekarzowi w obiektywnej ocenie stanu zdrowia pacjenta.

W zakresie dobrego stanu psychicznego lekarz POZ powinien ocenić:

- funkcje poznawcze pacjenta;
- ocenę nastroju;
- brak występowania depresji.

W ocenie sytuacji socjalno-ekonomicznej lekarz POZ ocenia:

- kontakty z najbliższymi;
- możliwość wykupienia leków;
- zaspokajanie potrzeb życiowych.



Rysunek 1. Elementy składowe kompleksowej oceny geriatrycznej pacjenta.

Źródło: *Wieczorkowska-Tabiś K., Rajska-Neumann A., Stryczyński A., Józwiak A., Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego. „Geriatr. Pol.” 2006; 2: 3 [8].*

Do oceny poszczególnych stanów wykorzystuje się wiele skal oceny pacjenta, np. skalę Katza, geriatryczną skalę depresji, Mini Mental Scale Examination (MMSE), skalę Nortona itd. Należy zauważyć, że ocena KOG jest pracochłonna i zwykle wykonuje się ją okresowo. Podstawowe czynności życiowe (*Activities of Daily Living*) ocenia się w warunkach najbliższego otoczenia pacjenta i codziennego jego funkcjonowania. Do całościowej oceny KOG może być wymagana wizyta lekarza w domu pacjenta lub kontakt z opiekunem. Dobry stan pacjenta geriatrycznego to samodzielność pacjenta w zakresie ADL – oznacza, iż pacjent jest w stanie poradzić sobie bez pomocy osób drugich i może mieszkać sam. Do oceny podstawowych funkcji życiowych służy skala Katza pomagająca lekarzowi w ocenie stanu pacjenta i obejmująca 6 podstawowych funkcji życiowych.

1. Spożywanie posiłków.
2. Przemieszczanie się z łóżka.
3. Korzystanie z toalety.
4. Mycie i kąpiel.
5. Ubieranie i rozbieranie się.
6. Kontrola oddawania moczu i stolca.

Na drugim końcu stanu pacjenta jest **niepełnosprawność/niesamodzielność znacznego stopnia**, która oznacza potrzebę 24-godzinnej opieki i często konieczność umieszczenia pacjenta starszego w instytucji opiekuńczej lub stałej opieki osoby drugiej. Do oceny wskazań do opieki 24-godzinnej nad pacjentem służy skala Barthel. Skala ocenia takie parametry życiowe, jak: spożywanie posiłków, utrzymywanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie całego ciała, ubieranie i rozbieranie się, kontrola oddawania moczu i stolca. Jeśli pacjent wykonuje daną czynność samodzielnie, otrzymuje na ogół 10 punktów, jeśli z pomocą, to otrzymuje 5 punktów. Liczba punktów 40 i poniżej zwykle decyduje o konieczności zapewnienia pacjentowi geriatrycznemu 24-godzinnej opieki. Lekarz rodzinny zwykle zna swoich pacjentów od lat. Niejednokrotnie problemem jest stopniowe przechodzenie pacjenta ze sprawności do niesprawności odbywające się stopniowo i powoli. Lekarz POZ powinien być szczególnie czujny, jeśli pojawiają się nowe zachowania, których nie obserwował wcześniej, np. zapominanie i gubienie poszczególnych rzeczy, jako ryzyko rozwoju demencji [17]. Zwrócenie przez lekarza szczególnej uwagi na powtarzające się problemy ze zdrowiem pacjenta i zmiany pewnych zachowań funkcjonalnych może pomóc we wczesnym zdiagnozowaniu problemu. Wiele chorób w wieku podeszłym ma przebieg inny, często atypowy. Co więcej, wiele chorób nakłada się na siebie, maskując lub potęgując poszczególne objawy. Łagodne zaburzenia poznawcze nie są w swoim początku chorobą, ale nie są również normą i mogą po latach trwania prowadzić do choroby Alzheimera, której diagnostyka musi spełnić określone procedury. Lekarz rodzinny powinien pamiętać, iż bardzo często pacjent z otępieniem w pierwszych okresach może być pacjentem wesołym i bezkrytycznym, np. nie martwi się niezaplaconymi rachunkami, tym, czy zażywa leki, czy nie. Często zostawia te problemy swoim opiekunom, współmałżonkom, czy partnerom [12, 17].

6. Wielkie problemy geriatryczne

Wielkie problemy geriatryczne doprowadzają do narastania problemów zdrowotnych i ograniczają sprawność funkcjonalną pacjentów w wieku podeszłym. Często mogą również doprowadzić do hospitalizacji i zagrożenia życia pacjenta (**Tabela V**).

Lekarz rodzinny powinien być szczególnie wrażliwy na zapobieganie i wczesne wykrywanie wielkich problemów geriatrycznych.

Do najczęściej występujących zaliczamy problemy z nietrzymaniem moczu, depresje i upadki. Często jednak pacjent nie informuje o tych problemach swojego lekarza, a on nie pyta aktywnie o występowanie tych problemów [12]. Jeśli u pacjenta występują nagle zmiany zachowań, lekarz rodziny aktywnie powinien szukać przyczyn pogarszania się sprawności funkcjonalnej pacjenta, np. w przypadku pacjenta, który zwykle przychodził po recepty na leki, a który pewnego dnia prosi o wizytę domową związaną z pogorszeniem stanu funkcjonalnego, mówiąc lekarzowi, „że jest już stary”. Przyczyną takiego stanu rzeczy może okazać się upadek pacjenta w domu, a obniżenie sprawności funkcjonalnej wynika z lęku pacjenta przed ponownym upadkiem. W konsekwencji upadku pacjent pozostaje w domu, co może potęgować osamotnienie, które następnie może doprowadzić do pogorszenia stanu psychicznego i depresji. Lekarz rodzinny powinien pytać swoich starszych pacjentów o występowanie wielkich problemów geriatrycznych, a jeśli występują – pomagać pacjentowi w radzeniu sobie z nimi.

Interwencja lekarza rodzinnego ukierunkowana na czynniki ryzyka występowania wielkich problemów geriatrycznych ma istotny wpływ na zmniejszenie częstości ich pojawiania się (**Tabela VI**) [18–20].

7. Opieka nad pacjentem w wieku podeszłym kierowanym do szpitala i opieka po hospitalizacji

Większość pacjentów geriatrycznych po wypisie ze szpitala kontaktuje się ze swoim lekarzem POZ i dzięki temu opieka jest kontynuowana, czego z pewnością nie było w Polsce przed reformą służby zdrowia w latach 80. czy 90., kiedy nie istniały listy pacjentów POZ.

W Europie, np. w Belgii w chwili przyjęcia pacjenta geriatrycznego w wieku powyżej 75 lat wdrażana jest w szpitalu 5-elementowa skala geriatryczna. Jeżeli pacjent uzyskuje w niej ponad 2 punkty, to wdrażana jest standardowa i szczegółowa procedura opieki geriatrycznej nad pacjentem. Pacjent, który uzyskał poniżej 2 punktów, jest przyjmowany i diagnozowany według ogólnych kryteriów hospitalizacji (**Tabela VII**).

Wprowadzanie takiej skali ma szczególne znaczenie dla pacjentów na oddziałach chirurgicznych i onkologicznych, gdzie geriatryczny punkt widzenia jest niezmiernie ważny w uzyskiwaniu dobrych wyników operacyjnych pacjentów starszych [22]. W przyjmowaniu pacjenta geriatrycznego do szpitala niezmiernie ważne są pytania lekarza dyżurnego, czy w domu pacjenta nie pozostała

Wielkie problemy geriatryczne	Zagrożenie i konsekwencje
• niesprawność ruchowa i unieruchomienie	• ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu
• upadki, zaburzenia chodu i postawy	• złamania
• omdlenia	• nagłe zgony, upadki, złamania
• nietrzymanie moczu	• ograniczenia funkcjonowania
• nietrzymanie stolca	• problemy socjalne
• depresja	• izolacja pacjenta
• otępienie	• wypadki w domu
• odleżyny	• niepełnosprawność
• majaczenia	• zagrożenie życia

Tabela V. Wielkie problemy geriatryczne.

Źródło: Bień B., *Specyfika geriatryi – odrębność i zasady postępowania*, w: Galus K., *Geriatrya*. Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2007 [12].

Wielkie problemy geriatryczne	Zapobieganie i działania prewencyjne
• niesprawność ruchowa i unieruchomienie	• ograniczenia stosowania procedur i sprzętu utrudniającego poruszanie (cewniki, kroplówki)
• upadki, zaburzenia chodu i postawy	• przystosowanie otoczenia dla osób starszych poręczy i antypoślizgowych mat
• omdlenia	• wnikliwa diagnostyka kardiologiczna i neurologiczna
• nietrzymanie moczu	• działania prewencyjne, ćwiczenia dna miednicy mniejszej, konsultacja ginekologiczna
• nietrzymanie stolca	• diagnostyka proktologiczna, wykluczenie zmian organicznych
• depresja	• aktywacja intelektualna i socjalna
• otępienie	• wypadki w domu
• odleżyny	• zapobieganie niesprawności ruchowej, kontrola poziomu albumin i frakcji białkowych, zapobieganie niedożywieniu
• majaczenia	• przeciwdziałanie odwodnieniu, zażywaniu leków nasennych

Tabela VI. Zapobieganie i prewencja występowania wielkich problemów geriatrycznych u pacjentów starszych.

Źródło: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. ViaMedica, Gdańsk 2006 [3].

Rodzaj zaburzenia	Liczba punktów
1. Ocenę zaburzeń poznawczych (majaczenie, otępienie lub dezorientacja)	1
2. Informacje, czy chory mieszka samotnie, brak kontaktu z opiekunem	1
3. Ocenę problemów z poruszaniem i samodzielnym wstawaniem, upadek w krótkim czasie przed hospitalizacją	1
4. Poprzednia hospitalizacja w ciągu poprzedzających 3 miesięcy	1
5. Wielolekowość-stosowanie, co najmniej 5 leków	1

Tabela VII. Skala oceny geriatrycznej przy hospitalizacji pacjenta.

Źródło: PACE participants, Audisio RA, Pope D et al. *Shall we operate? Preoperative assessment in elderly care patients (PACE) can help. A SIOG surgical task force prospective study*. *Cri Rev Oncol Hematol* 2008; 65: 156 [21].

osoba bliska jeszcze bardziej chora i niepełnosprawna od pacjenta przyjmowanego do szpitala.

Pacjent geriatryczny zwykle boi się hospitalizacji. Obecność w czasie przyjmowania do szpitala pacjenta rodziny lub opiekuna zwykle może pomóc lekarzowi

w zbieraniu wywiadu i postawieniu rozpoznania, np. ostrej choroby chirurgicznej [21, 22].

Większość pacjentów zwykle źle wspomina pobyt w szpitalu związany z koniecznością bycia poza domem w pogorszonych warunkach zdrowia. Najgorzej ocenia-

ne są szpitalne oddziały ratownictwa medycznego, gdzie w wielu krajach pacjent zwykle musi czekać kilka godzin, i słabe są procedury opieki nad pacjentem geriatrycznym.

Lekarz szpitalnictwa zamkniętego, pracujący na oddziałach szpitalnych codziennie, czasem traci możliwość obiektywnej oceny szczególnie zmienionych warunków zdrowia pacjenta i konieczności pobytu pacjenta w szpitalu. Dodatkowo lekarze pracujący w szpitalu na co dzień, traktują swoje miejsce pracy jako normę i codzienne funkcjonowanie. Na dyżurze nocnym lekarz zmagają się ze zmęczeniem, obciążeniem pracą i dużą ilością dokumentacji medycznej oraz często złą organizacją opieki medycznej. Trudno jest w tych warunkach o dobre rozwiązania, które pomogłyby w rozumieniu potrzeb pacjentów. W polskich doświadczeniach hospitalizacji pacjentów starszych należy wspomnieć jednak o rozwoju onkologii geriatrycznej i powstaniu w Polskim Towarzystwie Chirurgii Onkologicznej grupy onkologii geriatrycznej pod nazwą GONG (Geriatric Oncology Group).

Grupa ta powstała w celu oceny i standaryzacji onkologicznych pacjentów starszych przyjmowanych do szpitala [23]. Wypracowane rekomendacje uwzględniają stan funkcjonalny pacjenta geriatrycznego oceniany przy użyciu karty pacjenta geriatrycznego. Wyniki badań opublikowanych w 2013 roku dotyczących hospitalizacji w Polsce pacjentów powyżej 65. r.ż. podają, iż 90% ubezpieczonych pacjentów w tym wieku korzysta z opieki zdrowotnej. W 2009 roku hospitalizowanych ogółem było 7,2 mln osób, z czego 26,3% stanowili pacjenci powyżej 65. r.ż. Grupa ta stanowiła tylko 13% populacji polskiej. Spośród 2,9 miliona pacjentów SOR 37% stanowiły osoby po 65. r.ż., a spośród 2 109 987 hospitalizowanych pacjentów powyżej 65. r.ż., było 1 205 495 kobiet oraz 904 492 mężczyzn, różnica ta była istotna statystycznie ($p < 0,0001$) [24]. Choroby układu krążenia stanowiły najczęstszą przyczynę hospitalizacji wraz z zawałem serca oraz zabiegami zaćmy [24]. W Polsce poprawiła się znacznie opieka nad geriatrycznymi pacjentami kardiologicznymi. Chociaż nadal choroby układu sercowo-naczyniowego są pierwszą przyczyną zgonów populacji geriatrycznej, to wskaźniki śmiertelności z powodu tych schorzeń uległy znaczącej poprawie. Statystycznie więcej hospitalizacji było u kobiet z powodu udarów i złamania szyjki kości biodrowej, u mężczyzn zaś z powodu zawałów serca i zapalenia płuc [24]. W specjalistycznej opiece ambulatoryjnej było przyjętych 4,3 miliona osób, z czego 19,6% stanowili pacjenci powyżej 65. r.ż. W opiece nad pacjentem po hospitalizacji niezmiernie ważne jest wypełnianie zaleceń mieszczących się na karcie wypisowej pacjenta oraz zainteresowanie lekarza POZ co do możliwości realizacji tych zaleceń, zwłaszcza możliwości leczenia i poprawy opieki nad pacjentem oraz szukania innych lepszych sposobów leczenia chorób sercowo-naczyniowych [13, 25]. Jednym z istotnych problemów dla lekarza POZ i pacjenta jest możliwość realizacji zleconego leczenia, zwłaszcza realizacja recept lekarskich. W Polsce sytuacja finansowa ludzi starszych w zdecydowanej większości

przypadków nie jest najlepsza, a opieka socjalna państwa nad tą częścią populacji jest słaba lub bardzo słaba. Jakkolwiek częsty jest również brak środków finansowych do opieki nad pacjentem starszym oraz brak pełnego przygotowania służb medycznych do tego typu opieki.

W opiece nad pacjentami starszymi niezmiernie ważną jest kompleksowa opieka medyczna uwzględniająca np. ryzyko kolejnego złamania u pacjenta po hospitalizacji spowodowanej złamaniami oraz pogorszenia się z powodu niedoborów witaminy D chorób neurodegeneracyjnych, a także odpowiedniego postępowania profilaktycznego zapobiegającego ponownym złamaniom [15, 16, 18]. Innym ważnym problemem po hospitalizacji pacjenta w wieku podeszłym i starszym jest zainteresowanie się lekarza POZ koniecznością zwiększonej opieki medycznej i socjalnej, ponieważ pacjent po hospitalizacji zwykle tego wymaga, jak również pomocy w zakresie codziennego funkcjonowania i powrotu do sprawności. Ważną rolę jednocześnie odgrywa powrót do zdrowia pacjenta po zastosowaniu odpowiedniego leczenia żywieniowego i diety w wielochorobowości pacjenta po hospitalizacji [19, 26]. Zapobieganie powtórnym hospitalizacjom w wieku geriatrycznym nie jest zadaniem łatwym. Zwykle lekarz powinien zwrócić szczególną uwagę na przyczynę hospitalizacji i starać się poprawić stan choroby przewlekłej, która była przyczyną hospitalizacji. Jeśli hospitalizację spowodował np. zawał serca, to pacjent wymagać będzie szczególnej opieki kardiologicznej oraz związanych z nią badań [20, 27].

W przypadku hospitalizacji z powodu zapalenia płuc konieczna jest kontrola pacjenta co do ustępowania objawów chorobowych i ewentualnie szczepień przeciw zapaleniu płuc. U pacjentów palących należy myśleć o badaniach czynnościowych płuc i diagnostyce obrazowej oraz wykryciu ewentualnych zmian, zwłaszcza w przypadku nawracającego zapalenia tego samego płuca. Szczególnie alarmujące są powtarzające się hospitalizacje w krótkim okresie czasu.

8. Politerapia i polipragmazja w medycynie osób wieku podeszłego

Polipragmazją w medycynie określamy sytuację, w której chory przyjmuje więcej niż kilka leków jednocześnie. Polipragmazja należy do jednych z najczęstszych błędów w leczeniu, który prowadzi do znacznego zwiększenia występowania interakcji typu lek-lek oraz lek-pożywienie. Zła ordynacja leków może spowodować ciężkie i nieodwracalne powikłania terapeutyczne [28]. Do przyczyn złego i niewłaściwego zażywania leków w geriatryi zaliczamy:

- nieznaną mechanizmów działania leków;
- nieznaną interakcji między lekami;
- nieznaną objawów niepożądanych wywołanych przez przepisane leki.

W medycynie geriatrycznej prewencja czwartego stopnia [28], czyli unikanie potencjalnych zagrożeń ze strony służb medycznych, jest istotnym elementem opieki nad pacjentami. Politerapia związana z przewlekłością chorób oraz koniecznością kierowania pacjentów do

opieki specjalistycznej o różnym profilu mnoży liczbę zaleceń lekarskich i zlecanych badań. Skąpoobjawowość niektórych chorób w geriatrici powoduje, iż zastosowanie diagnostycznych badań analitycznych i obrazowych jest jednym z najczęstszych problemów. Pacjent geriatryczny wymaga w systemie opieki zdrowotnej znacznie więcej procedur i wizyt. Mnoży to liczbę przepisywanych leków i stosowanej politerapii. Po hospitalizacji często dochodzi do zwiększenia liczby zalecanych leków, których często nie da się odstawić z powodu pogorszenia stanu zdrowia. Najczęstszą przyczyną polipragmazji jest wiek pacjenta oraz liczba konsultacji lekarskich udzielanych pacjentowi. Wiele problemów zdrowotnych osób starszych wynika ze stosowania przez pacjenta różnych leków.

- Bezsensowność może być powodowana stosowaniem preparatów *Ginkgo biloba*.
- Źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze stosowaniem niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ).
- Nasilenie zaburzeń poznawczych może być spowodowane stosowaniem leków przeciwhistaminowych, np. loratydyny.

Wszystkie powyższe przykłady dotyczą leków z grupy OTC (*over the counter*) kupowanych przez osoby starsze bez recepty.

Polskie populacyjne badania PolSenior wykazały, iż osoby starsze w Polsce zażywają średnio ponad 5 leków, a ponad 90% starszych pacjentów przyjmuje leki codziennie [11].

W literaturze naukowej wyróżnia się interakcje:

- lek–pożywienie;
- lek–choroba;
- lek–lek.

Polipragmazja jest terapią wielolekową, zwykle bez znajomości konsekwencji niewłaściwej ordynacji leków i często łączenia z preparatami dostępnymi bez recepty [29]. Politerapia to stosowanie wielu leków w celu osiągnięcia lepszego efektu terapeutycznego, np. w leczeniu nadciśnienia tętniczego, lub eradykacji zakażenia *Helicobacter pylori*. Rozsądna politerapia wymaga oceny ryzyka i zagrożenia dla pacjenta oraz dobrej znajomości farmakokinetyki i farmakodynamiki stosowanych leków. W Polsce i na świecie coraz częściej stosuje się preparaty typu *polypill* zawierające połączenie kilku aktywnych substancji. W stosowaniu politerapii konieczna jest również znajomość historii uczuleń i nadwrażliwości na poszczególne substancje występujące w lekach. Sytuacje, w których pacjent geriatryczny zażywa kilka różnych leków, są coraz częstsze, co spowodowane jest m.in. postępowaniem medycyny. Nieracjonalnie i często stosowanie bez uzasadnienia np. leków osłonowych typu inhibitory pompy protonowej (IPP) stwarza podwyższone ryzyko wystąpienia u pacjenta skutków ubocznych, których efektem może być: nasilenie, osłabienie, zniesienie działania przyjętych leków oraz związane z tym komplikacje w leczeniu pacjenta. Ryzyko wystąpienia interakcji lekowych jest tym wyższe, im więcej leków zażywa pacjent (**Tabela VIII**).

Przyczyn polipragmazji jest wiele, zwiększona liczba konsultacji medycznych jest jedną z nich.

Liczba stosowanych leków	Procent interakcji
2 leki	6%
5 leków	50%
8 leków	100%

Tabela VIII. Ryzyko interakcji zażywanych leków.

Źródło: Neumann-Podczaska A., Wieczorkowska-Tabis K., Grześkowiak E., *Interakcje lek-lek w geriatrici*. „Geriatrica” 2013; 7: 238–242 [28].

9. Poprawa opieki nad pacjentami starszymi (organizacja ochrony zdrowia, postawa, wiedza i umiejętności personelu) w POZ w Polsce

W obecnym systemie opieki zdrowotnej nie ma motywowania lekarzy POZ do zwiększania opieki nad pacjentami starszymi. Zakres kompetencji lekarza POZ ogranicza znacznie opiekę nad pacjentem geriatrycznym. Dzieje się tak głównie z powodu braku zasobów finansowych przeznaczonych na ten typ opieki. Wydaje się jednak, iż lekarzowi POZ w Polsce nie jest daleko do geriatrici.

Długoterminowa opieka nad pacjentem, ustalona pozycja, jeśli chodzi o kontakt i wiedzę o pacjencie, oraz możliwość motywowania pacjenta do zmian w celu jak najdłuższego utrzymania sprawności funkcjonalnej są niezwykle istotnymi atutami lekarzy rodzinnych. Systemy opieki zdrowotnej w wielu krajach europejskich wykorzystują bazę lekarzy POZ do sprawowania opieki nad pacjentami starszymi.

Procesy zmiany organizacji ochrony zdrowia nad pacjentem geriatrycznym są wyzwaniem dla płatnika, zwłaszcza w sytuacji ograniczonych środków finansowych. W Polsce w POZ finansowanie opieki nad osobami powyżej 65. r.ż. jest wyższe niż populacji ogólnej, a wskaźnik opieki jest zwiększony. Nie pokrywa on jednak kosztów tej opieki (z powodu większej niż przewidziano liczby wizyt osób starszych u lekarza POZ), badań oraz niejednokrotnie pomocy pielęgniarskiej.

Lekarz POZ nie ma także dostępu do poszerzonej diagnostyki specjalistycznej (echo serca, badanie ciśnienia metodą Holtera, diagnostyka chorób tarczycy, badanie densytometryczne, badania USG stawów).

W systemie POZ są bardzo duże kłopoty z uzyskaniem opieki pielęgniarskiej dla pacjentów obłożnie chorych. Pomimo dobrze zdiagnozowanych kierunków opieki nad pacjentem starszym (badanie PolSenior) [11] oraz odbywających się cykli szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek POZ w zakresie opieki geriatrycznej w chwili pisania tego artykułu w Polsce nie ma rozwiązań systemowych mogących tę opiekę polepszyć. Utrudniony jest również dostęp pacjentów do poradni geriatrycznych. W Polsce zbyt dużo pieniędzy wydaje się na hospitalizacje pacjentów, które w sumie pochłaniają 43% środków NFZ. Na ambulatoryjną opiekę zdrowotną NFZ wydaje tylko 16%

środków, co powoduje brak możliwości diagnostycznych pacjenta w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Z roku na rok rośnie również liczba hospitalizowanych pacjentów, nie poprawiając zdrowotności ogólnej populacji. Zmiany systemowe z pewnością są potrzebne zarówno w motywowaniu personelu do kształcenia w zakresie opieki geriatrycznej, jak i pracy z pacjentem powyżej 65. r.ż. Postawa pacjentów starszych wobec lekarzy POZ w Polsce z reguły jest dobra, co wykazały badania PolSenior przeprowadzone w 34 ośrodkach naukowych w Polsce i badające od 2006 roku polskich seniorów. Podstawowa opieka zdrowotna została przez tę grupę pacjentów najlepiej oceniona. Często pacjent geriatryczny darzy swojego lekarza POZ głębokim zaufaniem i to lekarz rodzinny w systemie opieki zdrowotnej najczęściej kontaktuje się z pacjentem i jego rodziną [30]. Jednak powszechny obecnie negatywny obraz starości kłóci się z obrazem nowoczesnych osiągnięć medycyny, zabiegów laparoskopowych, kardiointerwencyjnych zabiegów wszczepiania stentów czy diagnozowania za pomocą rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej [31].

Podsumowanie

Podsumowując analizę opieki nad osobami w wieku podeszłym w POZ, szczególny nacisk należy zwrócić na organizowanie i zapewnienie pacjentowi w wieku podeszłym opieki kompleksowej, blisko pacjenta, przy współudziale rodziny i opiekunów. Ważne jest dbanie o działania prewencyjne i zapobieganie występowaniu wielkich problemów geriatrycznych. Istotne jest również wczesne podejmowanie szeroko pojętych działań profilaktycznych zapobiegających utracie sprawności funkcjonalnej pacjenta oraz organizowanie wsparcia społecznego. W organizowaniu opieki nad pacjentem w wieku podeszłym powinno pomóc szukanie odpowiedzi na następujące pytania: Jak będzie wyglądać opieka nad pacjentami starszymi w Polsce w starzejącym się społeczeństwie? Czy lekarze rodzinni będą ważnym ogniwem tej opieki? Czy lekarz rodzinny będzie wyposażony w niezbędne narzędzia do jej sprawowania? Niezmiernie istotny jest również głos pacjentów i ich rodzin nad zabezpieczaniem potrzeb zdrowotnych tej grupy społecznej.

Piśmiennictwo

1. *Proportion of population aged and over*. Eurostat, 2008.
2. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygieł J., *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?* „Gerontol. Pol.” 2008; 16: 149–159.
3. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. ViaMedica, Gdańsk 2006.
4. Bień B., *Stan zdrowia i sprawności ludzi starszych*. Gdańsk 2002.
5. Palmore E., *Ageism in Canada and Unites States*. „J. Cross. Cult. Gerontol.” 2004; 19: 41–46.
6. Kropińska S., Tobis S., Jakrzewska-Sawińska A., Wieczorkowska-Tobis K., *Dlaczego boimy się starości?* „Geriatrya” 2013; 7: 19–23.
7. Borenstein J., Aranow H. et al., *Early recognition of risk factors for adverse outcomes during hospitalization among Medicare patients: a prospective cohort study*. „BMC Geriatr.” 2013; 8–13: 72.
8. Wieczorkowska-Tabiś K., Rajska-Neumann A., Stryczyński A., Jóźwiak A., *Kompleksowa ocena geriatryczna, jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego*. „Geriatr. Pol.” 2006; 2: 3.
9. Bakalarczyk R., *Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym – przykład Szwecji*. „Geriatrya” 2009; 3: 12–16.
10. Szczerbińska K., Pietryka A., *Rozwój geriatryi w krajach europejskich – historia i zasoby (część 1)*. „Gerontol. Pol.” 2008; 16(3): 61.
11. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce. PolSenior*. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2012.
12. Bień B., *Specyfika geriatryi – odrębność i zasady postępowania*, w: Galus K., *Geriatrya*. Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2007.
13. Jerzemowski J., Puchalska-Reglińska E., *Wartość wskaźnika BMI i WHR w ocenie nadwagi u osób starszych z niewydolnością nerek i współistniejącymi chorobami układu sercowo-naczyniowego*. „Geriatrya” 2014; 8: 29–34.
14. Sin H.P., Liu D.T., Lam D.S., *Lifestyle modification, nutritional and vitamins supplements for age-related macular degeneration*. „Acta Ophthalmol.” 2013; 91(1): 6–11.
15. Bieniek J., Brończyk-Puzoń A., Nowak J., Dittfeld A., *Witamina D – wskaźnik zdrowia u osób starszych w wybranych chorobach neurodegeneracyjnych*. „Geriatrya” 2014; 8: 49–55.
16. Skalska A., Fedak D., Gąsowski J., *Stężenie 25-hydroksywitaminy D a stan odżywienia mierzony wskaźnikiem masy ciała u osób starszych*. „Geront. Pol.” 2009; 17(1): 16–22.
17. Joźwiak A., *Otępienie u osób w wieku starszym*. „Geriatrya” 2008; 2: 237.
18. Czerwiński E., Kanis J. et al., *The incidence and risk of hip fracture in Poland*. „Osteoporosis Int.” 2009; 20(8): 1363–1367.
19. Kurowska K., Simon J., *Wpływ stanu odżywienia, na jakość życia po 65 roku – doniesienia wstępne*. „Geriatrya” 2013; 7: 217–225.
20. Humańska M., Kędziora-Kornatowska K., *Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku*. „Gerontol. Pol.” 2009; 17(3): 126–128.
21. PACE participants, Audisio R.A., Pope D. et al., *Shall we operate? Preoperative assessment in elderly care patients (PACE) can help. A SIOG surgical task force prospective study*. „Cri. Rev. Oncol. Hematol.” 2008; 65: 156.
22. Robb C., Boulware D., et al., *Patterns of care and survival in cancer patients with cognitive impairment*. „Crit. Rev. Oncol. Hematol.” 2010; 74: 218.
23. Wieczorkowska-Tabiś K., Grodecka-Gazdecka S., *Pacjent onkologiczny – geriatryczny punkt widzenia*. „Geriatrya” 2010; 4: 203–208.

24. Gowin E., Michalak M., Horst-Sikorska W., *Hospitalization of patients aged 65 and over in Poland analysis of frequency and causes*. „Geriatrics” 2013; 7: 73–77.
25. Krzych Ł., Jaros A., *Skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego u chorych hospitalizowanych na oddziale rehabilitacji kardiologicznej*. „Nadciś. Tętn.” 2010; 14: 261–265.
26. Lewandowicz M., *Zindywidualizowana dieta terapia w odpowiedzi na zmiany w przewodzie pokarmowym związane ze starzeniem się lub wielochorobowością – część I*. „Geriatrics” 2014; 8: 43–48.
27. Jałbrzykowska K., Kowalczyk K., *Ocena aktywności ruchowej na ciśnienie tętnicze w zależności od rodzaju treningu fizycznego u osób z nadciśnieniem tętniczym*. „Geriatrics” 2013; 7: 226–230.
28. Neumann-Podczaska A., Wieczorkowska-Tabis K., Grześkowiak E., *Interakcje lek–lek w geriatrici*. „Geriatrics” 2013; 7: 238–242.
29. Rajska-Neumann A., Wieczorkowska-Tabis K. et al., *Farmakoterapia a u osób starszych w Polsce*. Termedia, Poznań 2012.
30. Kurowska K., Bystryk R., *Rola wsparcia i przekonań dotyczących zdrowia w zmaganiu się z problemami wieku geriatrycznego*. „Geriatrics” 2013; 7: 5–11.
31. Kagan S.H., *Gotcha! Don't ageism sneak into your practice*. „Geriatr. Nur.” 2011; 33: 60–62.



Zmiany w diagnostyce mikrobiologicznej w Polsce w latach 2007–2013

Elżbieta Stefaniuk¹, Marcin Kautsch²

¹ Zakład Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej, Narodowy Instytut Leków w Warszawie; Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej w Warszawie

² Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

Adres do korespondencji: Marcin Kautsch, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, e-mail: mxkautsc@wp.pl

Abstract

Changes in microbiological diagnostics in Poland in 2007–2013

This article presents the changes in the number, quality structure as well as in personnel structure of microbiological laboratories in Poland in 2007–2013. The legal background of the above changes was also analysed, indicating that the issues concerning the operation of laboratories have been adopted relatively late compared to other healthcare institutions. As a result of the analysis, it was found that the number of the laboratories changes, and their number per capita in the different provinces is significantly different. These differences are also found in the number of staff per capita. At the same time an increased interest in the pro-quality activities was identified – an increasing number of laboratories have quality certificates.

Key words: changes, microbiological laboratories, quality

Słowa kluczowe: jakość, laboratoria mikrobiologiczne, zmiany

Wprowadzenie

Medyczne laboratorium mikrobiologiczne jest, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej¹, podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych, tj. wykonującym działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonywania. Stanowi jedno z ogniw w procesie zapewnienia bezpieczeństwa mikrobiologicznego i epidemiologicznego zarówno jednostce, jak i populacji.

Zadaniem laboratoriów mikrobiologicznych jest prowadzenie diagnostyki mikrobiologicznej dla chorych szpitalnych i leczonych poza szpitalem. Rolę i zadania laboratorium mikrobiologicznego w diagnostyce, zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi określają liczne dokumenty, z których najważniejszym jest ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi².

Obowiązujące regulacje prawne, zalecenia i wytyczne definiują szereg wymagań, których wdrożenie, przestrzeganie i monitorowanie pozwala spełniać oczekiwania klientów laboratoriów (lekarzy, pacjentów, zespołów i komitetów kontroli zakażeń). Wśród oczekiwań tych zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta jest priorytetem.

Z danych ogólnoswiatowych wynika, że najpoważniejsze zagrożenie dla pacjentów stanowią zakażenia zaliczane do zdarzeń niepożądanych. Statystyki europejskie wskazują, że dotyczą one średnio około 5% pacjentów leczonych w szpitalu [1]. Dane dotyczące Polski nie są jednoznaczne. W roku 2011 oceniano, że w Polsce odsetek zakażonych pacjentów jest wyższy i kształtuje się na poziomie około 10% [2], natomiast w roku 2012 częstość występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną oszacowano na poziomie 6,4% [3].

Celem niniejszej pracy jest omówienie zmian zachodzących w latach 2007–2013 w sektorze medycznych usług diagnostyki mikrobiologicznej w Polsce.

1. Regulacje prawne, wymagania, wytyczne

Zasady funkcjonowania medycznych laboratoriów diagnostycznych, zwanych dalej „laboratoriami”, regulują przepisy prawa. W rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej **laboratorium jest przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego**, może być także **jednostką organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego**, instytutu badawczego albo uczelni medycznej.

Zgodnie z art.17 ust. 1 ww. ustawy każdy podmiot leczniczy powinien zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania określone w odrębnych przepisach, z wykorzystaniem wyrobów zgodnych z zapisami ustawy o wyrobach medycznych³. Laboratoria podlegają wpisowi do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych (KRDL)⁴, organu Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych (KIDL).

1.1. Infrastruktura i wyposażenie laboratorium medycznego

Przez wiele lat brak było aktów prawnych regulujących kwestie odnoszące się *stricte* do laboratoriów medycznych. Dopiero w roku 1999 opublikowano Zalecenia Krajowego Specjalisty w dziedzinie mikrobiologii w sprawie organizacji i zasad działania laboratoryjnej diagnostyki mikrobiologicznej⁵, a w roku 2001 zespół ekspertów powołanych przez Ministerstwo Zdrowia opracował *Wytyczne dla laboratoriów diagnostycznych i laboratoriów mikrobiologicznych obowiązujące przy ubieganiu się o akredytację. Wymogi normy. Zalecenia dotyczące budowy systemu jakości* [4].

Pierwszym aktem prawnym określającym wymogi wobec laboratoriów było rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne⁶, w którym określono m.in. liczbę i rodzaj pomieszczeń laboratorium medycznego, bez uszczegóławiania wymagań dla laboratorium mikrobiologicznego. Standardy jakości w zakresie mikrobiologicznych badań laboratoryjnych, oceny ich jakości i wartości diagnostycznej oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyniku badań określono w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych⁷.

1.2. Kwalifikacje personelu laboratorium medycznego

Kwalifikacje i kompetencje personelu medycznych laboratoriów diagnostycznych regulują ustawy^{8,9} oraz rozporządzenia¹⁰⁻¹².

Według art. 6 ust. 1 i 2 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej czynności diagnostyki laboratoryjnej samodzielnie mogą wykonywać wyłącznie osoby z tytułem zawodowym diagnosty laboratoryjnego oraz osoby posiadające tytuł zawodowy lekarza i prawo wykonywania zawodu lekarza oraz wiedzę i umiejętności w zakresie wykonywania ww. czynności diagnostyki laboratoryjnej (art. 16 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹³). Ustawa precyzuje wymogi odnośnie do wykształcenia

diagnostów laboratoryjnych, a także reguluje kwestię uprawnień do wykonywania zabiegów i pobierania materiału do badań laboratoryjnych. Zasady uzyskiwania tytułu specjalisty w medycznej diagnostyce mikrobiologicznej określają programy specjalizacji dostępne na stronie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP)¹⁴.

Ewidencję diagnostów laboratoryjnych posiadających prawo wykonywania zawodu prowadzi KRDL (art. 8–10 ustawy); lista diagnostów laboratoryjnych dostępna jest na stronie internetowej www.kidl.org.pl [5]. Na podstawie danych KRDL Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w 2014 roku uruchomiło Rejestr diagnostów laboratoryjnych zarejestrowanych w RP [6].

2. Jakość w laboratorium medycznym

Norma PN-ISO 8402:1996: *Zarządzanie jakością i zapewnienie jakości. Terminologia*¹⁵ definiuje jakość jako „zespół właściwości jednostki, dzięki którym jednostka ta jest w stanie zaspokajać ustalone lub wymagane potrzeby”, dlatego też standaryzacja wszystkich zachodzących w laboratorium procesów, zarówno administracyjno-organizacyjnych, jak i diagnostycznych, jest podstawą uzyskania wiarygodnych wyników badań laboratoryjnych.

Wytyczne odnośnie do standardów jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych w Polsce wskazują Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 marca 2006¹⁶ oraz 21 stycznia 2009 roku¹⁷, wytyczne i rekomendacje w danej dziedzinie, normy ISO określające kompetencje laboratoriów badawczych i laboratoriów medycznych.

Norma PN-EN ISO/IEC 17025:2005 – *Ogólne wymagania dotyczące kompetencji laboratoriów badawczych i wzorcujących*¹⁸ odnosi się m.in. do kompetencji personelu, stosowanych metod badawczych, podwykonawstwa badań, zapewnienia jakości badań i spójności pomiarowej, udziału w międzylaboratoryjnych badaniach porównawczych i badaniach biegłości, sprawozdań z badań. Wiele uwagi poświęcono zapewnieniu bezstronności i niezależności laboratorium.

Norma PN-EN ISO 15189:2008 – *Laboratoria medyczne. Szczegółowe wymagania dotyczące jakości i kompetencji* zawiera wymagania szczególne dla laboratoriów medycznych¹⁹. Norma ta odwołuje się do kwestii bezpieczeństwa pacjenta, etyki zawodowej, współpracy diagnosty laboratoryjnego m.in. z lekarzem, głównym zleciennodawcą laboratorium medycznego. Norma ta, podobnie jak dokument Polskiego Centrum Akredytacji (PCA) EA-04/10 *Akredytacja laboratoriów mikrobiologicznych* [7] określa dodatkowo wymagania dla przed- i poanalizacyjnego etapu diagnostyki laboratoryjnej.

Formalnym uznaniem spełnienia wymagań ww. norm jest akredytacja. Służy ona budowaniu i umacnianiu zaufania klientów do świadczonych przez laboratorium usług i do wyników badań. W Polsce krajową jednostką upoważnioną do akredytacji, m.in. laboratoriów medycznych, na podstawie ustawy o systemie oceny zgodności²⁰, jest PCA. Pełniło ono także rolę doradczą w pracach Mi-

nisterstwa Zdrowia nad wspomnianymi powyżej wytycznymi z roku 2001. W dniu 19 stycznia 2007 roku KRDL i PCA podpisały „Porozumienie dotyczące współpracy i wzajemnej wymiany informacji w zakresie wzrostu świadomości projakościowej diagnostów laboratoryjnych”.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych²¹ medyczne laboratoria mikrobiologiczne powinny uczestniczyć w zewnętrznych programach kontroli jakości organizowanych m.in. przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej (COBJwDM).

COBJwDM²² [8] jest jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia²³. Od roku 1997 organizuje Ogólnopolski Sprawdzian Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych – POLMICRO. Program ten porusza aktualne problemy mikrobiologii zakażeń, standaryzacji metod mikrobiologicznych, zasad wdrażania nowych metod diagnostycznych. POLMICRO daje laboratoriom możliwość oceny swoich kompetencji do rozwiązywania aktualnych problemów diagnostycznych i porównania się z innymi laboratoriami w Polsce. Poświadczaniem kompetencji laboratoriów, w zakresie objętym Programem POLMICRO, są certyfikaty przyznawane przez COBJwDM.

3. Struktura medycznych laboratoriów mikrobiologicznych w Polsce

W Polsce nie ma jednolitego rejestru podmiotów leczniczych wykonujących medyczne badania laboratoryjne, brakuje również informacji, dla jakich podmiotów leczniczych wykonują badania poszczególne laboratoria. Przedstawioną poniżej analizę struktury laboratoriów mikrobiologicznych przeprowadzono na podstawie danych dostępnych na stronach internetowych KIDL i PCA, danych COBJwDM oraz danych gromadzonych w ramach systemu statystyki publicznej publikowanych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

3.1. Dynamika i kierunki zmian

W roku 2007 COBJwDM przeprowadził wśród laboratoriów Programu POLMICRO badanie ankietowe [9]. Jego wyniki w odniesieniu do kwestii omawianych w niniejszym artykule przedstawiono poniżej.

W roku 2007 w POLMICRO brało udział 457 laboratoriów mikrobiologicznych. Aż 88% laboratoriów, oprócz realizacji zleceń lekarzy, wykonywało badania dla pacjentów indywidualnych (prywatnych), co stanowiło szansę na pozyskanie dodatkowych środków finansowych.

Spośród laboratoriów wykonujących w roku 2007 badania dla pacjentów szpitalnych 6% stanowiły jednostki działające w strukturach niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, 12% – laboratoria prywatne, ale laboratoria te nie wykonywały badań mikrobiologicznych dla pacjentów hospitalizowanych. W roku 2007 wśród laboratoriów uczestniczących w POLMICRO było 28 labo-

ratoriów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (w roku 2011 liczba tych laboratoriów przekroczyła 100, a w 2013 roku wynosiła 118).

Zaledwie 17% pracowało w systemie ciągłym całodobowym, przez siedem dni w tygodniu, i tym samym spełniało wymagania rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 23 marca 2006 roku. 72% laboratoriów pracowało tylko w dni robocze z zapewnieniem zabezpieczenia materiału diagnostycznego w dni ustawowo wolne od pracy oraz w godzinach popołudniowych i nocnych. Warunku zabezpieczenia materiału diagnostycznego w ww. porach nie spełniało 11% laboratoriów biorących udział w badaniu.

Z kolei dane gromadzone w ramach systemu statystyki publicznej publikowane przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia wskazują, że w roku 2011 w szpitalach ogólnych działało łącznie 1111 pracowników diagnostycznych, z czego 605 – pracownicy diagnostyki laboratoryjnej, 387 – pracownicy bakteriologii i 119 – pracownicy wirusologii [10]. W roku 2013 odnotowano spadek liczby pracownicy diagnostycznych ogółem do 1013, w tym: liczba pracownicy diagnostyki laboratoryjnej zmniejszyła się o 42 laboratoria, pracownicy bakteriologii – o 30, pracownicy wirusologicznych – o 16.

Zgodnie z ewidencją medycznych laboratoriów diagnostycznych KRDL w Polsce 31 grudnia 2013 roku działało 2700 laboratoriów [11]. Dane dostępne na stronie internetowej KIDL nie zawierają informacji o zakresie świadczonej diagnostyki.

W bazie danych COBJwDM na dzień 31 grudnia 2013 roku widniało 576 laboratoriów, w tym 458 laboratoriów wykonujących badania z zakresu mikrobiologii ogólnej. Zakres diagnostyki zależy od rodzaju świadczeniobiorców usług diagnostycznych. Najszersze spektrum badań mikrobiologicznych wykonują laboratoria, których głównym klientem jest szpital. Na podstawie danych KIDL i COBJwDM w **Tabeli I** pokazano liczbę laboratoriów diagnostycznych i laboratoriów mikrobiologicznych w poszczególnych województwach.

Medyczne laboratoria mikrobiologiczne stanowią 21% wszystkich laboratoriów medycznych. Ogółem w Polsce na 10 tys. ludności przypada 0,55 laboratorium diagnostycznego i 0,15 laboratorium mikrobiologicznego. Najwięcej (na populację) jednostek świadczących diagnostykę mikrobiologiczną jest w województwach podlaskim, lubelskim i warmińsko-mazurskim (0,18), najmniej – w województwie lubuskim (0,10), co – oczywiście – silnie wpływa na dostępność do tego typu badań w poszczególnych województwach.

3.2. Outsourcing badań mikrobiologicznych

Outsourcing rozwija się bardzo dynamicznie w różnych formach, w różnych działach przedsiębiorstw, zarówno w Polsce, jak i na świecie [12–14]. Na rynku badań mikrobiologicznych daje się zauważyć rosnące zainteresowanie usługami świadczonymi przez firmy zewnętrzne [15, 16]. Podstawową korzyścią wynikającą z przekazywania do outsourcingu pewnych działań podmiotu jest redukcja kosztów [17]. Celem strategicznym

Województwo	Ludność (tys.)	Laboratoria diagnostyczne		Laboratoria mikrobiologiczne	
		Liczba	Wskaźnik na 10 tys. ludności	Liczba	Wskaźnik na 10 tys. ludności
Polska	38 531	2124	0,55	576	0,15
Dolnośląskie	2914	172	0,59	50	0,17
Kujawsko-pomorskie	2096	113	0,54	31	0,15
Lubelskie	2166	127	0,59	38	0,18
Lubuskie	1023	48	0,47	10	0,10
Łódzkie	2525	117	0,46	40	0,16
Małopolskie	3354	181	0,54	42	0,13
Mazowieckie	5302	349	0,66	72	0,14
Opolskie	1010	50	0,50	14	0,14
Podkarpackie	2130	97	0,46	34	0,16
Podlaskie	1199	53	0,44	21	0,18
Pomorskie	2290	93	0,41	29	0,13
Śląskie	4616	23	0,05	67	0,14
Świętokrzyskie	1274	297	2,33	20	0,16
Warmińsko-mazurskie	1451	72	0,50	26	0,18
Wielkopolskie	3462	241	0,70	59	0,17
Zachodniopomorskie	1721	91	0,53	23	0,13

Tabela I. Medyczne laboratoria w Polsce (stan na 31 grudnia 2013 roku).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej i Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

outsourcingu jest skoncentrowanie podmiotu na kluczowej działalności, decydującej o jego konkurencyjności na rynku. Pozwala też uzyskać dostęp do usług niemożliwych do osiągnięcia we własnym zakresie. W założeniu outsourcing powinien prowadzić do redukcji kosztów i zwiększenia dochodów; ograniczenia struktury organizacji, uproszczenia procedur. Redukcja kosztów powinna być ważnym, ale nie jedynym celem outsourcingu usług [18–20].

Wraz z rozpowszechnieniem się outsourcingu należy się spodziewać zwiększonego ryzyka szkód wyrządzanych pacjentom przez usługodawców [21]. Największe ryzyko wystąpienia niepożądanych zdarzeń medycznych dotyczy outsourcingu usług medycznych i usług wsparcia medycznego. Zarządzający podmiotami leczniczymi nie zawsze mają świadomość, że zlecenie wykonywania określonych usług zewnętrznemu podmiotowi nie oznacza automatycznego zwolnienia z odpowiedzialności szpitala wobec pacjenta. Należy pamiętać, że szkoda wyrządzona pacjentowi może mieć charakter czynu niedozwolonego lub nienależytego wykonania usługi [22]. W celu zminimalizowania odpowiedzialności szpitala istotne jest wdrożenie i stosowanie właściwych procedur zarówno na etapie wyboru, ale także współpracy z firmami zewnętrznymi, oraz podpisanie umów szczegółowo określających zasady i warunki współpracy. Z doświadczenia kancelarii prawnych wynika, że szpitale stosują takie same procedury i umowy przy kontraktowaniu medycznej diagnostyki laboratoryjnej i np. usług ochroniar-

skich czy administracyjnych. W większości przypadków outsourcingu usług diagnostycznych szpitale nie gwarantują sobie w umowie prawa do wyrażania opinii i zgody w odniesieniu do ewentualnego podwykonawcy, a także prawa do nadzoru nad dostarczaniem usługami i kontroli ich jakości. Często w zawieranych umowach pomijane są zapisy o konieczności posiadania przez usługodawcę odpowiednio wysokiej polisy ubezpieczeniowej oraz zapisy o karach umownych. Szpital powinien mieć wiedzę i pewność, że zlecane usługi wykonywane są bezpośrednio przez podmiot, z którym zawarto umowę. Zapisy w umowie powinny gwarantować kierownictwu szpitala wywiązanie się z nałożonych obowiązków ustawowych. Zdaniem M. Kowalczyka „outsourcing ma przed sobą przyszłość, pod warunkiem że firmy współpracujące ze szpitalami będą spełniały wysokie wymagania i przestrzegały wyznaczonych standardów” [23].

Największą w Polsce siecią laboratoriów medycznych jest „DIAGNOSTYKA Laboratoria Medyczne sp. z o.o.”. Drugą w kolejności firmą jest „ALAB Laboratoria sp. z o.o.”, następnie „SYNEVO sp. z o.o.” i – do roku 2011 – „Dr n. med. Teresa Fryda Laboratorium Medyczne”. W roku 2011 DIAGNOSTYKA kupiła większość laboratoriów ostatniej z wymienionych spółek. Lokalizację mikrobiologicznych laboratoriów sieciowych w Polsce przedstawiono na **Rysunku 1**.

Mikrobiologiczne laboratoria sieciowe działają na terenie 13 województw. Najwięcej, bo aż po 6 laboratoriów sieciowych, w roku 2013 było w województwach

łódzkim i śląskim. W województwie mazowieckim było 5 laboratoriów, w pozostałych od 1 do 3 laboratoriów. W województwach opolskim, podlaskim i warmińsko-mazurskim w roku 2013 nie działały zewnętrzne laboratoria mikrobiologiczne. Jednak wspomniane firmy diagnostyczne miały w tych województwach wiele punktów pobrań i przyjęć materiałów do badań, które kierowano do własnych laboratoriów mikrobiologicznych w innych regionach kraju. Choć spółki te posiadają własną sieć kurierską, część materiałów dostarczana jest do laboratoriów z wykorzystaniem taboru kolejowego lub drogą lotniczą. Możliwość odbioru próbek do badań przez kurierów daje firmom szanse otwierania kolejnych punktów pobrań materiałów i punktów przyjęć. Wymaga to takiego zapewnienia warunków transportu, z uwzględnieniem czasu i temperatury transportu, aby próbki materiału nie uległy zniszczeniu.

W latach 2007–2013 zaobserwowano tendencję do przejmowania laboratoriów działających w strukturach szpitali przez ww. sieci laboratoriów. **Tabela II** przedstawia dynamikę zmian na rynku usług mikrobiologicznych dotyczącą laboratoriów outsourcingowych w latach 2007–2013.

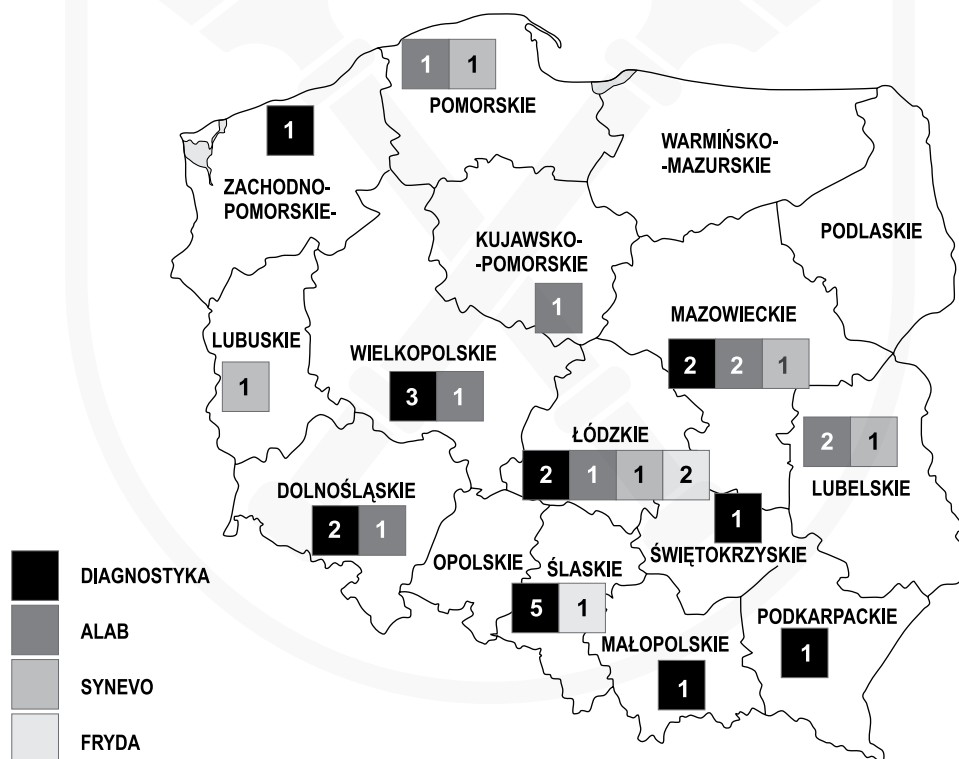
W analizowanym okresie liczba poddających się kontroli POLMICRO laboratoriów mikrobiologicz-

nych należących do jednej z ww. czterech firm wzrosła o 45,8%. Lata 2008, 2009 i 2010, w porównaniu z rokiem 2007, oznaczają wzrost liczby mikrobiologicznych laboratoriów outsourcingowych będących pod kontrolą POLMICRO. W roku 2011 zaobserwowano znaczny spadek (23,5%) liczby laboratoriów outsourcingowych uczestniczących w POLMICRO – prawie do poziomu z roku 2007. Było to spowodowane m.in. przejęciem części laboratoriów jednej z firm przez inną działającą na rynku oraz wynikami konkursów na świadczenie usług diagnostycznych (spółki przegrywając przetarg, zawieszały uczestnictwo w programie).

W 2013 roku nastąpił znaczny wzrost liczby laboratoriów sieciowych sprawdzających swoje kompetencje w programie POLMICRO; w stosunku do roku 2012 przybyło 11 laboratoriów (wskaźnik 45,8%).

Liczbę laboratoriów mikrobiologicznych należących do omawianych firm i uczestniczących w zewnętrznym sprawdzaniu jakości POLMICRO w latach 2007–2013 przedstawiono na **Wykresie 1**.

W roku 2007 na rynku funkcjonowało 25 laboratoriów zewnętrznych, w roku 2009 – 33 laboratoria, 2011 – 27, podczas gdy rok 2013 to 35 laboratoriów mikrobiologicznych należących do spółek DIAGNOSTYKA, ALAB, SYNEVO i FRYDA. Największa zmiana nastąpiła w roku



n – liczba laboratoriów

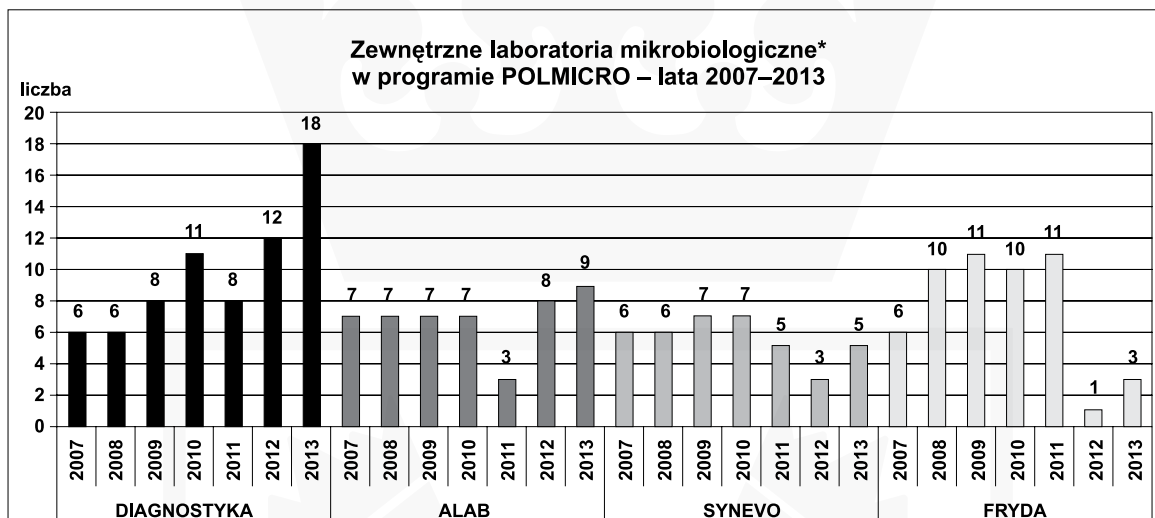
Rysunek 1. Lokalizacja sieciowych medycznych laboratoriów mikrobiologicznych należących do największych podmiotów (stan na 31 grudnia 2013).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Liczba sieciowych laboratoriów mikrobiologicznych	25	29	33	34	26	24	35
Przyrost absolutny łańcuchowy	n.d.	4	4	1	-8	-2	11
Przyrost względny łańcuchowy (%)	n.d.	16	13,8	3	-23,5	-0,2	45,8

Tabela II. Dynamika zmian rynku zewnętrznych usług mikrobiologicznych w latach 2007–2013.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej.



* laboratoria należące do czterech wiodących, zewnętrznych firm diagnostycznych

Wykres 1. Liczba mikrobiologicznych laboratoriów outsourcingowych poszczególnych firm w programie POLMICRO w latach 2007–2013.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej.

2013: zaobserwowano wzrost liczby laboratoriów DIAGNOSTYKA (do 18) i ograniczenie liczby laboratoriów dr Teresy Frydy – z 11 laboratoriów w roku 2011 do 3 w 2013. Wynika to ze wspomnianego wcześniej przejęcia części laboratoriów dr Teresy Frydy przez spółkę DIAGNOSTYKA. „Nowe placówki i komórki organizacyjne powstają lub są przejmowane, inne z kolei są likwidowane albo uniezależniają się od «firmy-matki», płynnie zmienia się sieć podwykonawców” [24]. Należy mieć na uwadze, że są to dane z Programu POLMICRO, możliwa jest więc sytuacja, że w latach 2007–2013 działały na rynku usług diagnostycznych laboratoria, które nie przystąpiły do programu organizowanego przez COBJwDM. Analiza takich przypadków nie jest jednak możliwa ze względu na brak publicznie dostępnych danych.

3.3. Personel laboratoriów mikrobiologicznych

Przytoczone powyżej badanie ankietowe wykazało, że w roku 2007 w medycznych laboratoriach mikrobiologicznych było zatrudnionych 164 diagnostów la-

boratoryjnych specjalistów w dziedzinie mikrobiologii (II stopień specjalizacji) [9]. W roku 2010 w laboratoriach mikrobiologicznych pracowało 306, a w 2013 – 464 osoby posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie mikrobiologii (bez względu na tryb kształcenia, dwustopniowy lub jednostopniowy). Liczba specjalistów w latach 2007–2013 wzrosła o 183%. Badanie dynamiki liczby specjalistów mikrobiologów w czasie przedstawia **Tabela III**.

Wszystkie pokazane powyżej przyrosty jednoznacznie wskazują na dynamiczny wzrost liczby specjalistów w dziedzinie mikrobiologii w latach 2007–2013. W roku 2010 w stosunku do roku 2007 liczba osób, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie mikrobiologii, wzrosła o 87%; w roku 2013 w porównaniu z rokiem 2010 zaobserwowano niższy wzrost liczby specjalistów (52%). Spadek tempa wzrostu liczby specjalistów w latach 2010–2013 w stosunku do lat 2007–2010 był spowodowany najprawdopodobniej faktem przystępowania, we wcześniejszym okresie, do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego większej liczby osób kształcących się tzw. starym trybem.

	2007	2010	2013
Liczba specjalistów w dziedzinie mikrobiologii	164	306	464
Przyrost absolutny łańcuchowy	n.d.	142	158
Przyrost względny łańcuchowy (%)	n.d.	87	52

Tabela III. Dynamika zmian liczby specjalistów w dziedzinie mikrobiologii w latach 2007–2013.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej i Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Laboratoria mikrobiologiczne (POLMICRO) n = 573	Liczba ogółem	Liczba mikrobiologów/ jedno laboratorium mikrobiologiczne	Laboratoria medyczne (KIDL) n = 2700	Liczba ogółem	Liczba diagnostów/ jedno medyczne laboratorium
Diagnosty laboratoryjni ze specjalizacją w dziedzinie mikrobiologii (I i II stopień)	965	1,7	Diagnosty laboratoryjni w Polsce (KIDL)	14 303	5,3
Specjaliści mikrobiolodzy (II stopień)	464	0,8			

Tabela IV. Liczba mikrobiologów w stosunku do liczby laboratoriów mikrobiologicznych w Polsce vs. liczba diagnostów laboratoryjnych przypadających na jedno laboratorium mikrobiologiczne w kraju.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej i Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych (dane na 31 grudnia 2013 roku).

W 2013 roku na jedno laboratorium mikrobiologiczne przypadało 1,7 diagnosty laboratoryjnego ze specjalizacją co najmniej I stopnia w dziedzinie mikrobiologii, ale tylko 0,8 specjaliści w dziedzinie mikrobiologii, tzw. II stopnia (**Tabela IV**). Liczba specjalistów mikrobiologów nadal jest więc za niska do spełnienia przepisów prawa, które mówią, że kierownikiem laboratorium powinna być osoba posiadająca tytuł specjalisty zgodny z profilem laboratorium²⁴. Fakt ten może stanowić jeden z argumentów do podejmowania przez zarządzających decyzji o przekazaniu diagnostyki mikrobiologicznej firmom zewnętrznym. W Tabeli IV przedstawiono dla porównania, że na jedno laboratorium medyczne w Polsce przypada 5,3 diagnosty laboratoryjnego.

W **Tabeli V** przedstawiono udział mikrobiologów w odniesieniu do całkowitej liczby diagnostów laboratoryjnych. Z ogólnej liczby 14 303 diagnostów laboratoryjnych zatrudnionych w medycznych laboratoriach diagnostycznych w Polsce tylko 6% stanowią mikrobiolodzy z I stopniem specjalizacji i specjaliści mikrobiolodzy.

Biorąc pod uwagę liczbę ludności w kraju (dane na 31 stycznia 2013 roku), na 10 tys. ludności przypada 3,7 diagnosty laboratoryjnego, ale tylko 0,3 mikrobiologa. W poszczególnych województwach wskaźnik ten kształtuje się na poziomie: dla diagnostów laboratoryjnych – 2,1–5,2, dla mikrobiologów – 0,1–0,4. Najmniej mikrobiologów w porównaniu z liczbą ludności jest w województwie lubuskim (1 na ponad 85 tys. osób). Dla porównania, w województwie tym jeden diagnosta laboratoryjny przypada na 5,1 tys. osób (liczba blisko siedemnastokrotnie mniejsza).

3.4. Program POLMICRO

Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej od roku 1998 przyznaje laboratoriom certyfikaty potwierdzające uzyskanie bardzo dobrych wyników w Ogólnopolskim Sprawdzianie Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych. Warunkiem przyznania laboratorium certyfikatu jest uzyskanie pozytywnych wyników we wszystkich (2–5) turach sprawdzianu w ciągu roku. COBJwDM przyznaje dwa rodzaje certyfikatów, w zależności od typu sprawdzianu.

Na **Wykresie 2** przedstawiono liczbę laboratoriów uczestniczących w kontroli POLMICRO w latach 1998–2013 oraz liczbę laboratoriów, które uzyskały certyfikaty w poszczególnych edycjach rocznych.

Systematycznie wzrasta liczba laboratoriów zgłaszających się do udziału w programie, natomiast liczba laboratoriów z certyfikatami jest zmienna w czasie i zależy od stopnia trudności sprawdzianów w danym roku. Liczba laboratoriów mikrobiologicznych uczestniczących w sprawdzianie na koniec roku 2013 wynosiła 576. Zdecydowana większość laboratoriów (79,5%) brała udział w tzw. edycji ogólnej przeznaczonej dla laboratoriów szerokoprofilowych, a tylko 20,5% laboratoriów uczestniczyło w sprawdzianach z zakresu zakażeń przewodu pokarmowego. W roku 2013 wszystkie omawiane powyżej laboratoria outsourcingowe otrzymały certyfikaty POLMICRO.

Województwo	Ludność (tys.)	Diagnozy laboratoryjne	Mikrobiolodzy (nominalnie)			Wskaźnik (udział grup zawodowych)		
			I st.	II st.	razem	A	B	C
Polska	38 531	14 303	501	464	965	6,8	3,7	0,3
Dolnośląskie	2914	1 053	31	47	78	7,4	3,6	0,3
Kujawsko-pomorskie	2096	860	23	26	49	5,7	4,1	0,2
Lubelskie	2166	1 038	56	30	86	8,3	4,8	0,4
Lubuskie	1023	197	4	8	12	6,1	1,9	0,1
Łódzkie	2525	1 032	53	25	78	7,6	4,1	0,3
Małopolskie	3354	1 423	46	33	79	5,6	4,2	0,2
Mazowieckie	5302	2 185	83	87	170	7,8	4,1	0,3
Opolskie	1010	208	7	10	17	8,2	2,1	0,2
Podkarpackie	2130	615	23	18	41	6,7	2,9	0,2
Podlaskie	1199	624	8	26	34	5,5	5,2	0,3
Pomorskie	2290	808	39	33	72	8,9	3,5	0,3
Śląskie	4616	1 561	41	48	89	5,7	3,4	0,2
Świętokrzyskie	1274	511	18	7	25	4,9	4,0	0,2
Warmińsko-mazurskie	1451	399	11	14	25	6,3	2,7	0,2
Wielkopolskie	3462	1 249	45	33	78	6,2	3,6	0,2
Zachodniopomorskie	1721	541	13	19	32	5,9	3,1	0,2

Wskaźniki udziału grup zawodowych:

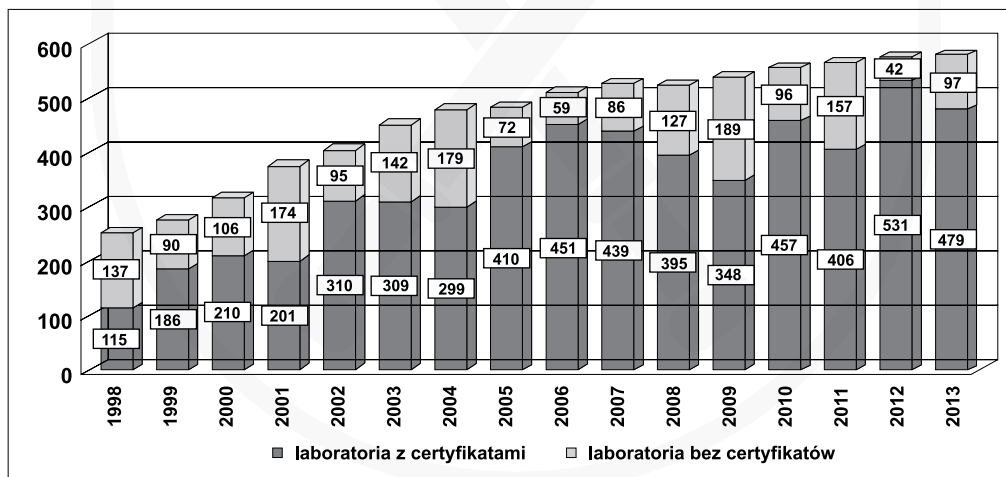
A – udział mikrobiologów w ogólnej liczbie diagnostów laboratoryjnych (%)

B – diagnozy laboratoryjne zarejestrowani w KIDL, wskaźnik na 10 tys. ludności

C – diagnozy laboratoryjne ze specjalizacją w dziedzinie mikrobiologii zarejestrowani w KIDL, wskaźnik na 10 tys. ludności

Tabela V. Diagnozy laboratoryjne ogółem i ze specjalizacją w dziedzinie mikrobiologii zarejestrowani w KIDL – wskaźnik na 10 tys. ludności.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.



Wykres 2. Liczba laboratoriów, które otrzymały w latach 1998–2013 certyfikaty POLMICRO.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej.

3.5. Akredytacja medycznych laboratoriów mikrobiologicznych

Spośród laboratoriów mikrobiologicznych jako pierwsze systemy jakości zaczęły wdrażać laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Z końcem roku 2013 wszystkie laboratoria mikrobiologiczne stacji sanitarno-epidemiologicznych, laboratoria mikrobiologiczne Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIPZ-PZH), a także pojedyncze inne laboratoria mikrobiologiczne (w tym szpitalne) posiadały akredytację PCA na zgodność z normą PN-EN ISO/IEC 17025:2005 lub PN-EN ISO 15189:2008. Z wyjątkiem laboratoriów NIZP-PZH, które uzyskało akredytację w tzw. zakresie elastycznym, zakresy akredytacji pozostałych jednostek są wąskie, w większości ograniczone do wykrywania obecności patogenów przewodu pokarmowego.

Do kwestii zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów szpitali, które zlecają badania mikrobiologiczne firmom zewnętrznym, odniosła się w jednym z wywiadów konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej prof. Waleria Hryniewicz [25]: „Niepokoi tendencja wyprowadzania ze szpitala diagnostyki mikrobiologicznej (outsourcing). Stanowi ona efekt krótkowzrocznego myślenia dyrektorów, podyktowanego dążeniem do zmniejszania kosztów. (...) Własna pracownia świadczy diagnostykę przede wszystkim dla pacjentów swego szpitala, w odróżnieniu od laboratorium zewnętrznego, które obsługuje od kilku do kilkudziesięciu podmiotów leczniczych, w tym szpitale. Fakt posiadania certyfikatu PCA nie oznacza kompetencji laboratorium do wykonywania wszystkich zawartych w ofercie badań. Zazwyczaj akredytacja dotyczy nieskomplikowanych badań dla POZ i pojedynczych laboratoriów sieci. (...) Zewnętrzna pracownia mikrobiologiczna, często niewiarygodna i niezaangażowana w diagnostykę indywidualnego chorego, odległa nierzadko o dziesiątki, nawet setki kilometrów od pacjenta, zajmuje się jedynie biologią drobnoustroju, a nie wspomaganie lekarzy i bieżącym udzielaniem konsultacji w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. (...) Materiał pobrany od chorego do badania mikrobiologicznego powinien być w większości przypadków opracowany natychmiast. (...) Jak takie wymogi ma spełnić laboratorium zewnętrzne, dla którego – ze względu na olbrzymią liczbę badań – pacjent jest anonimowy?”.

4. Dyskusja i wnioski

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, medyczne laboratoria mikrobiologiczne stanowią niespełną jedną czwartą liczby wszystkich laboratoriów medycznych, a mimo to brak jest kompleksowych danych co do ich kompetencji. Sytuacja ta uniemożliwia identyfikację bieżących problemów w zakresie diagnostyki mikrobiologicznej w kraju i tym samym stanowi przeszkodę w podejmowaniu działań mających na celu poprawę jakości i dostępności świadczonych przez te laboratoria usług. Braki kadrowe, a przede wszystkim stosunkowo mała liczba specjalistów mikrobiologów są poważnym zagrożeniem dla bezpieczeństwa pacjenta. Rozmieszczenie laboratoriów mikrobiologicznych jest bardzo nierówne i między województwami występują

niezwykle duże różnice w liczbie laboratoriów przypadających na populację, co sprawia, że dostępność do omawianych usług jest silnie zróżnicowana geograficznie.

Laboratorium mikrobiologiczne odgrywa obecnie ważną rolę w profilaktyce, terapii oraz zwalczaniu zakażeń i dlatego oprócz odpowiedniego zabezpieczenia kadrowego powinno być stale dostępne dla lekarza zlecającego badania. Brak szybkiej informacji z laboratorium na temat czynnika etiologicznego zakażenia lub sytuacji mikrobiologicznej w szpitalu stanowi ryzyko niepowodzenia terapeutycznego oraz ryzyko niepodjęcia właściwych działań przeciwepidemicznych. Dlatego też wydaje się, że tylko podjęcie szybkich i właściwych działań zmierzających do wzmocnienia pozycji mikrobiologii na rynku medycznym korzystnie wpłynie na jakość usług, ale przede wszystkim zwiększy bezpieczeństwo pacjenta.

Mając na uwadze przytoczone dane i opinie, outsourcing medycznej diagnostyki mikrobiologicznej, ze względu na bezpieczeństwo mikrobiologiczne i epidemiologiczne pacjentów i środowiska, powinien się opierać na umowach jasno definiujących świadczeniodawców i umożliwiających szpitalom rzeczywisty nadzór nad sposobem wykonywania zleczonej usługi. Wdrożenie w szpitalach szczegółowej procedury regulującej zapewnienie ciągłości i standaryzacji usług zewnętrznych przez cały czas obowiązywania umowy pozwoli podmiotom leczniczym mieć pewność, że proces diagnostyczny został przekazany kompetentnym i doświadczonym jednostkom. Konieczność transportu próbek materiałów klinicznych do laboratorium oddalonego od szpitala o wiele kilometrów, utrudniony kontakt lekarza z laboratorium przesądzają często o zaniechaniu przez lekarza zlecenia badań mikrobiologicznych. Z kolei dla laboratoriów zewnętrznych, dla których dany szpital jest jednym z wielu klientów, próbki pacjentów stają się anonimowe. Anonimowość próbki może zagrozić zdrowiu i życiu pacjenta. Etap przedlaboratoryjny, od pobrania materiału klinicznego, poprzez jego transport do laboratorium, wymaga rzetelnego przygotowania i nadzoru. Istotę tego problemu podkreślają badacze z różnych państw.

Jednocześnie warto odnotować, że systematyczny udział licznej grupy polskich laboratoriów mikrobiologicznych w Ogólnopolskim Sprawdzianie Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych świadczy o odpowiedzialności kierownictwa laboratoriów i zrozumieniu potrzeby zapewnienia jakości badań.

Standaryzacja usług medycznych, w tym usług diagnostycznych i ich wysoka jakość, są niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta. Wydawać się może, że posiadana przez laboratorium akredytacja PCA stanowi takie zapewnienie. Jednakże wąskie zakresy akredytacji polskich medycznych laboratoriów mikrobiologicznych, ograniczone do podstawowych badań, nie stanowią gwarancji jakości wszystkich badań wykonywanych w laboratorium. Należy więc postulować określenie niezbędnego minimalnego zakresu akredytacji dla medycznych laboratoriów diagnostycznych. Z pewnością w ustalenie tego zakresu powinni włączyć się konsultanci wojewódzcy i krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej oraz KRDL.

Przypisy

- ¹ Ustawa dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654).
- ² Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.08.234.1570)
- ³ Ustawa z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz.U.2010.107.679 oraz Dz.U.2011.102.586, Dz.U.2011.113.657, Dz.U.2014.1138).
- ⁴ Ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U.2001.00.1083 z późn. zm.).
- ⁵ Zalecenia Krajowego Specjalisty w dziedzinie mikrobiologii w sprawie organizacji i zasad działania laboratoryjnej diagnostyki mikrobiologicznej (Dz.Urz. MZ 1999 Nr 1).
- ⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 roku w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne (Dz.U. 2004 r. Nr 43, poz. 408 z późn. zm.).
- ⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 roku w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U.2006.61.435 z późn. zm.).
- ⁸ Ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U.2001.100.1083 z późn. zm.).
- ⁹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.1997.28.152 z późn. zm.).
- ¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2013 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych (Dz.U.2014.20).
- ¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U.2008.208.1312).
- ¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystrów (Dz.U.2013.0.26).
- ¹³ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.1997.28.152 z późn. zm.).
- ¹⁴ Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego/ Kształcenie podyplomowe/Programy specjalizacji. <http://www.cmkp.edu.pl>; dostęp: 22.05.2014.
- ¹⁵ PN-ISO 8402:1996 Zarządzanie jakością i zapewnienie jakości. Terminologia.
- ¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 roku w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U.2006.61.435 z późn. zm.).
- ¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2009 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, Załącznik nr 2 (Dz.U.2009.22.128).
- ¹⁸ PN-EN ISO/IEC 17025:2005 – *Ogólne wymagania dotyczące kompetencji laboratoriów badawczych i wzorcujących*.
- ¹⁹ PN-EN ISO 15189:2008 – *Laboratoria medyczne. Szczegółowe wymagania dotyczące jakości i kompetencji*.
- ²⁰ Ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 roku o systemie oceny zgodności (Dz.U.2002.166.1360).
- ²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 roku w sprawie standardów jakości dla medycznych laborato-

riów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U.2006.61.435 z późn. zm.).

²² www.polmikro.edu.pl; dostęp: 12.04.2014.

²³ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2012 roku w sprawie Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej (Dz.Urz. MZ z dnia 17 czerwca 2010 roku, poz. 44),

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 roku w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne (Dz.U.04.43.408).

Piśmiennictwo

1. Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, KOM(2008) 837 wersja ostateczna. 2008: 4. http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_pl.pdf; dostęp: 11.09.2014.
2. Bulanda M., Tyski S., Ciuruś M., *Zakażenia szpitalne w Polsce – stan wiedzy na kwiecień 2011. Raport programu „Stop zakażeniom szpitalnym. Program promocji higieny szpitalnej”*. www.stopzakazeniom.pl; dostęp: 21.05.2014.
3. European Centre for Disease Prevention and Control, *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012*. <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>; dostęp: 30.10.2013.
4. Bartnikowa W., Bobilewicz D., Hryniewicz W., Kopczński Z., Okoń E., Orłowska M., Stefaniuk E., Strzyżewska E., *Wytyczne dla laboratoriów diagnostycznych i laboratoriów mikrobiologicznych obowiązujące przy ubieganiu się o akredytację. Wymogi normy. Zalecenia dotyczące budowy systemu jakości*. Wyd. Ministerstwo Zdrowia, koordynator ds. Organizacji Systemu Jakości w Laboratoriach Diagnostycznych, Warszawa 2001.
5. <http://kidl.org.pl/index.php?page=lista-diagnostow>; dostęp: 24.05.2014.
6. Rejestr diagnostów laboratoryjnych zarejestrowanych w RP. <http://www.rejstrymedyczne.csioz.gov.pl/>; dostęp: 24.05.2014.
7. *EA-04/10 Akredytacja laboratoriów mikrobiologicznych*. Dokument opracowany przez grupę roboczą ds. żywności przy Komitecie EA we współpracy z Eurochem. Wyd. wersji polskiej: PCA, 2002. www.pca.gov.pl/doc/EA-4_10PL.pdf; 2014.06.18; dostęp: 09.04.2014.
8. www.polmikro.edu.pl; dostęp: 12.04.2014.
9. Stefaniuk E., Ronkiewicz P., Chmylak B., Hryniewicz W., *Struktura i kompetencje laboratoriów mikrobiologicznych w Polsce*. „Nowa Klinika” 2011; 4: 4100–4106.
10. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa 2013. <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6>; dostęp: 05.05.2014.
11. *Ewidencja medycznych laboratoriów diagnostycznych Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych* (stan na dzień 31 grudnia 2013 r.). <http://kidl.org.pl/index.php?page=lista-laboratoriow>; dostęp: 05.05.2014.

12. Bossuyt X., Verweire K., Blanckaert N., *Laboratory Medicine: Challenges and Opportunities*. „Clin. Chem.” 2007; 53(10): 1730–1733.
13. Humphreys H., Nagy E., Kahlmeter G., *The need for European professional standards and the challenges facing clinical microbiology*. „Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.” 2010; 29: 617–621.
14. Procop G.W., Winn W., *Outsourcing microbiology and off-site laboratories. Implication on patient care, cost savings, and graduate medical education*. „Arch. Pathol. Lab. Med.” 2003; 127: 623–624.
15. Grzelak-Hodor J., *Trudne początki outsourcingu w diagnostyce laboratoryjnej*. „Puls Med.” 08.09.2010. <http://puls-medycyny.pl/3658607,6605,trudne-poczatki-outsourcingu-w-diagnostyce-laboratoryjnej>, dostęp: 08.05.2014.
16. *Healthcare Outsourcing 2012: Trends in Patients Care and Information Technology Services*. Wyd. Waller. http://www.wallerlaw.com/portalsresource/Healthcare_Outsourcing_2012; dostęp: 11. 05.2014.
17. Yigit V., Tengilimoglu D., Kisa A., Younis M.Z., *Outsourcing and its implications for hospital organizations in Turkey*. „Health Care Finance” 2007; 33(4): 86–92.
18. Hosokawa N., *Onsite microbiology services and outsourcing microbiology and offsite laboratories-advantage and disadvantage, thinking of effective utilization*. „Rinsho Byori” 2011; 59(10): 947–945.
19. Kayaba H., *Problems in the management of clinical laboratories in Japan*. „Rinsho Byori” 2012; 60(8): 762–768.
20. Langlois M.R., Wallemacq P., *The future of hospital laboratories. Position statement from the Royal Belgian Society of Clinical Chemistry (RBSCC)*. „Clin. Chem. Lab. Med.” 2009; 47(10): 1195–2001.
21. Chasin B.S., Elliott S.P., Klotz S.A., *Medical errors arising from outsourcing laboratory and radiology services*. „Am. J. Med.” 2007; 120(9): 819.e9–11.
22. Hasik J., *Wymagajmy i kontrolujmy*. „Rynek Zdrowia. Medycyna. Finanse. Zarządzanie” 2014; 5(106): 30–31.
23. *Outsourcing usług w ochronie zdrowia – doświadczenia i perspektywy rozwoju*. „Rynek Zdrowia”, 12–13.09.2013. http://www.rynekzdrowia.pl/Konferencje/Outsourcing-uslug-w-ochronie-zdrowia_2014.05.08; dostęp: 24.05.2014.
24. Opolski K., Waśniewski K., *Zarządzanie jakością i ryzykiem w usługach zdrowotnych*. Wyd. CeDeWu. Wydawnictwa Fachowe, Warszawa 2012: 25.
25. *Zakażenia – szpitalne zmartwienie*. Wywiad z prof. dr hab. med. Walerią Hryniewicz, krajowym konsultantem w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej. „Miesięcznik OIL w Warszawie im. Prof. Jana Nielubowicza” 2014; 3: 18–20.

- Redakcja przyjmuje teksty w wersji elektronicznej. Tekst należy pisać czcionką Times New Roman 12 pkt z odstępem 1,5 wiersza.
- Do artykułu prosimy dołączyć krótki abstrakt w języku angielskim (do 150 słów) oraz słowa kluczowe w języku polskim i angielskim (do 10 słów).
- Objętość pracy powinna się mieścić w przedziale do 30 standardowych stron (1800 znaków/stronę).
- W tekście głównym przywoływane pozycje piśmiennictwa oznaczamy kolejnymi numerami umieszczonymi w nawiasach kwadratowych. Piśmiennictwo powinno być podane na oddzielnej stronie w kolejności przywoływania.
- Przypisy w tekście – niebędące wyłącznie przywołaniem pozycji z piśmiennictwa – prosimy numerować kolejno w całym artykule (w indeksie głównym) i umieszczać na dole strony.

Przykłady pozycji piśmienniczych:

Artykuł w czasopiśmie:

Numer kolejny, nazwisko autora, inicjał imienia (imion), tytuł artykułu, tytuł czasopisma+rocznik, nr tomu, nr czasopisma, strona.

1. Niżankowski R., *Jaki system specjalizacji lekarskich?* „Zdrowie i Zarządzanie” 2000; II, 5: 20–21.

Pozycja książkowa:

Numer kolejny, nazwisko autora(ów), inicjał imienia (imion), tytuł książki, wydawnictwo, miejsce+rok wydania, ew. cytowane strony.

1. Williamson O.E., *Ekonomiczne instytucje kapitalizmu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.

Fragment pracy zbiorowej:

Numer kolejny, nazwisko autora rozdziału, tytuł tego rozdziału, w: nazwisko redaktora+(red.), tytuł pracy zbiorowej, wydawnictwo, miejsce i rok wydania, cytowane strony.

1. Sobkowiak B., *Procesy komunikowania się w organizacji*, w: Dobek-Ostrowska B. (red.), *Współczesne systemy komunikowania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1998, 22–40.

- Prosimy o podanie na oddzielnej kartce dokładnego adresu, numeru telefonu, stopnia i tytułu naukowego oraz placówki, którą Autor reprezentuje.
- Wszystkie teksty będą poddane procedurze recenzyjnej (dwie niezależne, anonimowe recenzje). Od oceny recenzentów będzie uzależniona decyzja o publikacji. Autor ma obowiązek wprowadzenia uzasadnionych zmian, zaproponowanych przez recenzentów.
- Redakcja zastrzega sobie prawo adiustacji redakcyjnej. Autor ma obowiązek przeprowadzenia dokładnej ostatecznej korekty i zwrócenia jej w określonym czasie.
- **Prace przygotowane niezgodnie z zamieszczonymi powyżej zasadami nie będą przyjmowane do publikacji.**
- Materiałów niezamówionych Redakcja nie zwraca.

Artykuły prosimy przysyłać na adres Redakcji:

Institut Zdrowia Publicznego UJ CM

ul. Grzegorzeczka 20

31-531 Kraków

tel. 12-433-28-06

e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

Szanowni Państwo,

Redakcja „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” planuje w 2015 roku wydanie kolejnych numerów pisma.

Osoby zainteresowane otrzymaniem egzemplarzy proszone są o przesłanie zamówień na adres:

WYDAWNICTWO UNIwersytetu Jagiellońskiego

Dział Handlowy

tel. 12-631-01-97; tel./fax 12-631-01-98

tel. kom. 506-006-674

e-mail: sprzedaz@wuj.pl

Zamówienia będą realizowane do wyczerpania egzemplarzy.



■ **projekt okładki**

Marcin Bruchnalski

■ **redaktor językowy**

Dorota Węgierska

■ **korekta**

Katarzyna Jagieła

■ **skład i łamanie**

Hanna Wiechecka

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków
tel. 12-663-23-81, 12-663-23-82, fax 12-663-23-83