

Mrzonka czy przyszłość w zasięgu ręki?



Foto: © iStockphoto.com 2x

Nowoczesna i opłacalna edukacja pacjenta

Polski pacjent leczony jest przez lekarzy, których jest niewiele, którzy poświęcają mu mało czasu i pozostawiają go z chorobą, o której nic nie wie. Dzieje się to w warunkach mocno ograniczonego budżetu na edukację pacjenta oraz na programy zdrowotne, których droga do doskonałości jest jeszcze daleka. Czy wizja nowoczesnej i opłacalnej edukacji pacjenta jest tylko mrzonką czy realną szansą do zrealizowania w następnych latach?

W Polsce oraz w wielu krajach na świecie ustawy o obowiązek edukacji pacjenta nałożony jest na lekarzy, pielęgniarki i położne, a także – w mniejszym stopniu – na inny personel medyczny oraz specjalnie wy-trenowanych edukatorów zdrowotnych. Celem takiej edukacji jest przekazanie wyczerpującej i klarownej informacji na temat choroby oraz poradnictwo w zakresie pożądanego zachowań. Całość ma służyć bądź ukształtowaniu pewnych nawyków (np. odpowiednie

stosowanie leków), bądź modyfikacji zachowań (np. zaprzestanie palenia tytoniu). Miejscem edukacji jest najczęściej jednostka podstawowej opieki zdrowotnej, przychodnia specjalistyczna lub szpital. Edukacja pacjenta odbywa się na każdym etapie profilaktyki chorób, tj. pierwotnej, wtórnej i III stopnia (patrz słowniczek pojęć). W zależności od etapu profilaktyki jej celem jest albo niedopuszczenie do wystąpienia choroby, albo monitorowanie stanu zdrowia, albo wczes-

ne wykrywanie oraz ograniczenie postępu choroby i/lub odwrócenie jej skutków (o ile to możliwe). Istotną częścią systemu są programy zdrowotne, które nierzadko zawierają elementy edukacji pacjenta lub są na niej głównie skoncentrowane. Jeśli edukacja pacjenta ma funkcjonować sprawnie i zgodnie z założonym celem, kolejnym nieodłącznym elementem systemu jest zapewnienie odpowiedniego finansowania publicznego. W tak zarysowanej strukturze aktorów i zasobów służących edukacji pacjenta przyjrzyjmy się, jaki jest jej stan faktyczny w Polsce, oceńmy skuteczność i opłacalność działań edukacyjnych oraz zastanówmy się, jak edukacja pacjenta może wyglądać jako nowoczesna, skuteczna i opłacalna aktywność.

Zasoby systemowe

Warunkiem wstępnym sprawnego funkcjonowania edukacji pacjenta w Polsce jest odpowiednia liczba lekarzy i pielęgniarek oraz faktyczne realizowanie przez nich tej edukacji. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organisation for Economic Co-operation and Development* – OECD) dostarcza danych porównawczych dotyczących sektora zdrowotnego w krajach zrzeszonych. Niewielka liczba lekarzy i pielęgniarek w Polsce nie jest nowością nawet dla osób sporadycznie obserwujących nasz system ochrony zdrowia. W Polsce na 1000 mieszkańców przypada 2,3 lekarza, dla porównania – w Niemczech 4,1, w Hiszpanii 3,9. Nie napawa to optymizmem, jeśli chodzi o realizację zadania edukacji zdrowotnej. Jeśli natomiast przyjrzymy się skumulowanemu wskaźnikowi lekarzy i pielęgniarek, ciągle dostrzegalna będzie istotna luka w podstawowych zasobach profesjonalnych w porównaniu z innymi krajami OECD (7,5 na 1000 mieszkańców Polsce, dla porównania – 11 w Wielkiej Brytanii i aż 17,2 w Niemczech).

Kolejnym elementem równania jest średni czas wizyty lekarskiej. Zna go każdy z nas z autopsji, mediów i prasy specjalistycznej. To średnio kilka minut w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i co najwyżej kilkanaście w poradni specjalistycznej. Tym razem sytuacja pacjenta w krajach zachodnich wcale nie wygląda lepiej – średni czas wizyty lekarskiej jest podobny.

Sytuacja edukacji pacjenta jest niewiele lepsza, jeśli chodzi o zasoby finansowe systemu. Publiczne wydatki na ochronę zdrowia (na głowę mieszkańca, w dolarach amerykańskich, wg parytetu siły nabywczej pieniądza) wynoszą w Polsce nieco ponad 1160 dolarów, natomiast w Wielkiej Brytanii i Niemczech są odpowiednio trzy- i czterokrotnie wyższe (3160 i 4332 dolarów). Na edukację pacjenta oraz programy poradnictwa zdrowotnego polski płatnik publiczny przeznaczają średnio jednego dolara, podczas gdy w Niemczech jest to poziom 19-krotnie, a w Belgii nawet 60-krotnie wyższy! I nie jest to tylko kwestia porównań z krajami zachod-

” Do skutecznej edukacji zdrowotnej potrzebne są nie tylko profesjonalne kadry, lecz także środki finansowe – nie te przeznaczone ogólnie na zdrowie, ale specjalnie na edukację pacjenta i programy poradnictwa ”

niej Europy – w Czechach, a więc kraju bliższym Polsce, jeśli chodzi o poziom rozwoju gospodarczego, wydatki te są blisko pięciokrotnie wyższe (dane OECD).

Co i w jaki sposób determinuje skuteczną edukację pacjenta?

Aby nie dostać bólu głowy od tych liczb i porównań, należy się zastanowić, jakie mają one znaczenie dla edukacji pacjenta. Można przecież zestawić dowolne wskaźniki z forsowaną tezą i odnaleźć chociażby przypadkowy związek. Na szczęście OECD dostarcza interesujących danych dotyczących jakości opieki zdrowotnej, które są dostępne również dla Polski. Mowa tu o odsetku pacjentów deklarujących otrzymanie łatwej do zrozumienia informacji od swojego stałego lekarza podczas konsultacji. Biorąc pod uwagę niekorzystnie wypadające zestawienie zasobów systemowych Polski i innych państw OECD, odsetek ten dla naszego kraju jest umiarkowanie wysoki i wynosi 69,5%. Dla porównania – we Francji jest on nieco wyższy i sięga prawie 84%, natomiast w Wielkiej Brytanii i Niemczech to już 90% (dane OECD).

W piśmiennictwie naukowym toczą się szerokie dyskusje na temat determinant edukacji pacjenta. Nie jest to jednak miejsce na omówienie tego zagadnienia w sposób wyczerpujący. Przyjrzyjmy się zatem interesującym, a zarazem prostym związkom pomiędzy zasobami systemowymi a odsetkiem pacjentów deklarujących otrzymanie łatwej do przyswojenia informacji zdrowotnej. Można założyć, że odsetek ten określa do pewnego stopnia skuteczność wysiłków lekarzy i pielęgniarek w edukowaniu pacjenta. Okazuje się, że liczba lekarzy jest istotnie związana ze wspomnianym wcześniej odsetkiem pacjentów deklarujących otrzymanie łatwej do zrozumienia informacji. Jest to umiarkowanie silny, pozytywny związek liniowy (współczynnik korelacji Pearsona $r = 0,66$), co oznacza, że im więcej jest lekarzy, tym odsetek ten jest większy (obliczenia własne na podstawie danych OECD). Jeśli związek ten byłby udowodniony w badaniu populacyjnym, wniosek



„Aby program zdrowotny był skuteczny i opłacalny, ważne jest nie tylko jego właściwe wykonanie, lecz także rygorystyczne monitorowanie i ocena efektów”

byłby taki, że na każdego dodatkowego lekarza przypadającego na 1000 mieszkańców odsetek pacjentów deklarujących otrzymanie łatwej do zrozumienia informacji zwiększyłby się średnio aż o 8%. Analizując zbiorczo liczbę lekarzy i pielęgniarek, otrzymujemy jeszcze silniejszą korelację ($r = 0,81$). Podobnie silny związek występuje pomiędzy wydatkami publicznymi na ochronę zdrowia a odsetkiem pacjentów deklarujących otrzymanie łatwej do zrozumienia informacji ($r = 0,82$; obliczenia własne). Co prawda, zaprezentowane zależności są wyłącznie statystyczne, jednak nietrudno wyobrazić sobie mechanizm uprawdopodobniający związek pomiędzy liczbą lekarzy w danym kraju czy wydatkami publicznymi na ochronę zdrowia a odsetkiem osób otrzymujących zrozumiałą informację zdrowotną. Liczniejsi lekarze oznaczają mniej restrykcji dotyczących czasu wizyty, a to prowadzi do efektywniejszego przekazywania wyczerpującej informacji o stanie zdrowia.

Kolejną porcję interesujących zależności przynosi analiza odsetka pacjentów deklarujących otrzymanie

zrozumiałej informacji zdrowotnej i występowania modyfikowalnych czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu i konsumpcja alkoholu. Są to czynniki ryzyka wielu chorób przewlekłych układu oddechowego i sercowo-naczyniowego oraz nowotworów. Nierzadko w ramach konsultacji lekarskiej elementem porady jest zalecenie zaprzestania palenia tytoniu lub ograniczenia picia alkoholu. Okazuje się, że odsetek pacjentów otrzymujących zrozumiałą informację zdrowotną słabo koreluje ujemnie z poziomem picia alkoholu, definiowanym jako ilość alkoholu wypijanego rocznie na jedną osobę ($r = -0,1$), oraz nie jest w ogóle związany ze spadkiem poziomu palenia tytoniu, rozumianym jako liczba papierosów wypalanych dziennie. Tak więc zwiększenie odsetka osób otrzymujących wyczerpującą informację nie wpływa – lub wpływa znikomo – na ograniczenie istotnych czynników ryzyka. Silnie lub bardzo silnie koreluje natomiast z ograniczeniem czynników ryzyka poziom publicznych wydatków na edukację pacjenta oraz programy poradnictwa zdrowotnego ($r = -0,56$ dla palenia tytoniu i aż $-0,96$ dla picia alkoholu).

Co to wszystko oznacza? Te proste eksperymenty statystyczne pokazują, że do skutecznej edukacji zdrowotnej potrzebne są nie tylko profesjonalne kadry, lecz także środki finansowe – nie te przeznaczone ogólnie na zdrowie, ale specjalnie na edukację pacjenta i programy poradnictwa.

Samorządowe programy zdrowotne

Edukacja pacjenta nie musi się odbywać wyłącznie w podmiocie leczniczym. Świadczą o tym coraz liczniejsze samorządowe i narodowe programy zdrowotne. Z uwagi na obowiązek opiniowania samorządowych programów przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji powszechnie dostępne są dotyczące ich statystyki. W ubiegłym roku w Polsce zaplanowano 240 programów zdrowotnych (nie uwzględniając programów narodowych), co jest wskaźnikiem nie najgorszym, biorąc pod uwagę, że w mamy 2478 gmin.

Problem pomiaru skuteczności i opłacalności edukacji pacjenta

Nieco bardziej ponury obraz wyłania się, jeśli przyjrzemy się finansowaniu programów zdrowotnych. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że w 2015 r. na samorządowe programy zdrowotne przeznaczono jedynie 0,042% całkowitych wydatków samorządowych. Średnioroczne wydatki na programy zdrowotne w przeliczeniu na jednego mieszkańca to nieco ponad 4 zł w jednych województwach, natomiast w innych zaledwie 0,8 zł (dane NIK)! Nawet jeśli są to niewielkie wydatki dla poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego, to w skali kraju jest to średnio kilkadziesiąt milionów złotych rocznie. Ponadto płatnik tych programów, czyli podatnik, ma prawo wymagać, aby były to środki wydane racjonalnie, tym bardziej że myśląc w kategoriach kosztu oportunistycznego – środków wydanych np. na nieskuteczny program zdrowotny nie można już zainwestować w nic innego (np. w terapię dla kilku osób z chorobą rzadką lub kilkuset z chorobą nowotworową). Aby program zdrowotny był skuteczny i opłacalny, tj. korzyści z niego wynikające przeważały koszty, ważne jest nie tylko jego właściwe wykonanie, lecz także rygorystyczne monitorowanie i ocena efektów. Jak zauważa NIK, w przypadku około połowy programów zdrowotnych nie podjęto oceny ich efektów.

Problem jest więc istotny, a potęgują go trudności metodologiczne. O ile edukacja pacjenta jest relatywnie nieskomplikowana do uchwycenia w warunkach randomizowanego badania klinicznego (interwencja plus edukacja *versus* interwencja bez edukacji), o tyle w warunkach realnej praktyki klinicznej czas obserwacji musi być odpowiednio długi, aby zmierzyć efekty edukacji pacjenta przy odpowiednim zidentyfikowaniu i kontrolowaniu czynników zakłócających. To samo dotyczy pomiaru efektów programów zdrowotnych. Ich skuteczność jest trudna do uchwycenia, a jeszcze trudniejsze może być jej przedstawienie w jednostkach monetarnych, tak aby można ją było zestawić z wydatkami poniesionymi na program. Efektem takiego podejścia, czyli analizy koszt-korzyści (*cost-benefit analysis* – CBA), jest zysk lub strata netto, a więc natychmiastowym wnioskiem, czy inwestycja w program była opłacalna czy nie.

„Amerykański Healthwise już od dawna projektuje i dostarcza interaktywne aplikacje na potrzeby informowania pacjenta przez świadczeniodawców”

Optymalizacja edukacji pacjenta

Reasumując – po stronie słabych stron i zagrożeń dla edukacji pacjenta mamy ograniczone zasoby, zarówno ludzkie, jak i finansowe, a także nieoptymalne wykonanie i niedostateczne finansowanie programów zdrowotnych. Istnieje jednak szereg mocnych stron systemowych i szans, których wykorzystanie będzie sprzyjać skutecznej i opłacalnej edukacji pacjenta.

Pierwsza szansa dotyczy zasobów ludzkich. Absolwenci zdrowia publicznego czy psychologii po odpowiednim przeszkoleniu mogliby skutecznie wypełnić lukę w edukacji pacjenta powstałą na skutek niewystarczającego czasu wizyty lekarskiej. Odpowiednio skonstruowane wymagania wobec edukatora i elastyczne warunki zatrudnienia w połączeniu z zachętami ze strony regulatora systemu w kierunku świadczeniodawcy (np. negocjacje kontraktu) mogłyby na stałe wpisać zawód edukatora w krajobraz podmiotów leczniczych w Polsce. Już dziś funkcjonuje instytucja edukatora oraz dietetyka – wydaje się jednak, że liczba tych osób powinna być większa, a kompetencje na tyle szerokie, aby zabezpieczyć odpowiednie podejście specjalisty względem różnych czynników ryzyka i chorób.

Druga istotna szansa wiąże się z technologią. Duża liczba i różnorodność aplikacji zdrowotnych stanowi o szybko rozwijającym się rynku. Skoro mamy do czynienia z brakami kadrowymi, można je do pewnego stopnia wypełnić interaktywnymi systemami, które dzięki skrupulatnemu zaprojektowaniu mogą stać się nieodłącznym towarzyszem pacjenta w chorobie. Amerykański Healthwise (<http://www.healthwise.org/>) już od dawna projektuje i dostarcza interaktywne aplikacje na potrzeby informowania pacjenta przez świadczeniodawców. Systemy te za pomocą określonych pytań i odpowiedzi są w stanie udzielić łatwej do zrozumienia, obrazowej informacji o czynnikach ryzyka i chorobie. Pacjent otrzymuje wyczerpującą informację podczas wizyty, a to, czy ją zapamięta (i w jakim stopniu) – to zupełnie inna sprawa. Według Healthwise 40–80% informacji przekazanych podczas wizyty zostanie przez pacjenta zapomnianych po wizycie, a połowa z tego, co pozostanie, będzie zapamiętana niewłaściwie. Nie ma podstaw, aby uważać, że ta prawidłowość nie dotyczy

”Absolwenci zdrowia publicznego czy psychologii po odpowiednim przeszkoleniu mogliby skutecznie wypełnić lukę w edukacji pacjenta powstałą na skutek niewystarczającego czasu wizyty lekarskiej”

polskich pacjentów. Rozwiązaniem może być praktyka utrwalania informacji i zaleceń lekarskich przy wykorzystaniu interaktywnego terminalu na terenie podmiotu leczniczego i poza nim za pomocą specjalnej mobilnej aplikacji. Odbываłyby się to natychmiast po zakończeniu wizyty lekarskiej. Rozwiązanie to absolutnie nie jest podważeniem kompetencji lekarza lub pielęgniarki ani propozycją zdjęcia z nich obowiązku edukacji pacjenta, ale jedynie działaniem uzupełniającym i szansą do wykorzystania wobec zmian technologicznych i ogólnie postępującej medykalizacji społeczeństwa. Odpowiednio zaprojektowany pilotaż potwierdziłby bądź wykluczył zasadność tego pomysłu. Nie widać większych przeszkód (poza potencjalnym konfliktem interesów), aby do tej aktywności zaprosić przemysł medyczny i farmaceutyczny, np. poprzez zobowiązanie do stworzenia i/lub finansowania takich działań (przy kontroli regulatora systemu) w zamian za korzystne zachęty, np. refundacyjno-cenowe. Przemysł na ogół dysponuje kompleksową wiedzą na temat danej jednostki chorobowej i standardów leczenia oraz bezpieczeństwa farmakoterapii. Równie dobrze kompe-

tencja taka może leżeć po stronie wydziałów zdrowia lub instytutów zdrowotnych lub akademickich na poziomie centralnym lub regionalnym albo zewnętrznych podmiotów w trybie przetargu publicznego.

Kolejną szansą i mocną stroną jest silna w Polsce kultura oceny technologii medycznych (*health technology assessment* – HTA), która dostarcza metod i sposobów pomiaru skuteczności i opłacalności programów zdrowotnych. Bardzo ważnym elementem budowania nowoczesnej edukacji pacjenta będzie rozwój kompetencji HTA wśród projektujących, wdrażających i monitorujących programy zdrowotne.

Inną mocną stroną są już istniejące kadry i inicjatywy, takie jak szkoła astmy albo grupy pacjentów diabetologicznych, prowadzone przez edukatorów zdrowotnych. Modyfikacja zachowań zdrowotnych wymaga jednak zachowania ciągłości, dlatego epizodyczny charakter takich wydarzeń wpływa niekorzystnie na trwałość prozdrowotnych zachowań pacjenta.

Ostatnim elementem edukacji pacjenta jest podjęcie problemu zagrożeń poprzez sukcesywne zwiększanie finansowania edukacji pacjenta oraz liczby profesjonalistów medycznych w Polsce.

Nakreślony (po wstępnej analizie) szkielet nowoczesnej, skutecznej i opłacalnej edukacji pacjenta jest realny, ale raczej w następnych dekadach niż w najbliższych latach, biorąc pod uwagę złożoność wymaganych działań. Wszystko to pod warunkiem odpowiedniej woli politycznej i potraktowania tych działań jako inwestycji w zdrowie, a także redukcji asymetrii informacyjnej w relacji pacjent–lekarz, sprzyjającej umocnieniu roli pacjenta w procesie diagnostyczno-terapeutycznym i podejmowaniu wspólnych decyzji.

Krzysztof Łach

Autor był asystentem w Zakładzie Promocji Zdrowia Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ w Krakowie (2010–2013).

Obecnie piastuje funkcję *pricing & market access associate manager* w *Creativ-Ceutral* z Krakowa.

Poglądy przedstawione w artykule są wyłącznie stanowiskiem autora, a nie instytucji wskazanej w afiliacji.

Słowniczek pojęć

Profilaktyka (prewencja) chorób dzieli się na:

- 1) profilaktykę pierwotną, skierowaną do osób zdrowych i tych z wysokim ryzykiem wystąpienia chorób, której celem jest niedopuszczenie do wystąpienia choroby oraz kontrolowanie czynników ryzyka;
- 2) profilaktykę wtórną, skierowaną do osób we wczesnym stadium choroby, której celem jest wczesne wykrywanie chorób (tzw. *skrining*);
- 3) prewencję III stopnia, skierowaną do osób chorych, której celem jest redukcja skutków choroby lub ich odwrócenie, o ile to możliwe.

W Polsce spotykane jest pojęcie profilaktyka zdrowotna lub prozdrowotna, które jest co najmniej niefortunne. Późno

szukać w piśmiennictwie anglojęzycznym terminów *health prevention*. Stosowane jest *disease prevention*, czyli profilaktyka chorób. Chcemy zapobiegać chorobom, a nie zdrowiu, dlatego poprawną formą jest profilaktyka (prewencja) chorób.

Program zdrowotny (program polityki zdrowotnej) to finansowany ze środków publicznych zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, które są oceniane jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione. Umożliwia osiągnięcie założonych celów w określonym terminie. Cele te polegają na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia określonej grupy pacjentów (za Ministerstwem Zdrowia).