

Nowe wyzwanie dla edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia

*Halina Osińska

Prezes Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej

THE NEW CHALLENGE FOR HEALTH EDUCATION AND HEALTH PROMOTION

Summary

Actions in the areas of health education and health promotion (HE/HP) undertaken to date in Poland and in other countries do not fully correspond with present expectations of public health care. Social stratification, demographic changes and a constant increase in the number of chronic diseases and life-threatening complications have impelled people responsible for these areas to increase the effectiveness of preventive measures, such as personalization of medicine and health education. In practice, this means among others the need to work out, implement and assess the effects of a new approach to health education and health promotion (HE/HP).

Leo Barić is the author of this new approach. The Society has been cooperating with prof. Barić for three years in establishing and improving the model based on the idea of embedded health education and health promotion into core activity of doctors and nurses. The term "embedded" applies in particular to patients or people at risk who need a professional intervention involving both disciplines.

The range of intervention is decided by the physician on the basis of the patient's differentiated diagnosis, including the medical diagnosis and identification of HE or/and HP needs. The embedded HE/HP is an integral part of the activities of medical personnel whose aim is to help people to cope with disease and to cope with the role of being patient in a given setting.

The new approach is directed towards the patient as an individual, it is also evidence-based and assessed in the form of the added value. This approach requires not only a more advanced competence of medical personnel, but also a continuous training in this field.

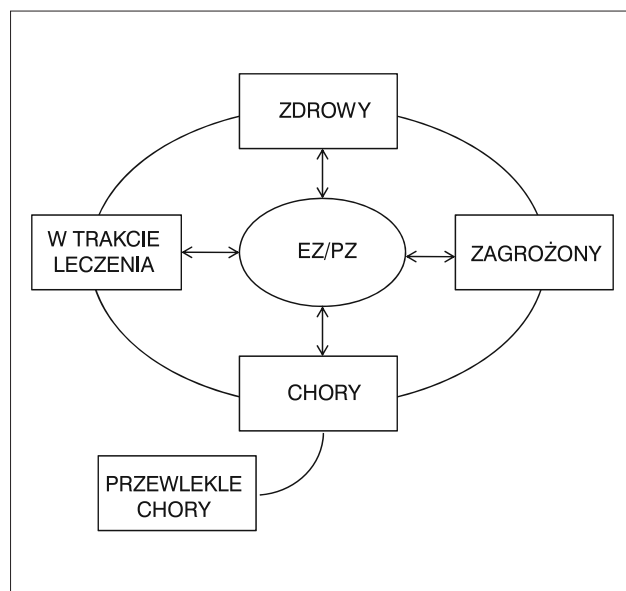
The new approach needs to be further improved and assessed in terms of its effects on a better effectiveness of medical treatment and the enhanced quality of patients' life, as well as on the possibility to implement the HE/HP embedded into the work environment of physicians and nurses.

Key words: embedded health education and health, differential diagnosis, coaching, counselling, health impact assessment, value added

WSTĘP

Podjęcie działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (EZ/PZ) należy wziąć pod uwagę to, że człowiek, w ciągu swojego życia, w przestrzeni między zdrowiem a chorobą przechodzi różne stany. Rycina 1 przedstawia rodzaje tych stanów.

Interpretując rycinę, można powiedzieć, że w określonym miejscu i czasie największa część populacji zachowuje zdrowie i wymaga tradycyjnej interwencji ze strony edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, opartej na wiedzy, umiejętnościach radzenia sobie z ewentualnym problemem dotyczącym zdrowia i właściwym dla zdrowia zachowaniu. W tym samym czasie, mniejsza jej część narażona jest na ryzyko zachorowania z powodu czynników środowiskowych lub uwarunkowań genetycznych i z tego powodu wymaga interwencji w zakresie zredukowania ryzyka zachorowania. Jeszcze mniejsza część ludności jest w tym czasie chora lub w trakcie leczenia, które zakładając holistyczne podejście do pacjenta, wymaga zarówno interwencji medycznej, jak i działań w zakresie edukacji zdrowotnej i/lub promocji



Ryc. 1. Rodzaje stanów zdrowia w życiu człowieka.

zdrowia. Ludzie ci zanim powrócą do zdrowia, mogą być przewlekle chorzy lub mogą potrzebować długiej rekonwalescencji. W takiej sytuacji interwencja w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia wymaga specjalistycznego podejścia, opartego na różnicowej diagnozie określonej populacji lub pojedynczej osoby, która to diagnoza pozwoli na określenie potrzeb zarówno medycznych, jak i potrzeb ze strony edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Połączenie tych interwencji w jedną terapeutyczną całość powinno poprawić jakość życia i efektywność leczenia. Jest to nowe podejście, które określono jako wbudowanie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia do podstawowych działań terapeutycznych personelu medycznego (głównie lekarzy i pielęgniarek, ale nie tylko) i powinno być traktowane jako integralna część procesu leczenia, przynosząca korzyści zarówno pacjentowi, jak i personelowi medycznemu.

PRZEWIDYWANE KORZYŚCI

- Holistyczne podejście nie tylko do pacjenta, ale również do zagrożeń jego zdrowia powstałych z udziałem czynników środowiskowych i społecznych staje się realnym działaniem.
- Zwiększy się zakres wykorzystania edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w placówkach służby zdrowia.
- Nastąpi lepsze rozpoznawanie społecznych kontekstów choroby i wykorzystywanie korzyści wynikających z procesów społecznych i roli rodziny, a także poglądów pacjenta na ryzyko, zdrowie, decydentów, obsługę, zapobieganie chorobom i leczenie.
- Zwiększy się świadomość zmian zachodzących w statusie społecznym osób przechodzących proces leczenia i implikacji różnych społecznych ról (zdrowy, z ryzykiem zachorowania, chory, rekonwalescent, przewlekle chory) pełnionych w tym procesie.
- Lepsze będzie rozumienie zachowań i postaw (normatywnych i będących wynikiem osobistego wyboru), wpływających na każdy aspekt kontaktów lekarz – pacjent, mogący wyeliminować sztuczne umedyczynianie problemów społecznych i behawioralnych.
- Łatwiejsze będzie zapoznanie się z różnymi aspektami komunikacji w relacji lekarz – pacjent, szczególnie w odniesieniu do różnic społecznych i kulturowych oraz skutków tych różnic dla kontaktów.
- Ułatwione będzie nabycie umiejętności posługiwania się metodami edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, których wybór będzie uzależniony od różnicowej diagnozy pacjenta, ze szczególnym podkreśleniem umiejętności komunikowania się (counsellingu, mentoringu i coachingu), w zależności od kwalifikacji osoby będącej w bezpośrednim kontakcie z pacjentem lub/i jego rodziną.
- Ocena wyników wbudowanej promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej wymagać będzie zastosowania „Modelu Barić, Osińska 2010”, który został opracowany na udokumentowanych podstawach teoretycznych i sprawdzonych empirycznie metodach.

KONCEPTUALNE PODSTAWY NOWEGO PODEJŚCIA

Oparte są na następujących założeniach:

- Promocja zdrowia dotyczy czynników środowiskowych populacji, a edukacja czynników osobowościowych jednostki.
- Zdrowie jest wypadkową czynników środowiskowych i osobowościowych, i jako takie stanowi bezcenną wartość;
- Choroba to objaw dysfunkcji zarówno w sensie środowiskowym, jak i fizycznym.
- Zachowanie zdrowotne (czynnik osobowościowy) musi być podzielone na zachowanie normatywne i zachowanie wynikające z osobistych wyborów.
- Edukacja zdrowotna musi wynikać z różnicowanej diagnozy jednostki lub grupy w kategoriach jej potencjału, kompetencji, potrzeb i umiejętności radzenia sobie z indywidualnym postrzeganiem norm w zakresie odpowiedzialności, różnic lub odchyień od norm, a także sposobów podejmowania decyzji i dokonywania wyborów.
- Promocja zdrowia musi być również wynikiem różnicowanej diagnozy, ale dotyczącej środowiska społecznego i fizycznego, i proceduje z zachowaniami normatywnymi, starając się zmieniać normy lub postrzeganie jednostki przez wskazanie jej właściwego statusu lub roli.
- Wbudowana edukacja zdrowotna i promocja zdrowia (EZ/PZ) jest logiczną konsekwencją podejścia systemowego i jest skoncentrowana na ludziach z problemami zdrowotnymi w obrębie środowisk; rozszerza zakres EZ/PZ z ekskluzywnej domeny EZ/PZ i umiejscawia ją w kompetencjach odpowiednich specjalistów, funkcjonujących w danym zakładzie opieki zdrowotnej i będących w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.
- Uwzględnia specyfikę trzech faz prewencji (pierwszej, drugiej i trzeciej) i dostosowuje wykorzystanie ich w zależności od zawodu.
- Metody edukacji zdrowotnej (EZ) dotyczą sterowania, mediacji, rzecznictwa – dostosowanego do potrzeb jednostki; proces wdrożenia obejmuje metody indywidualne (przekazywanie wiedzy, informowanie, modyfikowanie zachowań, counselling, coaching), a także metody pracy grupowej.
- Metody promocji zdrowia (PZ) obejmują lobbowanie, działania legislacyjne i wpływ mediów w celu dostosowania środowiska do potrzeb jednostki.
- Dostępność badań genetycznych i wzrastająca liczba rozpoznanych asocjacji czynników genetycznych ze skłonnością do zachorowań, zaburzeń wrodzonych, a nawet z pewnymi formami zachowań (dieta, aktywność fizyczna) stanowi zupełnie nowe wyzwanie dla działań prewencyjnych i leczenia chorób, a także dla wbudowanej EZ/PZ.
- Wbudowana EZ/PZ będzie musiała zmierzyć się ze wzrastającym ryzykiem medykalizacji problemów

behawioralnych i zapewnieniem podejścia holistycznego od narodzin, przez życie i aż do śmierci człowieka.

- Rozmiar zastosowania wbudowanej EZ/PZ zależą będzie od wyników badań w tym zakresie i spodziewanego sukcesu oraz przełożenia ich na programy szkoleniowe dla różnych specjalności medycznych i paramedycznych oraz zastosowania ich w praktyce.

Są to tylko niektóre spośród podstawowych założeń, na których opiera się wbudowana EZ/PZ. W przyszłości będą one rozwijane i udoskonalane, jeśli podejście to będzie przetestowane i przełożone na działania w praktyce.

JAK WBUDOWAĆ EZ/PZ?

Proces wbudowania EZ/PZ przede wszystkim wymaga świadomości personelu medycznego co do istnienia możliwości skorzystania z metodyk edukacji zdrowotnej dla poprawy relacji lekarz – pacjent i skuteczności leczenia. Musi również być przekonany co do zasadności włączenia wbudowanej EZ/PZ do codziennej praktyki. Dla przykładu, w relacji lekarz rodzinny – pacjent, lekarz może na podstawie prostej diagnozy ustalić, jakie są medyczne aspekty zgłaszanego przez pacjenta problemu i dobrać rozwiązanie w formie leków lub zastosować innego rodzaju kurację. Lekarz powinien także postawić diagnozę dotyczącą potrzeb pacjenta pod kątem EZ/PZ i dla zaspokojenia tych potrzeb zastosować metody z tego obszaru. Aspekty PZ mogą na przykład dotyczyć istniejących uregulowań prawnych (przerwanie ciąży, środki antykoncepcyjne), istniejących i dostępnych usług medycznych (wybór szpitala), zmobilizowania wsparcia dla pacjenta (rodzina) albo poinformowania właściwych służb (pracownik socjalny). Aspekty EZ dotyczyć mogą informacji o procedurach medycznych i związanych z nimi niedogodnościami, poradnictwa w trakcie podejmowania decyzji, gdy pacjentowi trudno jest się zdecydować, coachingu, jeśli pacjent jest pewien decyzji, ale potrzebuje instrukcji, jak ją zrealizować, a także wsparcia w okresie poddecyzyjnym i po interwencji medycznej. Ten sam proces będzie występował w przypadku pacjenta z chorobą serca czy nowotworową, jak i w przypadku pacjenta stomatologicznego, pacjenta wymagającego operacji, osoby w trakcie długotrwałego przyjmowania leków czy innego problemu wymagającego wsparcia w podjęciu decyzji w sprawie akceptacji zaproponowanej metody leczenia.

DLACZEGO WBUDOWANIE EZ/PZ JEST KONIECZNE?

Podejście wbudowanej EZ/PZ osadzone jest mocno w realiach codziennego życia, urealniamy personelowi medycznemu stosowanie podejścia holistycznego do pacjenta, czyli takiego, w którym liczy się nie tylko choroba, ale człowiek z medycznymi i pozamedycznymi uwarunkowaniami jego choroby. Takie podejście jest możliwe do osiągnięcia przez uzupełnienie diagnozy medycznej profesjonalną diagnozą z obszaru EZ/PZ. Rozumienie społecznych i behawioralnych czynników,

obok diagnozy medycznej, powinno poprawić zarządzanie procesem leczenia pacjenta w sposób holistyczny. Podejście polegające na wbudowaniu EZ/PZ pozwala mieć nadzieję, że zarówno aspekty medyczne, jak i EZ/PZ będą wzięte pod uwagę przez prowadzącego leczenie. Podejście to różni się od wcześniej przedstawionego podejścia zintegrowanego, w którym jeden specjalista (lekarz ogólny) zajmuje się problemem medycznym pacjenta, a następnie przekazuje go innemu specjalistce (pielęgniarka), która zajmuje się kwestiami związanymi z EZ/PZ. Potrzeba wprowadzenia podejścia opartego na wbudowaniu, związana jest z charakterem relacji lekarz – pacjent, w czasie której lekarz przeprowadza diagnozę różnicową, przekazując pacjentowi informacje, zaleca sposób leczenia, uzasadnia przyjęcie roli osoby chorej lub tylko zagrożonej zachorowaniem, wyjaśnia sposoby funkcjonowania w tej roli i wspiera pacjenta, który ma poradzić sobie z nową sytuacją. Dowodem takiego podejścia może być wypracowany na Oddziale Diabetologii, Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, II Wydziału Lekarskiego, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego program profesjonalnej edukacji terapeutycznej w chorobach przewlekłych.

DZIAŁANIA W INNYCH KRAJACH

W wielu krajach podejmowane są działania w kierunku zwiększenia skuteczności leczenia oraz poprawy w zakresie respektowania zaleceń lekarskich, jednak w nieco inny sposób. W Kanadzie np. rząd zaakceptował Narodowy Program Zdrowia na lata 2003-2012, wskazując promocję zdrowia i prewencję jako dwie zasadnicze funkcje zdrowia publicznego. W wyniku tego zorganizowano dwie międzynarodowe konferencje dotyczące lokalnych i regionalnych programów ochrony zdrowia (Amiens i Quebec). Raport z tych konferencji opublikowany został w czasopiśmie pt. „Promotion & Education” (3, 2005). Tematy poruszane w czasie tych konferencji dotyczyły również oddłużenia publicznej służby zdrowia i włączenia jej do ogólnego systemu opieki zdrowotnej. Louis Potvin, który gościnnie wystąpił jako wydawca tego czasopisma, komentował: „Konferencja w Quebecu była okazją do sprawdzenia cudownych zdolności zdrowia publicznego do odradzania się, jego niezwykłych zdolności do odnajdywania sposobów zajmowania nowych obszarów działalności, a co najważniejsze jego niewiarygodnych zdolności wywoływania zaangażowania i entuzjazmu wśród różnego rodzaju promotorów i edukatorów zdrowia”.

W USA część zadań zdrowia publicznego włączono do zakresu zainteresowań polityki (Aday, 2005) poprzez podkreślanie różnic między medycznymi i niemedycznymi determinantami zdrowia oraz zasugerowano konieczność zniesienia przepaści między zdrowiem publicznym a polityką zdrowia publicznego (szerszy zakres działań we wszystkich obszarach życia społecznego i gospodarczego). Ustalono, że aby to osiągnąć, niezbędne jest ustalenie rygorystycznych zasad badań naukowych, które umożliwią ustalenie związków przyczynowych po-

wstawania chorób. To natomiast będzie miało wpływ na wskazanie związków przyczynowych z pozamedycznych uwarunkowań zdrowia.

Mimo tego, że w większości krajów rośnie zainteresowanie nierównością społeczną powstałą w wyniku chorób lub kalectwa, a także nierównością w zdrowiu będącą wynikiem nierówności społecznej, to wciąż brakuje doniesień z badań opartych na naukowo sprawdzonych podstawach o wpływie edukacji zdrowotnej na zwiększenie skuteczności leczenia i poprawę jakości życia osoby chorej lub zagrożonej. Jest to tym bardziej niepokojące, że dzieje się to w dobie, w której nie mamy wątpliwości co do rozmiarów wpływu czynników behawioralnych na zdrowie.

W obecnej sytuacji, charakteryzującej się systematycznym wzrostem liczby chorych przewlekłe, cierpiących na trudne w leczeniu i groźne dla życia powikłania, a także spadkiem zaufania nie tylko do personelu medycznego, ale również do metod leczenia, optymalnym rozwiązaniem wydają się zwiększenie kompetencji tego personelu przez wbudowanie metod edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia do podstawowych jego zadań.

METODY

Akceptacja i proces wdrażania wbudowanej EZ/PZ zależy od zastosowanych metod. W związku z tym niezwykle ważną jest ich znajomość i dostępność, a także umiejętność ich doboru. Wśród metod istnieją zasadnicze różnice. Metody PZ głównie dotyczą populacji i rozwiązywania jej środowiskowych problemów zdrowotnych, podczas gdy metody EZ dotyczą pacjenta i jego osobistych interakcji z innymi, umiejętności radzenia sobie z problemem zdrowotnym, rozumienia współodpowiedzialności za zdrowie oraz zachowań zdrowotnych i ich modyfikacji. Właściwy dobór metod zależy od różnicowej diagnozy zarówno pacjenta, jak i jego środowiska. Celem diagnozy w tym przypadku jest ustalenie dotyczących zdrowia potrzeb pacjenta, jak i rozwiązania jego problemów środowiskowych na satysfakcjonującym poziomie. Ostatnio dokonuje się także wyboru metod w kontekście rodzaju planowanej interwencji. Metody te są częścią składową modelu interwencji, w ramach którego jest ona planowana (zamierzenia, cele, metody, wskaźniki, kryteria). W odróżnieniu od powyższego, podejście polegające na wbudowaniu nie będzie miało tak sformalizowanych zasad łączących cele z wybranymi metodami. Stosowane metody pochodzą tu będą z różnych obszarów działalności (profilaktyka, leczenie, rehabilitacja) i ostatecznie staną się integralną częścią medycznej interakcji między pacjentem i leczącym.

Zgodnie z zapisami Karty Ottawskiej (WHO, 1986), zadaniem EZ/PZ w relacji z pacjentem jest umożliwienie mu przejścia odpowiedzialności za własne zdrowie, a także prowadzenie mediacji między nim i innymi osobami, które dysponują profesjonalną wiedzą lub świadczą usługi medyczne, występowanie w obronie zarówno jego praw, jak i praw personelu medycznego.

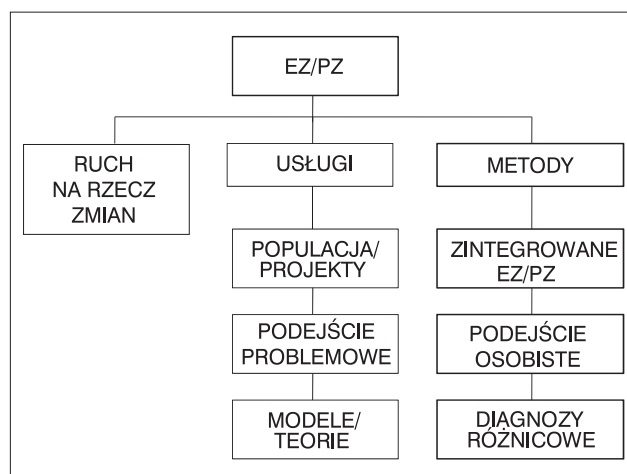
Metody te mogą być przewidziane jako system obejmujący różne aspekty EZ/PZ. Możliwe jest również wy-

rażne rozróżnienie pomiędzy EZ/PZ traktowaną jako część strategii przetrwania a EZ/PZ traktowaną jako zestaw usług świadczonych przez wykwalifikowany personel, skoncentrowany na planowaniu i realizacji programów i projektów dla określonych grup populacji w ich środowisku (społeczności lokalnych, szkół, szpitali, lekarzy rodzinnych, zakładów pracy i innych). Dla celów wbudowanej EZ/PZ niezbędne jest uwzględnienie tego podejścia jako zestawu metod, które mogą być wykorzystywane zarówno przez specjalistów EZ/PZ jako część składową świadczonych usług, jak i przez personel medyczny, funkcjonujący wewnątrz różnych zakładów opieki zdrowotnej, jako integralnej części ich zasadniczej działalności (patrz ryc. 2).

Najistotniejszym aspektem podejścia opartego na wbudowanej EZ/PZ, w pełni skoncentrowanego na jednostce (pacjencie) są metody, które będą mogły zostać wykorzystane do rozwiązania problemów w obszarze EZ/PZ przez personel medyczny różnych specjalności. Pacjenci zwykle przychodzą z jednym problemem lub z wieloma problemami zdrowotnymi. Można również na podstawie wywiadu stwierdzić, że są zagrożeni przynajmniej jednym czynnikiem ryzyka. Właściwe zdefiniowanie problemu (oparte na diagnozie różnicowej) umożliwi dobór właściwych metod działania i znalezienie właściwego rozwiązania problemu. Metody te powinny być różnicowane indywidualnie i powinny obejmować proces adaptacji osoby do środowiska społecznego lub znalezienie takiego środowiska, które będzie spełniało jej potrzeby.

Metody standardowe stosowane w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia są powszechnie znane i posiadają bogatą literaturę. W ostatnim czasie zostały one wzbogacone przez takie umiejętności, jak counselling i coaching.

Counselling (poradnictwo) w obrębie czynników behawioralnych definiowane jest jako proces, w trakcie którego pomaga się w nabywaniu umiejętności radzenia sobie z interpersonalnymi, emocjonalnymi i decyzyjnymi pro-



Ryc. 2. Aspekty EZ/PZ.

blemami (Krumboltz & Thorsen, 1976). Kluczową sprawą tej definicji jest zdobywanie umiejętności (Palmer, 2000). Oznacza to, że pacjent może zdobyć pewne umiejętności lub nauczyć się radzenia sobie z problemem i może samodzielnie rozwiązywać własne problemy. Counselling w edukacji zdrowotnej oznacza pracę z pacjentem, którego rzeczywistość uległa zmianie i który musi przystosować się do nowej rzeczywistości.

Coaching w odróżnieniu od counsellingu eksploruje przeszłość, teraźniejszość i przyszłe doświadczenia, koncentrując się na teraźniejszych i przyszłych działaniach mających na celu osiągnięcie założonych celów. Jakkolwiek counselling wykorzystywany jest w edukacji zdrowotnej od jakiegoś czasu, to coaching nie znalazł zastosowania pomimo tego, że wydaje się odpowiedni we wbudowanej edukacji zdrowotnej, która dotyczy osób chcących w większości przypadków zachować zdrowie, radzić sobie z chorobą i którzy uświadomili sobie, że dla osiągnięcia celu potrzebują pomocy i wsparcia (Whitmore, 2003). Więcej na temat counsellingu i coachingu można znaleźć w książce „Nowy model promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej – podręcznik dla personelu medycznego i paramedycznego.” Barić, Osińska, 2010.

Wracając do diagnozy różnicowej, należy pamiętać, że jej celem jest ustalenie działań mających za zadanie poprawienie zdrowia pacjenta i/lub populacji i jest konieczne, a także możliwe do przeprowadzenia w kategoriach działań EZ/PZ, rozumianych jako wbudowana część procesu medycznego. Element „różnicujący” w diagnozie odnosi się do podejścia, które bada wykonalne i efektywne metody, właściwe dla uzyskania założonych celów oraz pomocne przy wyborze najlepszych spośród istniejących metod, w tym również counsellingu i coachingu.

Diagnoza różnicowa, podobnie jak zwykła diagnoza oparta na związkach przyczynowych, powinna być standardową procedurą medyczną, która w nowym podejściu zostaje rozszerzona o parametry związane z EZ/PZ. Powoduje to, że badanie przyczyn problemu zdrowotnego czy też zaistnienia ryzyka, prowadzone jest dogłębniej, przy wykorzystaniu modelu systemowego, opartego na strukturalno-funkcjonalnej analizie potrzeb i możliwości.

W ramach wbudowanej EZ/PZ diagnoza różnicowa stanie się składnikiem diagnozy medycznej, uwzględniającej wspomniane wyżej ograniczenia. Ten rodzaj działania opiera się na założeniu, że metody interwencji zostaną dostosowane do wymagań rozwiązań medycznych, funkcjonujących w ramach danej struktury organizacyjnej (ZOZ, szpital itd.) i odzwierciedlać będą potrzeby i możliwości poszczególnych pacjentów. Rozszerzenie diagnozy medycznej w kategoriach promocji zdrowia dotyczyć będzie czynników środowiskowych, reprezentowanych przez daną strukturę organizacyjną, a w kategoriach edukacji zdrowotnej dotyczyć będzie charakteru interwencji zarówno w odniesieniu do personelu, jak i pacjentów.

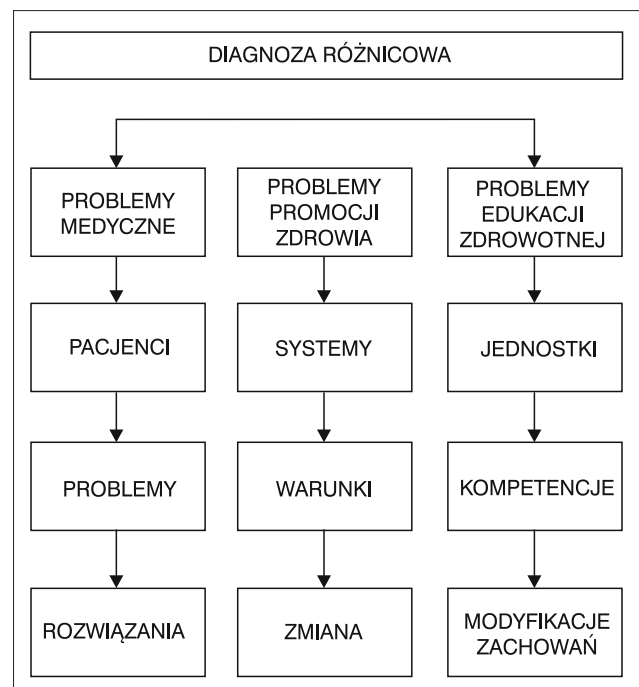
Aspekty różnicowej diagnozy medycznej w EZ/PZ będą skoncentrowane, podobnie jak aspekty medyczne,

na środowisku (np. szpital, ZOZ) i jednostce (i/lub grupie). Innymi słowy, cechy charakterystyczne dla środowiska lub jednostki będą określały potrzeby promocji i edukacji zdrowotnej, które powinny zostać przeprowadzone w celu stworzenia niezbędnych danych dla planowanej interwencji (zobacz ryc. 3).

Jest więc koniecznością rozwijanie i udoskonalenie narzędzi diagnostycznych dla EZ/PZ, równie sprawnych i wiarygodnych, jak narzędzia wykorzystywane w medycznej diagnozie różnicowej. Może to okazać się czasochłonne, ale jest jednak niezbędne, jeśli różne aspekty EZ/PZ mają sprostać profesjonalnym standardom diagnozy medycznej, mieć znaczenie, umożliwić przeprowadzanie audytu, ewaluacji oraz dokonać oceny ich wpływu na proces leczenia.

OCENA

Ocena wbudowanej EZ/PZ różni się jakościowo od oceny standardowego modelu opartego na projekcie w tym zakresie czy też zintegrowanego modelu opartego na projekcie połączonym z dodatkowo kontraktowanym działaniem. Podczas gdy oba te modele stanowią całościowe odrębne działania i tak są ewaluowane, to podejście polegające na wbudowaniu funkcjonuje w obrębie modelu medycznego, w wyniku czego granice między działaniami medycznymi a EZ/PZ zacierają się, stanowiąc jedną całość w dążeniu do zwiększenia skuteczności i efektywności świadczeń medycznych i poprawy jakości życia pacjenta. W podejściu polegającym na wbudowaniu nie można ocenić bezpośredniego udziału EZ/PZ, lecz wartość dodaną wynikającą z dodatkowej pracy w ogólnej relacji z pacjentem. Wydaje się,



Ryc. 3. Diagnoza różnicowa.

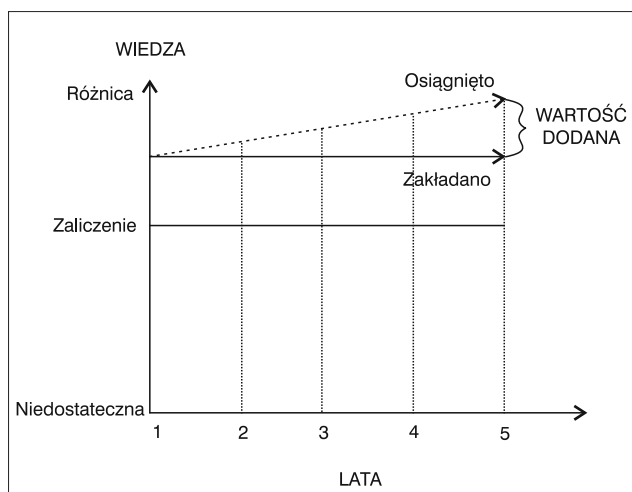
że ocena wbudowanej EZ/PZ będzie możliwa, ponieważ z dużym powodzeniem znalazła zastosowanie w sektorze edukacji, systemie podatkowym i częściowo już w opiece zdrowotnej.

DOŚWIADCZENIE STANÓW ZJEDNOCZONYCH

Podstawowym problemem wartości dodanej w sektorze edukacji była ocena nauczycieli i jej związku z oceną szkoły. W USA Millman (1997) podjął kompleksową dyskusję na ten temat. Sposób oceny szkół i umieszczania ich w rankingach obejmował wyniki uczniów w każdej ze szkół. Oceny pracy nauczycieli, od której zależało miejsce w rankingu, była dokonywana na podstawie wyników uczniów.

Rycina 4 ilustruje poziom średnich kompetencji grupy uczniów i przewidywane wyniki na koniec roku szkolnego. Jeśli uczniowie mają lepsze wyniki (linia przerywana), wówczas wzrost ten może reprezentować wartość dodaną wynikającą z wysiłku włożonego przez nauczyciela, ale także poprawę wyników szkolnych.

Millman wraz ze współpracownikami (1977) opisał różne współistniejące modele oceny bazujące na wynikach uczniów. Najważniejsze z nich są systemy obowiązujące w takich stanach, jak Oregon, Teksas, Tennessee, Kentucky (West Oregon State College, Dallas Value-Added Accountability System, The Tennessee Value-Added Assessment System, the Kentucky Instructional Results Improvement System). Wspólnie próbowano tam skorygować istniejące słabości innych systemów poprzez położenie szczególnego nacisku na kontekst, w którym nauka się odbywa i który jest poza kontrolą nauczyciela (Oregon, Dallas), niepewność pomiarów efektywności nauczyciela lub szkoły (Tennessee) czy badanie osiągnięć uczniów w kontekście współczesnych poglądów na szkolnictwo (Oregon, Kentucky). Wszystkie te systemy oceny wykorzystują złożone statystyczne metody analityczne, które wymagają znacznej biegłości w sferze statystyki.



Ryc. 4. Wartość dodana w edukacji.

DOŚWIADCZENIE WIELKIEJ BRYTANII

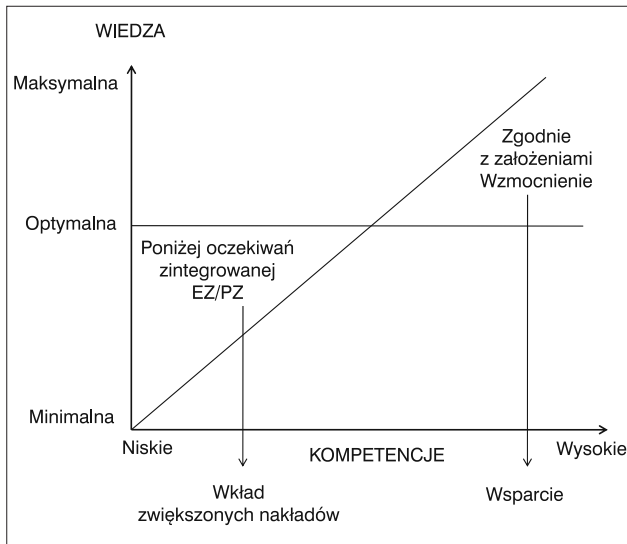
Brytyjski system oceny szkół opiera się na danych, pochodzących z testów na koniec etapów nauczania. W artykule „Benchmarking and Value Added Explained”, Mark Baker (1998, patrz [www.http://atschool.eduweb.co.uk/mbaker](http://atschool.eduweb.co.uk/mbaker)) omówił potrzebę zbadania aspektu wartości dodanej w pracy nauczycieli, w ramach ewaluacji i tworzenia rankingów szkół. Ranking szkół oparty na wynikach końcowych nie uwzględnia różnic między szkołami, w których panują dobre lub złe warunki pracy (małe lub duże klasy), ani też między szkołami z uczniami o słabym lub dużym uzdolnieniu; w ten sposób pomija się całkowicie kwestię nakładu pracy nauczyciela. Z tego powodu niezbędne jest opracowanie bardziej sprawiedliwego systemu oceny, w którym dla potrzeby odpowiedniej analizy wykorzystać można dane statystyczne. Baker przytacza, że takie podejście zostało zaproponowane przez wydział do spraw programów nauczania i systemu oceniania rządowej organizacji Qualifications and Curriculum Authority (QCA). Proponowana metoda powinna wykazywać wartość dodaną nakładów poniesionych przez szkoły w stosunku do jakości uczniów. Metoda ta uwzględnia proste statystyki oparte na średnich wartościach i zakresie kwartylowym.

WARTOŚĆ DODANA WBUDOWANEJ EZ/PZ

Podobnie jak uczniowie, nie wszyscy pacjenci zwracający się do lekarza posiadają takie same kompetencje, rozumienie aspektów medycznych swoich dolegliwości, czy nawet rozumienia zaleceń lekarza. Jest wielu pacjentów, którzy nie opierają swoich decyzji o fakty zawarte w materiałach drukowanych i przestrzegają zaleceń wtedy, gdy przekazane są one w prosty sposób i gdy mają przy tym wsparcie swojego otoczenia. Aby każdy mógł skorzystać z porady i leczenia, lekarze (lub inny personel medyczny) powinni traktować EZ/EZ tak samo jak działania związane z diagnozą medyczną i decydować o tym, ile wartości dodanej wymaga pacjent, aby odniósł pełną korzyść z kontaktu z nim.

Dla struktury pojęciowej w ocenie wbudowanej EZ/PZ, model stosowany w edukacji może posłużyć jako analogia, gdyż pozwala dostrzec wartość dodaną zwiększonych nakładów poniesionych na rzecz pacjentów. W praktyce sytuacja jest bardziej skomplikowana. Podczas gdy można założyć, że istnieje związek przyczynowy między kompetencjami a osiągnięciami uczniów, w przypadku pacjentów nie da się tego przełożyć na odsetek wyzdowień. Są pacjenci, którzy mają wysokie obydwa wskaźniki, a i tak umierają, a także tacy, którzy mając niskie wskaźniki, są wyleczeni, nawet jeśli w ich przypadku nie zastosowano wartości dodanej.

Zastosowanie koncepcji wartości dodanej w obszarze opieki zdrowotnej wymaga ulepszenia i doprecyzowania, jeśli ma ona służyć ocenie pracy zawodowej personelu medycznego w oparciu o wskaźnik poprawy zdrowia pacjentów. Porównanie związków zachodzących między wartością dodaną a rezultatami wymaga standaryzacji pacjentów według szeregu parametrów (wiek, płeć, stan fizyczny i umysłowy, czas oczekiwania na uzyskanie porady lekarskiej, rodzaj schorzenia, intensywność cho-



Ryc. 5. Aspekty zwiększonych nakładów w zintegrowanej EZ/PZ.

roby, przewidywane skutki uboczne itp.). Przełożenie opisowych opinii personelu zawodowego na wartości numeryczne wymaga również opracowania ustalonego systemu zatwierdzania powrotu do zdrowia wzdłuż kontinuum i przypisywania wartości numerycznych do każdej pozycji na tymże kontinuum (np. kontinuum wyzdowień od pełnego wyzdrowienia do braku oznak wyzdrowienia można by podzielić na liczbę pozycji, z której każdej przypisano by wartość liczbowa). Już na tym etapie widać wyraźnie, że choć koncepcja ta jest odpowiednia dla pomiaru zwiększonych nakładów w dziedzinie opieki zdrowotnej, to dla każdego przypadku zagrożenia zdrowia i każdej choroby należy opracować standaryzację pacjentów, choroby, oczekiwanego odsetka wyzdowień i odpowiedniego leczenia, wraz z odpowiednim systemem pomiarów.

Po spełnieniu warunków wstępnych można dokonać obliczenia udziału wartości dodanej, co obrazuje rycina 5. Przedstawia on dwa wymiary: na osi poziomej określone są kompetencje pacjentów, na osi pionowej poziom rezultatów. Pacjenci znajdują się wzdłuż linii od najniższych do najwyższych kompetencji i rezultatów. Pacjenci znajdujący się poniżej optymalnej linii rezultatów będą wymagali udziału wartości dodanej ze strony personelu medycznego, podczas gdy pacjenci powyżej optymalnej linii będą potrzebowali jedynie potwierdzenia swojej wiedzy i wsparcia w podejmowaniu decyzji.

Powód, dla którego nie zbadano i nie opracowano jeszcze w pełni udziału wartości dodanej w EZ/PZ, to fakt, że w przeszłości główny nacisk kładziono na projekty interwencyjne i podejście zintegrowane, które to można było poddać bezpośredniej ocenie. Podejście wbudowane, wyrażone w formie udziału wartości dodanej było jednakże od dawna przedmiotem dyskusji w sektorze edukacji. EZ/PZ może czerpać z doświadczeń tego sektora, choć nie może liczyć na ich bezpośrednie przełożenie do systemu służby zdrowia.

WNIOSKI

- Wykorzystanie podejścia opartego na wbudowaniu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia do podstawowych obowiązków personelu medycznego wydaje się optymalnym i niekosztownym działaniem na rzecz poprawy skuteczności i efektywności leczenia, zmniejszenia liczby chorych nieprzestrzegających zaleceń lekarza, a także poprawy jakości życia kilku milionów Polaków i satysfakcji pacjentów.
- Badanie skuteczności nowego podejścia oraz jego wdrażanie powinno mieć umocowanie prawne.
- Wbudowane podejście powinno być w jak najkrótszym czasie przetestowane pod względem jego skuteczności i wdrożone.
- Programy szkoleniowe z zakresu EZ/PZ powinny być zweryfikowane pod względem ich aktualności i zgodności merytorycznej w kontekście polityki zdrowotnej i strategii WHO i UE oraz naszych potrzeb w tym zakresie.
- Szkolenia w tym zakresie powinny się rozpocząć w roku szkolnym 2012-2013.
- Cały proces powinien być profesjonalnie monitorowany i oceniany pod względem jego wpływu na zdrowie oraz oceny wartości dodanej. □

Piśmiennictwo

1. Barić L, Osińska H: Nowy model promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Podręcznik metodologiczny dla personelu medycznego i paramedycznego. Wyd. Borgis, Warszawa 2010.
2. Barić L: Formal Health education and the prevention of coronary heart disease, a report of the Salford Study. University of Manchester, 1973.
3. Bandura A: Social learning theory. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J. 1977.
4. Thones K, Tilfoss S, Robinson Y: Health Education Effectiveness and Efficiency. Chapman & Hall, London 1990.
5. Millman J (ed.): Grading Teachers, Grading Schools. Corwin Press, Inc., A Sage Publications Company, Thousand Oaks, California, USA 1997.
6. Osińska H, Barić L: Personalized Medicine – Vision and Reality. *New Medicine* 2011; 4: 130-137.

nadesłano: 23.01.2012
zaakceptowano do druku: 14.02.2012

Adres do korespondencji:
*Halina Osińska
Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej
ul. Karowa 31, 00-324 Warszawa
tel.: +48 (22) 826-63-20
e-mail: h.osinska@gmail.com