

JERZY LEPPERT
ZUZANNA OPOLSKA

Kto jest odpowiedzialny za stan zdrowia obywatela: państwo czy jednostka?

Definicja profilaktyki – jakim chorobom chcemy i jakim powinno się zapobiegać?

Choroby przewlekłe nazywane „przyjacielem” na całe życie, stanowią wiodącą przyczynę umieralności na całym świecie. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje NCD (*Non Communicable Diseases*) jako „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki”. To do nich należą: cukrzyca, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc) i nowotwory. Spośród nich do śmierci najczęściej doprowadzają choroby układu sercowo-naczyniowego. To z ich powodu rocznie umiera około 19 mln ludzi na świecie, co na tle liczby ofiar pandemii COVID-19 (1,4 mln) jest olbrzymią liczbą, która mimo wszystko nas nie przeraża!? Medialnie „choroby przewlekłe” są nudne – nie ma bohaterów, nie ma maseczek i pomarańczowych kombinezonów. Zdążyliśmy się do nich przyzwyczaić, nauczyliśmy się z nimi żyć i bagatelizować zagrożenie, a to przeraża jeszcze bardziej...

Tym, co łączy NCD, są modyfikowalne czynniki ryzyka: palenie papierosów, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, niska aktywność fizyczna, stres, nadwaga i otyłość. Badanie „Lags in behavioral change: A population based comparison of cardiovascular risk behavior in Poland and Sweden” opublikowane w 2006 r. pokazało, że Polacy już czternaście lat temu doskonale orientowali się, jakie prozdrowotne zachowania pozwalają zapobiec chorobom przewlekłym. Niestety, czas udowodnić, że przekazywanie wiedzy w świadome działania jest już dużym problemem. To pierwsza antynomia – pytanie: jakie strategie pozwolą nam osiągnąć lepsze wyniki? Druga antynomia jest już mniej oczywista – postęp medycyny i wydłużenie średniej długości życia sprawiły, że częstotliwość występowania chorób o charakterze przewlekłym narasta. W końcu to wiek jest jednym z podstawowych czynników zwiększających ryzyko pojawienia się chorób przewlekłych.

Na Polskę patrzę z perspektywy „latarnika”, bohatera noweli Henryka Sienkiewicza, który 50 lat temu wyemigrował do Szwecji. Każdego dnia obserwuję, jak odmienny od polskiego jest styl życia Skandynawów – zaczynając od tego, co jedzą na śniadanie, przez to, czym jadą do pracy, po to, jak spędzają czas wolny. Nie bez powodu Szwedzi na polu profilaktyki są o krok przed nami – teorię wcielają w życie. We Wrocławiu, moim rodzinnym mieście, naturalnym odruchem pozwalającym pokonać odległość z punktu A do punktu B jest wejście do samochodu lub autobusu. W Szwecji zamiast czterech kółek wybiera się dwa. Na parkingu przed rektoratem uczelni stoi rząd zaparkowanych rowerów, łącznie z rowerem rektora. To rowerami przyjeżdża się na Ceremonię Rozdania Nagród Nobla. Środek transportu o dwustuletniej tradycji cieszy się popularnością z dwóch powodów: po pierwsze jest przyjazny dla naszego zdrowia i środowiska, po drugie świetnie rozbudowana sieć ścieżek sprawia, że niezwykle łatwo się nim poruszać.

Do zasad zdrowego stylu życia stosuje się większość obywateli. Ambicją każdego Szweda, nie zawodowca, ale amatora jest wziąć udział w biegu Wazów (Vasaloppet), najstarszym biegu narciarskim na świecie, przepłynąć zatokę Vansbro (3 km), a także przejechać 315 km na rowerze wokół jeziora Vättern. Wszystko w ciągu jednego roku! Pamiętam, że kiedy przyjechałem do Uppsali, jeden z nauczycieli zaproponował mi udział w treningu szwedzkiej gimnastyki klasycznej. Zgodziłem się bez zastanowienia. Okazało się, że więcej niż 60% grupy stanowiły osoby po 50-tce, sam miałem wtedy 24. W pierwszej chwili przyszło mi na myśl, że nie przeżyją, ale po kwadransie nie mogłem dotrzymać im kroku... A byłem osobą regularnie chodzącą na basen i grającą w tenisa.

Czy próbuję powiedzieć, że Szwedzi opanowali „zdrowe życie” do perfekcji? Nie – skala nadwagi i otyłości dramatycznie wzrasta, a uzależnienie od alkoholu nadal jest nierozwiązanym problemem. Próbuję tylko powiedzieć, że o ile każdy z nas jest kowalem własnego losu, to w niektórych państwach łatwiej nim być. I niekoniecznie drogę do zdrowego społeczeństwa wyznaczają znaki zakazu czy nakazu, ale edukacja tych, którzy jej najbardziej potrzebują.

Rozwój profilaktyki w Szwecji i w Polsce od lat 30. XX w.

Przeszłość wiele nas uczy, a już starożytni doceniali kulturę fizyczną. W antycznej Grecji sport był elementem edukacji chłopców i pozytywnego kształtowania charakterów. Do dyscyplin cieszących się największym zainteresowaniem należały bieg pojedynczy i podwójny, biegi z tarczą lub w pełnej zbroi, skok w dal, rzut dyskiem i oszczepem, wyścigi jeźdźców i czterokonných rydwanów, zapasy, boks, a także połączenie dwóch ostatnich, czyli pankration. W starożytnym Rzymie aktywność fizyczna początkowo wiązała się przygotowaniem do służby wojskowej, jednak z czasem sport osiągnął wysoki stopień rozwoju i upowszechnienia – pływanie rozwijane było nie tylko w prowincjach nadmorskich, ale i w głębi kraju – w miastach budowano łaźnie i baseny pływackie. Dużą popularnością cieszyły się także: biegi, skoki, rzuty oszczepem i kulą. Paradoksalnie to klasa wyższa, która nadawała ton społeczeństwu, propagowała obżarstwo i ograniczoną aktywność fizyczną. Wszystko zaczęło się zmieniać wraz z powstaniem klasy średniej – sport stał się zjawiskiem rozpowszechnionym społecznie.

W Szwecji gimnastyka tak zwana masowa, zwracająca się do większości społeczeństwa, zaczęła się organizować na początku XIX w. Za ojca systemu uznawany jest Piotr Henryk Ling, nauczyciel szermierki na Uniwersytecie w Lund i wielki fan Johanna Christopa Friedricha GutsMuthsa, niemieckiego pioniera i autora ćwiczeń fizycznych w historii edukacji. To Ling stanął na czele Królewskiego Centralnego Instytutu Gimnastycznego w Sztokholmie, założonego w 1813 r. i sformułował zalecenia, które na stałe weszły do kanonu szwedzkiej gimnastyki. W nowo powstałej placówce kształcili się nie tylko nauczyciele wychowania fizycznego, ale także instruktorzy gimnastyki leczniczej, chętnie widziani w zakładach leczniczych także poza granicami kraju. Niewątpliwą zasługą Linga było wytyczenie drogi rozwoju gimnastyki leczniczej, wojskowej i wychowawczej, a przede wszystkim uświadomienie współczesnym potrzeby systematycznej dbałości o sprawność fizyczną. Po ukończeniu studiów pracę w Centralnym Instytucie Gimnastycznym podjął syn Henryka – Hjalmar. Kontynuując dzieło ojca, Hjalmar zaprojektował i szczegółowo opracował koncepcję sali gimnastycznej i jej wyposażenia. Również Wendla Dahl-Ling, córka Henryka, interesowała się gimnastyką wychowawczą. Z jej inicjatywy do programu Instytutu wprowadzono specjalne kursy gimnastyki dla kobiet. Co ciekawe, stworzona przez Lingów szwedzka gimnastyka szybko rozpowszechniła się w całej Europie i skutecznie rywalizowała z gimnastyką niemiecką.

W latach 30. XX w. zaczęto organizować gimnastykę dla gospodyń domowych – kobiety kilka razy w tygodniu mogły przyjść na zajęcia, a ich dzieci miały w tym czasie zapewnioną opiekę. Upowszechnienie sportu wśród kobiet przełożyło się na prozdrowotny styl życia, zwłaszcza odżywianie, a także sposób wychowania dzieci. Już w przedszkolu maluchy spędzają większość czasu na dworze, a lekcje wychowania fizycznego są ważnym elementem edukacji szkolnej. W całej Szwecji dużą popularnością cieszył się program „Morgongymnastik” nadawany od 1929 r. codziennie między 7.15 a 7.30. W 1948 r. został on zastąpiony przez gimnastykę dla kobiet i urzędników. Dzisiaj wielu obywateli nadal zaczyna dzień, ćwicząc razem z trenerami z małego ekranu.

Pod koniec lat 30. XX w. jeden z dziennikarzy szwedzkich, Ludwigo Nordström, którego można porównać do doktora Judyma, bohatera „Ludzi bezdomnych” Stefana Żeromskiego, odbył podróż po Szwecji i opisał warunki sanitarne w radiowych reportażach, a potem w książce, którą nazwał „Reportażem z brudnej Szwecji” (Lort-Sverige, 1938). Jej publikacja odbiła się szerokim echem w społeczeństwie i wywołała dyskusję wśród polityków. Wkrótce ministerstwo zdrowia postanowiło rozpocząć długofalową pracę nad higieną i stanem zdrowia ludności w Szwecji. Zajęto się także stanem sanitarnym mieszkań. Od tamtej pory profilaktyka zdrowia zajęła centralne miejsce w planowaniu systemu ochrony zdrowia. Mówimy więc o prawie stuletniej tradycji, która zostawiała trwałe ślady w świadomości kolejnych generacji.

Co ciekawe, polska tradycja wychowania fizycznego jest równie długa. Zdaniem niektórych historyków sięga ustaw Komisji Edukacji Narodowej powołanej w Rzeczypospolitej Obojga Narodów. Już w „Powinnościach nauczyciela” (1788 r.) Grzegorz Piramowicz pisał o konieczności ćwiczeń fizycznych w kontekście zdrowia i wychowania młodzieży. Zwracał też uwagę na potrzebę ćwiczeń fizycznych wśród kobiet. Niestety, większość zapisów ustaw nie znalazła odzwierciedlenia w praktyce głównie z braku infrastruktury szkolnej, nauczycieli i środków finansowych.

Do rozwiązań KEN-u nawiązano w odrodzonej Polsce. W programie oświatowym za niezbędne uznano budowanie obiektów szkolnych dla wszystkich rodzajów szkół z salami gimnastycznymi, kąpieliskami, boiskami i ogródkami szkolnymi. Proponowano codzienne półgodzinne ćwiczenia podczas nauki i przeznaczenie czasu na zabawy i gry ruchowe według szwedzkiego systemu. Wdrożenie nowatorskiego projektu oświatowego hamowały jednak problemy finansowe, a także spory związane z zarządzaniem państwem.

Od 1933 r. w programie wychowania fizycznego znalazły się cztery godziny ćwiczeń, zabaw i gier ruchowych w tygodniu, a ponadto 10 minut codziennej gimnastyki, prowadzonej pod opieką nauczyciela przed pierwszą lekcją. Po II wojnie światowej kultura fizyczna nadal odgrywała ważną rolę – obowiązkowym wychowaniem fizycznym objęto przedszkola, szkoły podstawowe i średnie wszystkich typów – zawodowe i ogólnokształcące oraz wyższe uczelnie. Utworzono licea pedagogiczne, uczelnie i szkoły wychowania fizycznego, zapewniające fachowców do zajęć wychowania fizycznego i szkolenia sportowego. Standardem stał się program obejmujący dwie godziny lekcyjne zajęć w tygodniu oraz zajęcia pozalekcyjne dla zainteresowanej sportem młodzieży. Prowadzono także zajęcia korekcyjne.

Wszystko zmieniło się wraz z nadejściem transformacji ustrojowej – kultura fizyczna mająca do 1989 r. wysoki status i bezpośredni wpływ na szkolne wychowanie, została zmarginalizowana jako przebrzmiały symbol poprzednich epok, co nie pozostało bez wpływu na postrzeganie wychowania fizycznego w odbiorze społecznym. W wielu polskich domach zagościły nowe standardy i priorytety: samorealizacja, zwłaszcza pod względem zawodowym, specyficzne podejście do nauki, w którym wychowanie fizyczne jest uważane za przedmiot drugorzędny i niewiele wnoszący w rozwój ucznia. Sprzyja to problemowi masowych zwolnień z WF-u sankcjonowanych przez nauczycieli i lekarzy, co z kolei prowadzi do nadmiernej masy ciała i wad postawy wśród uczniów.

Programy profilaktyki ochrony zdrowia w Szwecji i w Polsce w XXI w.

Program profilaktyki zdrowia w Szwecji jest redagowany i inicjowany centralnie przez Państwowy Instytut Zdrowia (Folkhälsomyndighet). Obecnie pracuje się nad programem na najbliższą dekadę „Agenda 2030”, w której zawarto strategię prewencji chorób przewlekłych. Główne cele obejmują szeroki zakres wyzwań: redukcję nadwagi i otyłości, a także zwiększenie aktywności fizycznej w czasie wolnym od pracy. Według obliczeń ekonomistów koszty nadwagi i otyłości w społeczeństwie wynoszą dzisiaj około 8 do 9 mld euro w skali rocznej. Stąd pojawiła się propozycja, żeby kierować zmianami centralnie, czyli to państwo ma przejąć kontrolę nad planowaniem, realizacją i częściowo finansowaniem programów mających na celu redukcję nadwagi i otyłości w społeczeństwie. Dyskutuje się nad wprowadzaniem podatku na słodczy, łącznie z cukrem. Z drugiej strony proponuje się obniżkę cen/subwencje na owoce, warzywa, ryby i przetwory rybne.

Restrykcje mają dotyczyć nawet konsumpcji soli i produktów zawierających sól. Po wprowadzeniu rekomendacji krajowych to komuny/województwa, powiaty, służba zdrowia na poziomie lokalnym powinny zadbać o ich realizację. *Myszę, że sprawdzanie wyników profilaktyki jest bardzo istotne. To jedna z rzeczy, których nie można zostawić własnemu biegowi. W tym procesie istotna jest ciągłość na przestrzeni dekad i zabezpieczenie przed zmianami wywołanymi przez różnego rodzaju przemiany polityczne. Do współpracy zostanie włączone także szkolnictwo od przedszkola aż do uniwersytetów. A proponowane zmiany mają iść w parze z wdrażaniem prozdrowotnych zwyczajów: ograniczeniem spożywania słodyczy przez dzieci do jednego dnia w tygodniu, a także wprowadzeniem wody jako preferowanego napoju do posiłku.*

Ważną częścią działań profilaktycznych pozostaje ograniczenie konsumpcji alkoholu i palenia papierosów. Historycznie alkohol zawsze był piętą Achilleśa Szwedów – na przełomie XIX i XX w. liczba dorosłych, którzy mieli problemy z alkoholem, była bardzo wysoka, a wielu pracodawców częściowo płaciło nim swoim pracownikom. To doprowadziło do tego, że w 1917 r. wprowadzono system racjonowania w formie książeczek (tzw. system Bratta) uprawniających do nabycia alkoholu. I tak dorośli mężczyźni byli uprawnieni do zakupu 4 litrów alkoholu miesięcznie, a dorosłe kobiety – pół litra. Biorąc pod uwagę, że państwo szwedzkie wprowadziło monopol handlu alkoholem, tzn. zarówno zakup, jak i sprzedaż przeszły w ręce władz, system mógł sprawnie funkcjonować. Wprowadzone ograniczenia z jednej strony miały pozytywny wpływ na zahamowanie alkoholizmu w społeczeństwie, z drugiej doprowadziły do wzrostu ilości nielegalnie sprzedawanego alkoholu: szmuglowanego i pędzonego bimbru. Rosnące w tym czasie w siłę ruchy socjalistyczne, wspomagane przez odrywające się od Kościoła państwowego sekty religijne, czyniły z abstynencji cnotę i domagały się wprowadzenia prohibicji. Przeprowadzone w tej sprawie referendum (27.08.1922r.) poparło 49% głosujących, 51% było przeciw.

Chociaż alkoholowe ograniczenia zniesiono w 1955 r., mocna antyalkoholowa kampania społeczna, wykorzystująca wiele środków masowego przekazu, doprowadziła do wprowadzenia ograniczeń, które funkcjonują do dzisiaj i są solą w oku Komisji Europejskiej. I tak w sklepach spożywczych Szwedzi mogą kupić tylko piwo o zawartości alkoholu nie wyższej niż 3,5%. Natomiast mocniejsze napoje alkoholowe w nieograniczonej ilości dostępne są w państwowych sklepach monopolowych z logo Systembolaget przez sześć dni tygodnia między 10 a 20 (w soboty do 16).

– W Västerås – mieście, w którym mieszkam na 170 tys. mieszkańców tylko cztery sklepy sprzedają alkohol. W tym wypadku utrudnienia okazały się pozytywne – brak dostępu w zasięgu ręki często wiąże się z rezygnacją. To jednak nie wszystkie ograniczenia – podawanie alkoholu w lokalach ogólnie dostępnych wymaga specjalnego pozwolenia od władz miejskich (prywatne uroczystości nie muszą mieć pozwolenia), a ceny alkoholi są zazwyczaj ponad dwukrotnie wyższe niż w Polsce.

Od 2002 r. Szwedzi mogą sprowadzać alkohol przez Internet, ale tylko korzystając z sieci i pośrednictwa monopolu. Mimo zdecydowanej polityki państwa alkoholizm w Szwecji jest nadal dużym problemem, zwłaszcza jeśli chodzi o koszty, jakie generuje: spadek produktywności z powodu przedwczesnej emerytury lub renty, leczenie szpitalne, pomoc społeczną i wypadki komunikacyjne związane z piciem alkoholu. Młódzież debiutuje wcześniej i ma tendencje do nadużywania alkoholu w weekendy (*binge drinking*). W ciągu ostatnich 20 lat liczba młodych kobiet, które nadużywają alkoholu

wzrosła procentowo bardziej niż młodych mężczyzn, co jest charakterystyczne dla społeczeństw krajów rozwiniętych. Tendencja odzwierciedla stopień liberalizacji norm społecznych, które nie potępiają już pijących kobiet tak jak w przeszłości. Można tutaj mówić o błędnej interpretacji równouprawnienia.

Szwedom udało się za to wygrać wojnę z papierosami. Kiedy zaczynałem pracę w latach 70. to w każdym gabinecie stała popielniczka, a lekarz palił, kiedy pacjent przychodził i wychodził, a czasami nawet w trakcie konsultacji. Liczba nałogowych palaczy przekraczała 50% wśród mężczyzn i 25% wśród kobiet. Dzisiaj zaledwie około 9% mężczyzn i kobiet zalicza się do nałogowych palaczy, przy czym statystkę zawyżają imigranci. Wyraźnemu spadkowi liczby palaczy towarzyszy jeden z najniższych w Europie odsetków śmierci z powodu raka płuca. Przyczyną sukcesu w ograniczeniu palenia była właściwa strategia – pracownicy ochrony zdrowia dali dobry przykład i jako pierwsi pożegnali się z nałogiem. Wkrótce potem zakaz palenia wprowadzono w placówkach medycznych. Pod koniec lat 70. powstała organizacja Non Smoking Generation (Niepalące Pokolenie), której najważniejszym celem jest powstrzymywanie młodzieży przed paleniem. Antynikotynowe kampanie przez nią organizowane cieszyły się wsparciem prominentnych Szwedów, takich jak nieżyjąca już Astrid Lindgren, czy znanych sportowców, z narodową reprezentacją hokeja na lodzie na czele. Wzrosły także ceny papierosów o 200–300%, a dla osób chcących rzucić palenie zaczęto organizować bezpłatną pomoc terapeutyczną. Specyficzne dla Szwecji było także zastąpienie papierosów tzw. tabaką zażywaną doustnie pod górną wargę lub język. Szacuje się, że tzw. „snus” konsumuje mniej lub bardziej regularnie około 15% dorosłych, głównie mężczyzn. Polityka przeciwdziałania uzależnieniom to przykład antynomii: państwo, które osiąga duże zyski ze sprzedaży alkoholu i papierosów, zdecydowanie zwalcza używki, dążąc do obniżenia kosztów służby zdrowia.

A jak jest w Polsce? Obecnie za politykę zdrowotną państwa odpowiada Minister Zdrowia, a głównym narzędziem realizacji jego zadań w tej dziedzinie jest Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2021–2025. Podstawą NPZ jest koncepcja promocji zdrowia zgodna z Kartą Ottawską Promocji Zdrowia (1986 r.). Mówimy więc o procesie umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu. Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, określiła co do zasady zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące w ich realizacji oraz zasady finansowania zadań. Wprowadziła równocześnie regulacje pozwalające na koordynację działań profilaktycznych. Od stycznia 2017 r. Narodowy Fundusz Zdrowia może dofinansowywać programy profilaktyczne realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego pod warunkiem, że będą one zgodne z priorytetami polityki zdrowotnej w danym regionie, celami operacyjnymi NPZ i które uzyskają pozytywną ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Z raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020” wynika, że mimo postępu medycyny i lepszych warunków bytowych trend wskazujący na rosnącą długość życia wyhamował. Według danych Eurostatu z 2020 r. średnia tzw. oczekiwana długość życia w Polsce jest o trzy lata krótsza niż w Unii Europejskiej. W minionym roku wyniosła ona 77,8 lat, podczas gdy średnia w UE to 80,9 lat. Przyczyn spadku długości życia dopatruje się złej diecie, braku aktywności fizycznej i nałogach, których

Polakom nadal nie udało się pokonać, czyli czynnikom ryzyka chorób układu krążenia i nowotworów. Chociaż natężenie umieralności z ich powodu od roku 1991 stopniowo się zmniejsza, to nadal stanowi najważniejszą przyczynę zgonów. Zgodnie z NCD Risk Factor Collaboration w 2016 r. w Polsce wśród osób w wieku 20 lat i więcej 53% kobiet i 68% mężczyzn miało nadwagę (BMI: 25-29,9), a 23% kobiet i 25% mężczyzn było otyłych (BMI \geq 30). W przypadku osób poniżej 20 roku życia nadwagę miało 20% dziewcząt i 31% chłopców, a 5% dziewcząt i 13% chłopców było otyłych. Przyczyn nadmiernej masy ciała dostarcza codzienne menu Polaka, a właściwie dane GUS dotyczące spożycia wybranych artykułów konsumpcyjnych. Mamy alkohol, czerwone mięso (średnie roczne spożycie 80 kg na osobę) i cukier (średnie roczne spożycie 44,5 kg na osobę) – ostatni poza czystą postacią przyjmujemy w formie wyrobów przetworzonych: w jogurtach, słodyczach, płatkach śniadaniowych, sokach czy napojach typu cola. Na talerzach Polaków brakuje natomiast warzyw i owoców, których co szkuje spożywamy najmniej w całej Europie. Złej diecie towarzyszy brak aktywności fizycznej – dorośli Polacy są zdecydowanie mniej aktywni niż większość obywateli UE. Rosną także odsetki osób w ogóle nieuprawiających sportu i niepraktykujących żadnych form rekreacji fizycznej. O tym, że decydenci są świadomi istniejących zagrożeń i potrzeby profilaktyki zdrowotnej, świadczą propozycje wprowadzenia podatku cukrowego, a także wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych chirurgii bariatrycznej.

Jeśli chodzi o nałogi, to Polacy nadal nie rzucili palenia, a ilość spożywanego alkoholu dramatycznie rośnie. Szacunkowe dane dotyczące palących tytoń umiejscawiają Polskę nieco ponad średnim poziomem europejskim. Niepokojące jest zahamowanie trendu spadkowego w odsetku osób palących widocznego na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. Stosowanie wyrobów elektronicznych wcale nie okazało się zmianą na lepsze. Tylko w niewielkim stopniu zmniejsza rozpowszechnienie palenia tytoniu, a bardziej przyczynia się do zwiększenia się odsetka osób używających wyrobów nikotynowych. Czynniki związane z mniejszą częstością palenia tytoniu pozostają: płeć żeńska, młody i starszy wiek, lepsze wykształcenie.

W przypadku konsumpcji alkoholu od 2002 r. obserwujemy gwałtowny wzrost, co w głównej mierze wynika z decyzji rządu o obniżeniu akcyzy na napoje alkoholowe o 30% w sierpniu 2002 r. W latach 2003-2008 konsumpcja wódki podwoiła się z 1,7 l czystego alkoholu na mieszkańca do 3,4 l w roku 2008, wzrosło także roczne spożycie piwa z 30 l na mieszkańca w 1989 r. do 100 l w 2016 r. Dużym problemem pozostają małe butelki, czyli wódki o pojemności 100 ml lub 200 ml, zwykle aromatyzowane. W raporcie opublikowanym przez firmę badawczą Synergion w maju 2019 r. oszacowano, że każdego roku sprzedaje się ich ponad 1 miliard. Ponad połowa wszystkich Polaków pije „małpki” raz w miesiącu lub częściej, 54% z nich to kobiety, 46% mężczyźni. Najwięcej małych butelek jest sprzedawanych między 6 a 12 rano. W tym kontekście ogólne samozadowolenie ze stanu zdrowia Polaków, którzy oceniają swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry, budzi niepokój. Zwłaszcza, że świadomość zagrożeń związanych z nieprawidłową dietą, małą aktywnością fizyczną, używkami czy przewlekłym stresem pozostaje niska u osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym.

W jaki sposób można temu zapobiec? Konieczne wydaje się podjęcie działań w celu zmniejszenia różnic pomiędzy poszczególnymi powiatami i województwami. Jednostki

samorządu terenowego (JST) wykorzystują głównie podejście typu *top-down* (szczepienia ochronne, badania diagnostyczne służące wczesnemu wykrywaniu chorób, interwencje medyczne), brakuje natomiast aktywnych form współpracy zmierzających do upodmiotowienia społeczności. Nakłady na profilaktykę, w największym stopniu determinujące stan zdrowia społeczeństwa, powinny być stale zwiększane.

Jakich strategii powinniśmy używać dla osiągnięcia najlepszych wyników?

W obrębie profilaktyki chorób i promocji zdrowia można wyróżnić różne strategie działania. Mamy podejście odgórne (*top-down*), oczekujące posłuszeństwa i odpowiedzialności, i podejście oddolne (*bottom-up*), zakładające znaczne upodmiotowienie społeczności i umożliwienie jej wyboru problemu. W praktyce zazwyczaj dochodzi do łączenia, a czasami konkurencji między wymienionymi podejściami.

– *Osobiście uważam, że zawsze warto zwracać się do jednostki obdarzonej wolną wolą i zagrać jej na ambicji. Stymulowanie zachowań prozdrowotnych poprzez inicjatywy sektora publicznego powinno odbywać się na zasadzie systemu zachęcających lub zniechęcających bodźców, a nie bezwarunkowego przymusu. Powód jest prosty – w obliczu restrykcji jednostki stawiają opór – ograniczenie sprzedaży alkoholu kończy się pędzeniem bimbru, a podnoszenie cen wyrobów tytoniowych szmugłem papierosów. Z tej perspektywy odpowiednia edukacja dostosowana do specjalnych potrzeb grupy odbiorców to o wiele lepsze rozwiązanie. Zwłaszcza, że nasze wcześniejsze badania „Intelligence level in late adolescence is inversely associated with BMI change during 22 years of follow-up: results from the WICTORY study”, pokazały, że im wyższe IQ, tym mniejsze BMI. Te dane budujemy na obserwacji 5 000 młodych mężczyzn na przestrzeni 22 lat. Odpowiednia edukacja to jedno, a drugie to zaangażowanie w strategię jednostek i grup. W Szwecji niemal od początku restrykcyjna polityka alkoholowa szła w parze z ruchami antyalkoholowymi. Już w latach 30. cześć Kościoła luterańskiego była bardzo zaangażowana w szerzenie abstynencji i jest tak do dzisiaj.*

Walka o trzeźwość należała także do tradycji polskiego Kościoła – zwłaszcza w XIX w. działacze trzeźwościowi powoływali specjalne stowarzyszenia, wydawali prasę, pisali liczne artykuły. W zaborze rosyjskim działał o. Honorat Koźmiński i ojcowie kapucyni, w Galicji ks. Bronisław Markiewicz, na Śląsku – ks. Jan Ficek i ks. Jan Kapica. Po wojnie do tradycji nawiązywał Prymas Tysiąclecia kard. Stefan Wyszyński, inicjator Tygodnia Modlitw o Trzeźwość, który twierdził, że *Polska albo będzie trzeźwa, albo jej nie będzie*. Myślę, że to mógłby być dobry kierunek dla współczesnego Kościoła. Warto poszukać w społeczeństwie autorytetów, które zmieniają sposób postrzegania alkoholu. Kościół jest jednym z nich, drugim mogliby być sportowcy – przykładowo Robert Lewandowski lub cała reprezentacja Polski.

Szwedów i Polaków różni też podejście do osób niepijących. W Szwecji po prostu się ich respektuje, nie ma słynnego: „to ze mną się nie napijesz?”. A nikt z niepijących nie musi uciekać się do wymówek w stylu „prowadzę samochód” czy „jestem na antybiotykach”. Niepicie alkoholu nie jest traktowane jak choroba, to wybór. Niestety, w Polsce

butelka nadal postrzegana jest jako sposób na spędzanie wolnego czasu, odstresowywacz i lek na ból istnienia.

Innym przykładem strategii oddolnej są „słodkie soboty” – „lördagsgodis”, zwyczaj polegający na spożywaniu słodyczy przez dzieci tylko raz w tygodniu. Genezą narodzin samej idei było szukanie sposobu na walkę z próchnicą. Ponad 50 lat stosowania „LÖRDAGSGODIS” skutkuje tym, że Szwecja stawiana jest jako wzór dbania o zęby, a odsetek dzieci z próchnicą jest dużo mniejszy niż w innych krajach zachodnich. Na statystykę ponownie negatywnie wpływa ludność napływowa – przede wszystkim imigranci z Bliskiego Wschodu, u których kultura dbania o zdrowie nie jest tak silna.

Kto zyskuje na profilaktyce? Najprostsza odpowiedź brzmi: wszyscy, ale nawiązując do tytułu monografii, należy sprawdzić, czy na pewno tak jest? W przypadku jednostki troska o zdrowie, regularny ruch oraz zdrowe odżywianie mogą przełożyć się na dodatkowe 10 lat życia. Dla państwa zapobieganie jest tańsze niż leczenie. Na inwestycji w zdrowie zyskuje także pracodawca, który redukuje koszty absencji chorobowej. Z tego powodu edukacja zdrowotna powinna zaczynać się już w przedszkolu, być kontynuowana w wieku szkolnym, a następnie na poziomie pracodawców i całego systemu ochrony zdrowia.

Wróćmy jednak do antynomii – czy profilaktyka ma skutki uboczne? Tak, wbrew nadziejom naukowców nie możemy żyć wiecznie. I chociaż cywilizacja dodała nam lat za sprawą podwyższenia standardów higieny, rozwoju medycyny i rozmaitych technologii, to ratowanie ludzi z najcięższych opresji ma swoją cenę. To gigantyczne obciążenie dla budżetu, dla systemu zdrowia i opieki społecznej. Wraz z wiekiem rosną długotrwałe problemy zdrowotne – wzrasta nie tylko odsetek osób ze schorzeniami przewlekłymi, ale ich liczba (nadciśnienie tętnicze, miażdżycy, cukrzyca, nowotwory, osteoporoza, alzheimier, choroba Parkinsona, choroby zwyrodnieniowe, depresja). Z tego powodu osoby starsze stanowią grupę szczególnej troski w zakresie ochrony zdrowia. Drugi skutek uboczny to miliardy strat – państwo walcząc z nałogami (uzależnieniem od cukru, tytoniu czy alkoholu), traci wpływy ze sprzedaży, które stanowią znaczną część dochodów budżetu. Kluczowe pytanie brzmi: czy chcemy chronić zdrowie obywateli, czy zarabiać na ich słabościach?

Między „lockdownem” a „odpowiedzialnością jednostek”

Nikt z nas nie przypuszczał, że wirus o średnicy 0,1 mikrometra zmieni życie milionów na całym świecie. Świat z dnia na dzień się zatrzyma, a nasze życie zamknie w czterech ścianach. Jednak po tym jak 11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię COVID-19, dla wielu z nas podobny scenariusz stał rzeczywistością. W obliczu zagrożenia większość krajów zdecydowała się na lockdown. Zamknięto szkoły (publiczne i niepubliczne), uniwersytety, część zakładów pracy, restauracje i placówki kulturowe. W Polsce w okresie największych restrykcji wprowadzono zakaz przemieszczania się poza określonymi sytuacjami, zakaz zgromadzeń powyżej dwóch osób, zamknięto parki, bulwary i plaże, a działalność salonów fryzjerskich i kosmetycznych została zawieszona.

– W tym samym czasie Szwecja szła pod prąd – zamiast „zamknięcia” zdecydowano się na minimalne ograniczenia: uniwersytety i gimnazja wprowadziły zdalne nauczanie,

zakazano organizowania zgromadzeń powyżej 50 osób i zaapelowano do starszych osób, żeby rozwały pozostać w domu. Poza tym pozwolono Szwedom żyć normalnie: szkoły dla najmłodszych dzieci pozostały otwarte, podobnie jak restauracje, kina, centra handlowe i granice z innymi państwami. Szwedzka strategia, której architektem jest naczelny epidemiolog Anders Tegnell, wychodzi z założenia, że pandemii nie da się zatrzymać, a restrykcyjne ograniczenia w życiu społecznym niekoniecznie przyniosą spodziewane rezultaty. Według oficjalnych komunikatów pozytywnie zdiagnozowane osoby to tylko „czubek góry lodowej” ogółu zarażonych. Premier Stefan Löfven pytany przez zagranicznych dziennikarzy o liberalny model walki z koronawirusem stwierdził, że opiera się ona na „odpowiedzialności jednostek”.

Już na początku strategia Tegnella podzieliła kraj na dwa obozy, a debata toczyła i toczy się na wielu poziomach: w czasopiśmie medycznych, gazetach codziennych, w radiu i telewizji. „Fanklub Tegnella uważa, że naczelny epidemiolog jest prawdziwym Wikingiem, a Wikingowie zawsze byli nieustraszeni i nie bali się chorób. Z kolei jego antagoniści nie utożsamiają się z przyjętym modelem walki i chcą zmian. Tajemnicą poliszynela pozostaje, że tym, co stoi za koncepcją naczelnego epidemiologa, jest przede wszystkim ekonomia, czyli poświęcamy pewną ilość ludzi, ale w dłuższej perspektywie ratujemy większość. To klasyczny „dylemat łodzi ratunkowej”: na tonącym statku jest 11 pasażerów, a w szalupie tylko 10 miejsc. Teraz należy podjąć decyzję, czy zostawiamy jedną osobę w tyle, czy bierzemy na pokład ryzykując, że utopią się wszyscy...

Czy zgadzam z przyjętym modelem postępowania? Szczerze mówiąc znajduję się w schizofrenicznej sytuacji – z jednej strony jest dużo dowodów naukowych pokazujących, że „droga szwedzka” nie jest właściwa. Z drugiej strony liczba zgonów na COVID-19 uległa zmniejszeniu. Teraz jest pytanie: czy to zasługa wirusa, który stał się mniej agresywny, czy strategii, która jest minimalna... Myślę, że już na początku popełniono kilka radykalnych błędów. Pierwszy, kiedy naczelny epidemiolog zlekceważył zagrożenie i stwierdził, że koronawirus z Wuhan to „choroba chińska”, która nie dotrze do Europy. Drugi, kiedy pozwolił rodakom na spędzenie ferii zimowych w północnych Włoszech i Austrii. Kurorty narciarskie pulsowały życiem, a lądującymi na lotnisku w Sztokholmie urlopowiczami nikt się nie interesował. Nie przeprowadzono żadnych testów, nie rejestrowano kontaktów. Prawie połowa wszystkich dotychczasowych zmarłych, którzy chorowali na COVID-19 w Szwecji, mieszkała w domach opieki, w których doszło do poważnych nieprawidłowości: brakowało środków ochrony osobistej, personel nie był testowany, zakaz odwiedzin wprowadzono dopiero w kwietniu.

Podsumowując, szwedzka droga pozwoliła uniknąć lockdownu, który nie tylko niesie ze sobą skutki społeczne w postaci wzrostu uzależnień, przemocy rodzinnej, depresji, ale wiąże się z recesją. Skala bankructw przedsiębiorstw, bezrobocia, biedy, załamania się produkcji i dystrybucji będzie prawdopodobnie większa niż podczas któregośkolwiek z dotychczasowych kryzysów ekonomicznych. Pandemii możemy porównać do tsunami – na razie jesteśmy w trakcie trzęsienia ziemi, ale za chwilę przyjdą wielkie fale, które zmyją wszystko. Wtedy poznamy rzeczywistą liczbę ofiar i rozmiar katastrofy. Kiedy piszę te słowa w listopadzie, istnieje ryzyko, że rozwój pandemii przyjmie nieoczekiwane proporcje, doprowadzając do dużego wzrostu zakażeń oraz gwałtownego przyrostu ofiar śmiertelnych. Sytuacja w Polsce jest dużo bardziej dramatyczna niż w Szwecji, mam wrażenie, że ostatnie słowo w rozwoju pandemii nie zostało powiedziane.

Wnioski albo *take home message*

Jakie wnioski możemy zabrać do swoich domów? Wczesna profilaktyka zyskuje rangę medycyny przyszłości, a warunkiem jej skuteczności jest skoordynowane działanie we wszystkich obszarach funkcjonowania. Inicjatywa należy do „góry”, ale bez zaangażowania „dołu” nie ma mowy o sukcesie. To obecność w społecznej świadomości zasad zdrowego stylu życia i czynników będących zagrożeniem dla zdrowia stanowi najtrwalsze podłoże dla poddawania się przez obywateli działaniom profilaktyki właściwej.

- Prewencja zdrowotna powinna rozpoczynać się jak najwcześniejszej – przestrzeń o dużym potencjale jest szkoła. Zwłaszcza że jest to instytucja powszechna, która nie uzależnia szans dzieci od stanu portfela czy świadomości zdrowotnej rodziców.
- Drugim miejscem promowania zdrowia i działań prozdrowotnych jest środowisko pracy. W tym wypadku można sięgnąć po szereg środków, zaczynając od elastycznego czasu pracy, przez wprowadzenie „zdrowej żywności w stołówkach”, po zagwarantowanie dostępu do obiektów sportowych.
- Inicjatywa powinna pochodzić z „góry”, ale w działania należy zaangażować także „dół”. Po wprowadzeniu rekomendacji krajowych to jednostki samorządu terytorialnego: województwa, powiaty, ochrona zdrowia powinny zadbać o ich realizację. Bardzo ważne jest sprawdzanie wyników profilaktyki.
- W strategię należy zaangażować grupy i jednostki – w tym przypadku warto poszukać w społeczeństwie autorytetów i zwrócić się do organizacji pozarządowych. Potencjalni kandydaci to Kościół i sportowcy (kluby i organizacje sportowe).
- Biorąc pod uwagę, że niższy status społeczno-ekonomiczny statystycznie wiąże się z gorszymi zachowaniami zdrowotnymi, potrzebne jest zbudowanie specyficznej strategii edukacji zdrowotnej dostosowanej do możliwości i potrzeb tej grupy.
- Środowiska propagujące zdrowy styl życia (pracownicy ochrony zdrowia, nauczyciele, politycy) powinny być jego „żywym przykładem”.
- Rolą państwa jest stworzenie warunków, żeby głównymi aktorami promocji zdrowia stali się sami ludzie, natomiast rolą każdego z nas jest wzięcie odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Bibliografia

- [1] *Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling* [dokument elektroniczny] <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/> [dostęp: 20.10.2020].
- [2] Andersson P., Sjöberg R. L., Krysa M., Sidorowicz W., Öhrvik J., Leppert J., *Lags in behavioral change: a population based comparison of cardiovascular risk behavior in Poland and Sweden*, Central European Journal of Public Health, 2006, vol. 14, nr 2, s. 82-85. doi:10.21101/cejph.a3366
- [3] Andersson P., Sjöberg R. L., Öhrvik J., Leppert J., *Knowledge about cardiovascular risk factors among obese individuals*, European Journal of Cardiovascular Nursing, 2006, vol. 5, nr 4, s. 275-279. doi:10.1016/j.ejcnur-se.2006.02.005
- [4] Rosenblad A., Nilsson G., Leppert J., *Intelligence level in late adolescence is inversely associated with BMI change during 22 years of follow-up: results from the WICTORY study*, European Journal of Epidemiology, 2012, vol. 27, nr 8, s. 647-655. doi:10.1007/s10654-012-9713-7