



FAMILY HEALTH
A D V I S O R

RODZINNY DORADCA

ZDROWOTNY

**ANALIZA WARUNKÓW WDROŻENIA DZIAŁAŃ
RODZINNYCH DORADCÓW ZDROWOTNYCH
W SYSTEMACH WSPARCIA RODZIN
W KRAJACH PARTNERSKICH**

1



**Dofinansowane przez
Unię Europejską**

Dofinansowane ze środków UE. Wyrażone poglądy i opinie są jedynie opiniami autora lub autorów i niekoniecznie odzwierciedlają poglądy i opinie Unii Europejskiej lub Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji. Unia Europejska ani Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji nie ponoszą za nie odpowiedzialności.



Dokument powstał w ramach projektu „Family Health Advisor”

Numer projektu 2021-1-PL01-KA220-VET-000028101

Projekt realizowany w partnerstwie przez:



Niniejszy dokument jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0 Międzynarodowa. Pewne prawa są zastrzeżone przez: EDU Research Polska Sp. z o.o., Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, IFN Internationales Privatinstitut für Forschung und Netzwerkarbeit in Bildung, Beratung und Management in soziokulturellen Bereichen GmbH, FOM Hochschule für Oekonomie & Management GmbH gemeinnützige, SZÉCHENYI ISTVAN UNIVERSITY.

Treść może być dowolnie wykorzystywana, pod warunkiem zachowania niniejszej informacji o licencji oraz uznania poniższych podmiotów jako właścicieli praw do tekstu: EDU Research Polska Sp. z o.o., Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, IFN Internationales Privatinstitut für Forschung und Netzwerkarbeit in Bildung, Beratung und Management in soziokulturellen Bereichen GmbH, FOM Hochschule für Oekonomie & Management GmbH gemeinnützige, SZÉCHENYI ISTVAN UNIVERSITY.

Pełny tekst licencji dostępny jest pod adresem:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>





RODZINNY DORADCA ZDROWOTNY

ANALIZA WARUNKÓW WDROŻENIA DZIAŁAŃ RODZINNYCH DORADCÓW ZDROWOTNYCH W SYSTEMACH WSPARCIA RODZIN W KRAJACH PARTNERSKICH

Wprowadzenie

Niniejszy dokument przedstawia analizę warunków wdrożenia programu **Rodzinnych Doradców Zdrowotnych (Family Health Advisor, FHA)** w systemach wsparcia rodzin w krajach partnerskich, tj. w Polsce, Niemczech i na Węgrzech. Dokument powstał w ramach międzynarodowego projektu „Family Health Advisor” (2021-1-PL01-KA220-VET-000028101), którego celem jest opracowanie modelu wsparcia zdrowotnego dla rodzin, opierającego się na holistycznym podejściu do zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

Projekt koncentruje się na zwiększeniu dostępności wsparcia zdrowotnego dla rodzin poprzez wprowadzenie nowej roli **Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego (FHA)** – specjalisty łączącego funkcje profilaktyczne, edukacyjne i doradcze w zakresie zdrowia. FHA ma za zadanie wspierać rodziny w utrzymaniu i poprawie zdrowia oraz promować zdrowy styl życia, dostosowując wsparcie do potrzeb różnych grup wiekowych i społecznych.



Celem niniejszego opracowania jest:

- **Analiza istniejących rozwiązań i modeli wsparcia zdrowotnego** w krajach partnerskich.
- **Identyfikacja warunków prawnych, organizacyjnych i finansowych**, które muszą zostać spełnione w celu skutecznego wdrożenia modelu Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego.
- **Określenie kluczowych kompetencji i standardów szkoleniowych** dla przyszłych FHA, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeby interdyscyplinarnego podejścia do wsparcia rodzin.
- **Zidentyfikowanie barier i wyzwań** związanych z wdrażaniem tego modelu w różnych kontekstach narodowych i lokalnych.
- **Zaproponowanie rekomendacji i dobrych praktyk**, które mogą być użyteczne w procesie wdrażania programu w Polsce, Niemczech i na Węgrzech.

Każdy z krajów uczestniczących w projekcie posiada własne uwarunkowania systemowe, które mają wpływ na możliwości implementacji programu Rodzinnych Doradców Zdrowotnych. Dokument uwzględnia:

- **Polskę:** Skoncentrowano się na możliwościach wdrożenia FHA w ramach poradni psychologiczno-pedagogicznych, gminnych centrów zdrowia oraz programów profilaktycznych realizowanych przez samorządy.
- **Niemcy:** Analizowano doświadczenia z **Socjo-edukacyjnym Wsparciem Rodziny (SEFS)**, które pełni zbliżoną rolę do FHA, z uwzględnieniem współpracy z urzędami ds. opieki nad młodzieżą (Jugendamt).
- **Węgry:** Przeanalizowano istniejące modele wsparcia zdrowotnego w szkołach oraz programy promocji zdrowia, takie jak wsparcie pielęgniarek szkolnych i opieka środowiskowa.

Dokument zawiera:

1. **Analizę obecnych rozwiązań w krajach partnerskich:** Przedstawiono aktualnie funkcjonujące modele wsparcia zdrowotnego dla rodzin oraz istniejące programy profilaktyczne.
2. **Kryteria organizacyjne i prawne:** Opisano warunki formalno-prawne, jakie muszą zostać spełnione, by FHA mógł być skutecznie wdrożony.



3. **Standardy kompetencyjne i szkoleniowe:** Określono zakres wiedzy, umiejętności i kompetencji, jakie powinni posiadać Rodzinni Doradcy Zdrowotni, w tym propozycje modułów szkoleniowych.
4. **Analizę barier i wyzwań:** Zidentyfikowano najczęstsze trudności we wdrażaniu programu, takie jak ograniczenia finansowe, niedobór specjalistów oraz konieczność zmian w podejściu do współpracy międzysektorowej.
5. **Rekomendacje wdrożeniowe:** Przedstawiono propozycje etapowego wdrożenia programu FHA w Polsce, oparte na doświadczeniach międzynarodowych i wynikach przeprowadzonych badań.

Koncepcja FHA wynika z potrzeby kompleksowego wsparcia rodzin w obliczu rosnących wyzwań zdrowotnych i społecznych, takich jak:

- **Choroby cywilizacyjne:** Otyłość, cukrzyca, nadciśnienie.
- **Problemy zdrowia psychicznego:** Depresja, zaburzenia lękowe, stres w rodzinach.
- **Nierówności w dostępie do usług zdrowotnych:** Problemy środowisk defaworyzowanych, marginalizacja grup o niższym statusie społecznym.
- **Brak koordynacji usług wsparcia:** Luka pomiędzy systemami ochrony zdrowia, edukacji i pomocy społecznej.

Korzyści wynikające z wdrożenia FHA:

- **Zwiększenie dostępności profilaktyki zdrowotnej:** Wczesna interwencja i edukacja zdrowotna wśród rodzin.
- **Zintegrowane wsparcie dla rodzin:** Podejście obejmujące zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne.
- **Wzmocnienie kompetencji zdrowotnych:** Podnoszenie świadomości zdrowotnej w społecznościach lokalnych.
- **Lepsza współpraca międzysektorowa:** Integracja działań różnych podmiotów, takich jak placówki edukacyjne, służba zdrowia, pomoc społeczna i organizacje pozarządowe.

Celem dokumentu jest przedstawienie kompleksowej koncepcji wdrożenia modelu Rodzinnych Doradców Zdrowotnych w oparciu o doświadczenia międzynarodowe, a także



zapropowanie rozwiązań, które pozwolą na skuteczną implementację programu w Polsce. Wdrażanie FHA może znacząco przyczynić się do poprawy zdrowia publicznego, wzrostu jakości życia rodzin oraz efektywnego wsparcia systemowego w obszarze profilaktyki zdrowotnej.

Dokument ten stanowi narzędzie dla decydentów, samorządów lokalnych, instytucji zdrowotnych i edukacyjnych, a także organizacji pozarządowych, zainteresowanych wdrożeniem innowacyjnych rozwiązań w zakresie wsparcia zdrowia rodzin.

WĘGRY

SYTUACJA OBECNA

Analiza przeprowadzona na Węgrzech koncentruje się na regionie działania węgierskiego partnera projektowego. Wyniki i rekomendacje mogą zostać uogólnione i odnieść się do całego kraju.

Badania nad programem Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego zostały przeprowadzone w oparciu o obowiązujące regulacje miejskie oraz wywiady z profesjonalistami pracującymi w obszarze wsparcia zdrowia rodzin. Proces oraz system doradztwa zdrowotnego powinien opierać się na złożonej metodologii empirycznej, zapewniającej jasne i precyzyjne zrozumienie potrzeb społecznych oraz przypisanych im zadań. W Győr zidentyfikowano już kilka elementów systemu o zharmonizowanych funkcjach i spójnej strukturze, takich jak:

- Zastosowanie złożonego zestawu wskaźników zgodnie z zaleceniami WHO.
- Dynamiczna, długoterminowa analiza trendów na podstawie rozszerzonych szeregów czasowych (5-10 lat).
- Zakres pokrycia usług zdrowotnych.
- Najszersza możliwa interpretacja determinant zdrowia.
- Identyfikacja nierówności terytorialnych i społecznych oraz ich specyfiki.
- Wykorzystanie danych i informacji na poziomie dzielnic i sąsiedztw.
- Uwzględnienie konsekwencji pandemii COVID-19 oraz sytuacji uchodźców z Ukrainy.

Obszary docelowe programu Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego

Program Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego może szczególnie dobrze sprawdzać się w interwencjach dotyczących klasyfikacji chorób, problemów zdrowotnych o charakterze sku-



mulowanym oraz chorób wykazujących istotny wzrost zachorowalności. Na Węgrzech zaleca się wdrażanie elementów systemu w połączeniu z istniejącymi sieciami wsparcia, potencjalnie w ramach pilotażowego projektu, takiego jak ten w Győr.

Znaczenie opieki pielęgniarskiej nad dziećmi i zdrowia szkolnego:

Służby pielęgniarskie zajmujące się zdrowiem dzieci oraz działania związane ze zdrowiem szkolnym stanowią kluczowe elementy podstawowej opieki zdrowotnej i powinny być integralną częścią modelu wsparcia rodzinnego.

Zarówno służby pielęgniarskie dla dzieci, jak i szkolne usługi zdrowotne są integralną częścią podstawowej opieki zdrowotnej. W obowiązkach pielęgniarek priorytetem jest profilaktyka, wczesne wykrywanie chorób oraz promocja zdrowia. Ich działania obejmują opiekę nad dziećmi od urodzenia do wieku szkolnego, wspieranie dzieci w wieku szkolnym, które nie uczęszczają do szkoły, udział w opiece zdrowotnej w szkołach, opiekę nad kobietami w ciąży oraz przeprowadzanie różnych badań przesiewowych u kobiet. W 2022 roku w mieście Győr działało 58 pielęgniarek ds. ochrony dzieci, z czego 40 pracowało w lokalnym obszarze, a 18 pełniło funkcję pielęgniarek ds. ochrony młodzieży w szkołach.

Oprócz pielęgniarek w szkolnej opiece zdrowotnej uczestniczą także lekarze szkolni oraz pediatrzy ogólni, których głównym celem jest zapewnienie profilaktycznej i leczniczej opieki zdrowotnej dla uczniów, z naciskiem na profilaktykę, badania przesiewowe i monitorowanie stanu zdrowia dzieci. W 2022 roku w szkołach pracowało 24 pediatrów oraz 25 dentystów podstawowej opieki zdrowotnej.

Kształcenie zdrowotne i profilaktyka w edukacji

Placówki edukacyjne i szkoleniowe aktywnie angażują się w programy edukacji zdrowotnej, rozpoczynając działania już od wieku przedszkolnego. W strategii „Zdrowe Węgry 2014-2020” kompleksowa instytucjonalna i szkolna promocja zdrowia (CIHP) została wskazana jako priorytetowa funkcja. Wśród wielu jej zadań szczególnie wyróżniają się:

- promocja zdrowia,
- utrzymanie zdrowia,
- skuteczna profilaktyka chorób,
- kształtowanie prozdrowotnych zachowań i edukacja zdrowotna.



Działania obejmują zaspokajanie fizycznych potrzeb dziecka i wspieranie aktywności ruchowej, promowanie rozwoju skoordynowanych i harmonijnych ruchów, wspieranie rozwoju fizycznego, ochronę zdrowia, zachęcanie do zdrowego stylu życia, praktyki higieniczne (np. mycie zębów), profilaktykę chorób oraz kształtowanie prozdrowotnych nawyków. Ważnym elementem jest również współpraca z rodzicami w celu wspólnej promocji tych wartości.

Győr jest częścią programu „Zdrowe Miasta” oraz Biura Programu WHO Healthy Cities, będąc miastem projektowym od 1994 roku. W ostatnim okresie miasto przeznaczyło 8 milionów HUF na udział w tych programach.

Promocja zdrowia i przeciwdziałanie uzależnieniom

Istotnym elementem promocji zdrowia jest Miejskie Badanie Sytuacji Narkotykowej, ukończone w 2020 roku, które stanowiło podstawę do stworzenia nowej miejskiej strategii przeciwdziałania narkomanii oraz trzyletniego planu działania, opracowanych odpowiednio w latach 2020 i 2021.

Stowarzyszenie na rzecz Zdrowia Győr było również partnerem w tworzeniu Centrum Rodzinnego „Family Circle” prowadzonego przez Węgierską Maltęńską Służbę Pomocy. Centrum to oferuje programy rekreacyjne i promujące zdrowie dla rodzin z małymi dziećmi, dostarczając młodym członkom rodzin różnorodnych materiałów edukacyjnych, informacji i wiedzy. Jest to przykład istotnej roli, jaką odgrywają organizacje pozarządowe w promocji zdrowia i profilaktyce.

Chociaż lista organizacji pozarządowych nie jest wyczerpująca, warto podkreślić, że wiele z nich odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu świadomości zdrowotnej i zachowań prozdrowotnych. Angażują się one w ochronę zdrowia, promocję zdrowia i jego utrzymanie poprzez różne podejścia – działając zarówno we współpracy z państwem i samorządami lokalnymi, jak i tworząc własne, niezależne programy. W Győr liczba takich inicjatyw społecznych przekracza 20.

Obszary docelowe doradztwa dostosowanego do wieku

Najmłodsze pokolenia są najbardziej wrażliwe na wpływ zdrowych nawyków i doradztwa zdrowotnego. Dlatego program Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego (FHA) odgrywa kluczową rolę, ponieważ zakłada holistyczne podejście do doradztwa zdrowotnego. Na tym etapie życia stan zdrowia i rozwój niemowląt oraz małych dzieci w dużej mierze zależy od cech zdrowotnych ich rodziców oraz najbliższego środowiska społecznego.



Biorąc pod uwagę profesjonalne podstawy doradztwa w Győr, można stwierdzić, że usługi profilaktyczne i doradztwo prenatalne realizowane przez sieć pielęgniarek pediatrycznych są na wysokim poziomie. Praktyki związane z karmieniem piersią są odpowiednie, a nawet nadmiar mleka matki jest zbierany i przekazywany potrzebującym. Opieka nad niemowlętami i edukacja zdrowotna są bardzo skuteczne, z niewielkimi wyjątkami, głównie w społeczności romskiej, gdzie tradycyjne zwyczaje często stoją w sprzeczności z zaleceniami doradców zdrowotnych.

Problemy rodzinne często ujawniają się u niemowląt po ukończeniu pierwszego roku życia. Należą do nich wypalenie rodzicielskie oraz rosnąca liczba problemów psychologicznych u dorosłych, które mogą negatywnie wpływać na dobrostan całej rodziny. Dodatkowym wyzwaniem jest wczesne wprowadzanie mediów cyfrowych przy udziale rodziców, takich jak używanie urządzeń cyfrowych do uspokajania lub usypiania dziecka. Badania wykazały, że ta praktyka może negatywnie wpływać na rozwój mowy i motoryki, a także przeciążać wzrok i układ nerwowy dziecka.

Jeśli rozwój mowy lub motoryki u dziecka jest opóźniony, konieczne może być wdrożenie specjalistycznego wsparcia rozwojowego oraz skierowanie do poradni edukacyjnej. W wieku przedszkolnym mogą pojawić się oznaki opóźnień w rozwoju motoryki, problemy z motoryką małą, otyłość, siedzący tryb życia oraz zaburzenia koncentracji. Program Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego może odegrać kluczową rolę w zapobieganiu tym problemom poprzez edukację rodziców i wczesną interwencję.

Dzieciństwo jako priorytetowy obszar przyszłych interwencji profilaktycznych w zakresie zdrowia
Dzieci w wieku szkolnym wykazują obecnie mniejszą częstość występowania niektórych grup chorób, takich jak choroby układu oddechowego, w tym astma. Niemniej jednak odnotowano statystyczne pogorszenie w tej dziedzinie. Z kolei wzrasta liczba problemów ortopedycznych, w tym skoliozy, której przypadki zwiększyły się o 30%. Coraz więcej uczniów wymaga również fizjoterapii z powodu wad postawy, płaskostopia, nadwagi lub ogólnego nieprawidłowego ułożenia ciała.

Wzrost ten częściowo wynika z lepszej kontroli i skuteczniejszych badań przesiewowych. Wzmocnione monitorowanie zdrowia i dokładniejsze metody diagnostyczne przyczyniają się do wykrywania większej liczby przypadków. Oznacza to, że rosnące statystyki nie są jedynie efektem niezdrowego, siedzącego trybu życia, ale także poprawy w zakresie profilaktyki i diagnostyki.

W przypadku otyłości statystyki są bardziej jednoznaczne i od lat dostarczają dowodów na wzrost tego problemu. Otyłość wśród dzieci rośnie, a w niektórych przypadkach osiąga skrajne



poziomy – 5% dzieci w szkołach podstawowych ma wskaźnik masy ciała (BMI) wynoszący nawet 31.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Choroby psychiczne zaczynają dominować u dzieci od około 12. roku życia i ich częstość występowania stale rośnie. Skuteczna profilaktyka wymagałaby dobrze skoordynowanych programów, szczególnie w formie doradztwa rodzinnego, gdzie Rodzinny Doradca Zdrowotny (FHA) mógłby odegrać kluczową rolę.

Zaburzenia tożsamości płciowej

Odnotowano również zauważalny wzrost zaburzeń związanych z tożsamością płciową, w tym zjawisko określane jako „chłopczykowatość” dziewcząt. Problem ten jest szczególnie widoczny w grupie wiekowej 12-14 lat i często objawia się poprzez trendy modowe oraz alternatywne style życia. Zarówno nauczyciele, jak i rodzice często nie posiadają odpowiedniej wiedzy, jak reagować w takich sytuacjach. W związku z tym konieczne jest, aby rodzice i placówki edukacyjne byli informowani o tych zjawiskach, rozumieli je oraz wspierali postawy akceptacji.

Rodzinny Doradca Zdrowotny powinien odgrywać znaczącą rolę w przeciwdziałaniu tym wyzwaniom poprzez edukację i wsparcie rodzin.

Cukrzyca i alergie pokarmowe

Liczba przypadków cukrzycy u dzieci również rośnie. Choć dzieci z cukrzycą mogą dziś prowadzić pełne życie, kluczowe pozostaje regularne wsparcie, edukacja i doradztwo zarówno dla dzieci, jak i ich rodziców. Rodzinny Doradca Zdrowotny mógłby być nieocenionym wsparciem w zakresie edukacji dotyczącej radzenia sobie z tą chorobą, a także w zarządzaniu rosnącą liczbą przypadków alergii pokarmowych.

Agresja i przemoc rówieśnicza

Agresja i przemoc wśród rówieśników, zwłaszcza w szkołach, stały się w ostatniej dekadzie coraz powszechniejszym zjawiskiem społecznym na Węgrzech, w tym również w Győr. Warto jednak zauważyć, że istnieją różnice między poszczególnymi dzielnicami – na przykład tereny podmiejskie oraz osiedla z większą ilością terenów zielonych odnotowują mniejszą częstotliwość takich zachowań w porównaniu do rejonów o niższym statusie społecznym.



Jednakże formy agresji przenoszące się do Internetu i na media społecznościowe nie są już zależne od lokalizacji geograficznej – dotyczą wszystkich grup społecznych w podobnym stopniu. W tym obszarze Rodziny Doradca Zdrowotny również mógłby odegrać istotną rolę poprzez edukację w zakresie przeciwdziałania cyberprzemocy.

Problemy ze wzrokiem i uzależnienia od technologii

Problemy ze wzrokiem, częściowo spowodowane nadmiernym używaniem urządzeń cyfrowych, również znacząco wzrosły. Chociaż w ostatnich latach odnotowano pozytywny wpływ kampanii profilaktycznych na ograniczenie palenia tytoniu i używania narkotyków, wzrosła liczba przypadków uzależnień od technologii – w tym nadmiernego korzystania z telefonów komórkowych, mediów społecznościowych oraz napojów energetycznych.

Wśród uczniów szkół podstawowych, pomimo spadku częstotliwości palenia tytoniu, odsetek eksperymentujących z alkoholem pozostaje wysoki – wynosi aż 86% w grupie dzieci w wieku 12-13 lat.

Uzależnienia wśród młodzieży

Do najczęściej występujących form uzależnień wśród dzieci i młodzieży należą:

- a. Uzależnienie od smartfonów i mediów społecznościowych.
- b. Nadużywanie napojów energetycznych, które może być powiązane ze wzrostem przypadków nadciśnienia u młodzieży.

Relacje międzypokoleniowe i rola doradców zdrowotnych

Młodzież jest obecnie socjalizowana w ramach instytucjonalnych systemów (żłobki, szkoły), które oferują ograniczone możliwości czerpania z doświadczeń starszych pokoleń. Ponadto, zmieniły się tradycyjne relacje między dziadkami a wnukami, co zaburzyło klasyczne role społeczne.

Jednak ożywienie tych relacji w zaplanowany i wspierający sposób – poprzez ukierunkowane programy społecznościowe – mogłoby poprawić działania w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki. Wzajemne interakcje między starszymi a młodszymi pokoleniami mogą wzbogacić doświadczenia osób starszych, umożliwiając im bardziej znaczące kontakty z młodzieżą, a jednocześnie poszerzyć horyzonty młodszych osób.

Zorganizowany program Rodziny Doradców Zdrowotnych mógłby wzmocnić działania profilaktyczne i zdrowotne, koncentrując się na wsparciu zarówno dzieci, jak i ich rodzin.



Cztery kluczowe warunki sukcesu wdrożenia programu Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego (FHA):

1. Zapewnienie odpowiedniego wsparcia finansowego i planowania zgodnie z istniejącym systemem opieki zdrowotnej.
2. Zaspokojenie potrzeb zawodowych i spełnienie kryteriów kompetencyjnych.
3. Zapewnienie odpowiedniego szkolenia oraz wystarczającej liczby dostępnych specjalistów.
4. Przeprowadzenie rzetelnych ocen oraz zdefiniowanie jasnych celów i obszarów wsparcia zdrowotnego.

Potencjalne wyzwania związane z wdrożeniem programu Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego:

- 1 Ograniczenia finansowe dotyczące istniejącej podstawowej opieki zdrowotnej, w tym finansowania sieci pracowników ochrony zdrowia.
- 2 Niedobór specjalistów w wielu sektorach ochrony zdrowia.
- 3 Brak zapotrzebowania w niektórych gminach lub problemy wynikające z obowiązku zapewnienia opieki zdrowotnej.
- 4 Konieczność dostosowania organizacji i struktury systemu do istniejących elementów opieki zdrowotnej (np. sieci pielęgniarek, pediatrów, lekarzy ogólnych), które mogą różnić się w zależności od społeczności, a czasem nawet od regionu.

W związku z tymi warunkami i wyzwaniami stworzenie mapy zdrowotnej i określenie trendów stanowi podstawę do planowania. Kolejna sekcja przedstawia charakterystykę zdrowotną i jej kontekst społeczny jako wsparcie dla procesu planowania.

Doradztwo rodzinne, zdrowotne i zdrowia rodzinnego w istniejących modelach edukacji zawodowej – ścieżki profesjonalizacji, ścieżki edukacyjne, warunki i wymagania

Obszary problemowe

Usługi zdrowotne w Győr są dostępne, jednak występuje niedobór specjalistów w niektórych zawodach, takich jak pielęgniarki i pracownicy socjalni. Choć braki te mogą być tymczasowo kompenso- wane zatrudnianiem osób bez pełnych kwalifikacji, dotyczy to głównie sektora opieki społecznej, a nie medycznej.

W wielu przypadkach problemem nie jest brak dostępności usług, lecz niedostateczna motywacja niektórych grup społecznych do korzystania z porad i wsparcia. Szczególnie wśród



najbardziej marginalizowanych grup społecznych, takich jak społeczność romska, zaangażowanie w usługi zdrowotne i społeczne jest ograniczone. Problemy te obejmują również sytuacje związane z bezdomnością, a także różnice kulturowe. Przykładem mogą być zwyczaje społeczności romskiej, które mogą utrudniać przyjęcie porad zdrowotnych, zwłaszcza jeśli dotyczą one praktyk stojących w sprzeczności z tradycjami, np. karmienia niemowląt czy zasad edukacji dzieci.

Populacje defaworyzowane:

Analizowano dostęp społeczności romskiej do usług zdrowotnych i społecznych, bazując głównie na wywiadach z profesjonalistami pracującymi w tym obszarze. Wiele osób żyjących w skrajnej biedzie, w tym przedstawiciele społeczności romskiej, napotyka poważne bariery w dostępie do badań przesiewowych i programów doradczych. W przypadku doradztwa domowego, osoby te zwykle szukają wsparcia tylko u osób, którym ufają.

Program rehabilitacyjny Újváros przeprowadził kilka badań przesiewowych, z których skorzystała część osób defaworyzowanych, w tym Romowie, po serii działań podnoszących świadomość. Eksperci wskazują jednak, że stan zdrowia społeczności romskiej jest znacząco poniżej średniej, a wielu jej członków nie posiada podstawowej wiedzy dotyczącej zdrowia i potrzebuje wsparcia niemal we wszystkich obszarach. Ich wiedza na temat higieny i żywienia często nie spełnia minimalnych standardów, co wpływa na zdrowie zarówno dorosłych, jak i dzieci, w tym noworodków.

Na przykład, wywiady z pielęgniarkami wskazywały, że tradycyjne praktyki społeczności romskiej często stoją w sprzeczności z aktualnymi zaleceniami dietetycznymi, co utrudnia przekonywanie rodzin do eliminacji alergizujących produktów z diety niemowląt.

Dodatkowo, motywowanie osób żyjących w skrajnej biedzie, w tym członków społeczności romskiej, do przyjmowania zdrowszego stylu życia, napotyka trudności. Wiele osób uważa, że zdrowe odżywianie jest dla nich finansowo nieosiągalne, mimo że jednocześnie wydają pieniądze na używki, takie jak papierosy, alkohol czy narkotyki.

Pielęgniarki i pracownicy socjalni podzielili się również swoimi doświadczeniami z terenu, wskazując na dwa niepokojące zjawiska:

1. Spadek bezpieczeństwa publicznego.
2. Wzrost użycia narkotyków w dzielnicy Újváros.



Zgłoszono liczne przypadki publicznego handlu narkotykami w biały dzień, często na oczach mieszkańców. Pomimo zgłaszania tych sytuacji policji, odpowiedź organów ścigania była niewystarczająca. Zarówno przedstawiciele sektora zdrowia, jak i opieki społecznej zwracali uwagę na wyzwania wynikające z napływu uchodźców z Ukrainy, które zwiększyły obciążenie usług wsparcia. Zwracano również uwagę na trudności wynikające z pandemii COVID-19, takie jak brak przestrzegania zaleceń wśród Romów i innych grup marginalizowanych, co wymagało dodatkowych działań edukacyjnych i interwencyjnych.

Dodatkowym problemem jest analfabetyzm wśród niektórych członków społeczności romskiej, co dodatkowo komplikowało sytuację w czasie pandemii COVID-19. Obsługa administracji online i komunikacji mailowej była dla nich często niemożliwa, co zwiększyło presję na pracowników terenowych.

Aby wdrożyć wspólną koncepcję programu Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego (FHA), konieczne było zebranie informacji o zadaniach realizowanych na poziomie miejskim oraz zasobach dostępnych w instytucjach, w tym organizacjach pozarządowych. W tym obszarze współpraca pomiędzy sektorem zdrowia a opieką społeczną odgrywa kluczową rolę, ponieważ oba te sektory są wzajemnie zależne, zwłaszcza w odniesieniu do najbardziej wrażliwych grup wiekowych: dzieci i osób starszych.

Promocja zdrowia powinna stanowić integralną część każdej interwencji, a system wsparcia powinien być świadomie i strukturalnie rozwijany w oparciu o wzajemnie powiązane elementy. Wymiary zdrowia – ciało, umysł i duch – muszą być traktowane jako triada, której znaczenie podkreślane jest od najwcześniejszych lat życia i kontynuowane przez całe życie. System Rodzinnych Doradców Zdrowotnych może odegrać kluczową rolę prewencyjną i profilaktyczną w tym zakresie.

Zdrowie psychiczne jest jednym z najważniejszych zagadnień podkreślanych niemal we wszystkich badaniach, wywiadach z ekspertami oraz analizach problematycznych obszarów. Powinno ono zostać potraktowane priorytetowo w działaniach zdrowotnych. W tym kontekście istotnym celem powinna być popularyzacja technik zarządzania stresem, rozwiązywania konfliktów i metod relaksacyjnych wśród uczniów, nauczycieli oraz rodzin.

Równie istotne jest wspieranie profesjonalistów pracujących z młodzieżą poprzez:

- szkolenia,
- konferencje,
- materiały metodyczne,



**Dofinansowane przez
Unię Europejską**

Dofinansowane ze środków UE. Wyrażone poglądy i opinie są jedynie opiniami autora lub autorów i niekoniecznie odzwierciedlają poglądy i opinie Unii Europejskiej lub Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji. Unia Europejska ani Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji nie ponoszą za nie odpowiedzialności.

- publikacje,
- promowanie dobrych praktyk,
- wymianę doświadczeń,
- superwizje.

Inicjatywa FHA realizowana w kilku krajach może stanowić doskonałą podstawę do rozwoju tych działań.

Jednym z najpoważniejszych ograniczeń dla skuteczności tych systemów i osiągnięcia ich celów jest brak odpowiednich kompetencji zawodowych, co zostało podkreślone w obecnych badaniach. Problem ten jest szczególnie widoczny w obszarze psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej oraz leczenia uzależnień, gdzie przeciążenie systemu prowadzi do osłabienia relacji zawodowych i efektywności wsparcia. Pracownicy społeczni i edukacyjni zgłaszają, że dzieci wymagające specjalistycznego leczenia często nie otrzymują go na czas. W przypadkach, gdy pomoc zostaje udzielona, brakuje mechanizmów informacji zwrotnej dotyczącej działań, które mogłyby pomóc w pełnej reintegracji dziecka. Brak przejrzystości procesów zawodowych pomiędzy różnymi systemami wsparcia utrudnia ich ogólną skuteczność.

Zgodnie z opinią respondentów, istnieje duże zapotrzebowanie na programy profilaktyczne oraz badania przesiewowe. Jednak planowanie i śledzenie ścieżek pacjentów często okazuje się trudne lub nieprzejrzyste, co skutkuje tym, że wielu pacjentów nie uczestniczy w badaniach lub nie otrzymuje pomocy na czas. W tym kontekście programy badań przesiewowych skierowane do kobiet wydają się bardziej rozwinięte w porównaniu z programami skierowanymi do mężczyzn, pomimo wysokiej zachorowalności i śmiertelności w niektórych grupach chorób wśród mężczyzn. Dodatkowo niektóre choroby są badane jedynie w przypadku rodzinnej historii chorób. Doświadczenia wskazują, że chociaż zwiększenie liczby programów przesiewowych byłoby korzystne, istnieje brak dostatecznej wiedzy i świadomości zdrowotnej w społeczeństwie, a zmiany w zachowaniach zdrowotnych nie osiągają oczekiwanych rezultatów. Uzupełnienie istniejących programów o wsparcie Rodzinnych Doradców Zdrowotnych (FHA) mogłoby stanowić doskonałą okazję do skuteczniejszego rozpowszechniania informacji, co jest kluczowym elementem działań profilaktycznych.

Poprawa zdrowia mężczyzn jest kluczowym zagadnieniem, które mogłoby zostać rozwiązane poprzez programy badań przesiewowych opracowane przez rząd, dodatkowo wspierane



przez usługi doradcze. Większą uwagę należy również poświęcić grupom defaworyzowanym, marginalizowanym oraz mniejszościom, które często doświadczają mniej korzystnych warunków życia i wyższych wskaźników zachorowalności. Istotne jest, aby w inicjatywach przesiewowych uwzględnić również osoby w kryzysie bezdomności.

Innym rozwiązaniem mogłoby być zaangażowanie szerszego zakresu dostawców usług, w tym prywatnych placówek medycznych, centrów fitness, obiektów sportowych i rekreacyjnych, a także instytucji edukacyjnych i kulturalnych w działania promujące zdrowie.

Współpraca specjalistów zdrowia szkolnego i opieki społecznej – takich jak lekarze szkolni, pediatrzy, pielęgniarki, psychologowie szkolni oraz pracownicy socjalni – w połączeniu z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi i pozaszkolnymi usługami opiekuńczymi może znacząco zwiększyć skuteczność profilaktyki zdrowotnej.

Rozwój kompetencji zdrowotnych i świadomych postaw prozdrowotnych we wszystkich grupach wiekowych i sytuacjach życiowych, obejmujących dzieci, dorosłych, osoby starsze, osoby o ograniczonej mobilności oraz osoby z niepełnosprawnościami lub specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SEN), wymaga znacznego postępu. Dlatego kluczowym zadaniem jest zapewnienie skutecznej komunikacji zdrowotnej, programów dotyczących zdrowego stylu życia oraz kampanii badań przesiewowych wraz z ich szerokim rozpowszechnieniem. Rodzinny Doradca Zdrowotny (FHA) mógłby odegrać kluczową rolę w tych działaniach, a jego przydatność w tym kontekście jest niepodważalna.

Dodatkowym celem jest opracowanie systemu opieki umożliwiającego dorosłym osobom z niepełnosprawnościami pozostanie pod opieką swoich starszych rodziców, w podobny sposób, jak rodzice opiekują się chorymi dziećmi. Taki system może funkcjonować skutecznie jedynie przy zapewnieniu stałego wsparcia ze strony specjalistów, co czyni rolę Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego istotnym elementem tego modelu.

Promowanie aktywnego, zdrowego stylu życia, sportu masowego oraz zdrowych nawyków żywieniowych to priorytetowe obszary działań doradczych, ponieważ te czynniki mogą znacząco przyczynić się do zapobiegania chorobom i ich unikania. Wynika z tego jasno, że specjaliści dostrzegają konieczność wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej poprzez większy nacisk na działania profilaktyczne oraz leczenie.



Zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w działania profilaktyczne byłoby znaczącym krokiem naprzód, co sprawia, że rozwój systemu doradztwa zdrowotnego dla rodzin staje się zarówno sensowny, jak i korzystny.

Wdrożenie programu Rodzinnych Doradców Zdrowotnych (FHA) mogłoby poprawić, rozszerzyć i pogłębić istniejące opcje opieki zdrowotnej dla wszystkich grup wiekowych na różnych etapach życia. Dzięki doradztwu i wsparciu w zakresie profilaktyki oraz specjalistycznej wiedzy możliwe byłoby zwiększenie liczby lat przeżytych w dobrym zdrowiu, a w przypadku osób z istniejącymi schorzeniami – poprawa szans na powrót do zdrowia lub utrzymanie stabilnego stanu zdrowia.

Główne wyzwania obejmują zapewnienie dostępności wykwalifikowanych specjalistów oraz zabezpieczenie odpowiedniego finansowania. Jednak korzyści długoterminowe, takie jak zmniejszenie liczby poważnych chorób dzięki środkom profilaktycznym oraz pozytywne zmiany w ogólnym stanie zdrowia społeczeństwa, czynią wdrożenie tego modelu niezwykle wartościowym.

Niemcy

SYTUACJA OBECNA

W Republice Federalnej Niemiec „Socjo-edukacyjne wsparcie rodziny” (SEFS) to usługa, która wyrażnie pokrywa się z zakresem wsparcia oferowanego przez Rodzinnego Doradcę Zdrowotnego. Jest to standardowa usługa w ramach systemu opieki nad młodzieżą, prawnie uregulowana w § 31 SGB VIII: „Socjo-edukacyjne wsparcie rodziny ma na celu wspieranie rodzin w ich zadaniach wychowawczych radzeniu sobie z codziennymi problemami, rozwiązywaniu konfliktów i kryzysów oraz w kontaktach z urzędami i instytucjami poprzez intensywną opiekę i wsparcie, a także pomoc w samodzielnym radzeniu sobie. Zazwyczaj jest zaplanowane jako działanie długoterminowe i wymaga współpracy rodziny”.

Promocja zdrowia dzieci, młodzieży oraz rodziców stanowi jedno z możliwych pól doradztwa, obok wsparcia w kwestiach wychowawczych, społecznych i ekonomicznych. W tym kontekście rola Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego w zakresie grup docelowych i zakresu działań pokrywa się z usługami SEFS.



Oprócz SEFS, strategie prewencyjne realizowane przez samorządy stanowią podstawę do inicjowania i koordynowania działań na rzecz promocji zdrowia i aktywnego uczestnictwa dzieci i młodzieży w życiu społecznym. W mieście Essen strategia ta została wdrożona pod przewodnictwem Urzędu ds. Opieki nad Młodzieżą, przy współudziale wydziału edukacji, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, Departamentu Zdrowia, JobCentre oraz innych interesariuszy. W ramach strategii prewencyjnej powołano różne role doradcze i zainicjowano projekty, które opisano poniżej.

Jednym z przykładów wdrożenia roli doradczej zbliżonej do Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego jest projekt „Doradca Zdrowotny”, który został przedstawiony podczas wizyty w organizacji Condrops e. V. w trakcie LTT. Projekt ten jest realizowany w ramach współpracy między BAGNÄ e. V., Condrops e. V., prop e. V. oraz AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG w ramach inicjatywy PLUS Health Initiative Hepatitis C w Monachium.

W ramach projektu nawiązano również współpracę z lokalnym oddziałem Stowarzyszenia Ochrony Dzieci (Kinderschutzbund), które oferuje różnorodne usługi w zakresie promocji zdrowia i doradztwa dla rodzin, dzieci i młodzieży.

Socjo-edukacyjne wsparcie rodziny (SEFS) to forma pomocy środowiskowej, zorientowanej na zasoby, skierowana do różnych typów rodzin (np. rodziny patchworkowe, rodziny z jednym rodzicem). Oprócz bezpośredniego systemu rodzinnego, w proces doradczy włączane są również inne istotne środowiska, takie jak szkoła, przyjaciele, służby socjalne itp.

Specjaliści SEFS stosują szeroki wachlarz metod, takich jak podejścia systemowe i terapia rodzin (Wolf, 2023). Jednak w przeciwieństwie do modelu Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego (FHA), zadania te są odróżnione od typowo terapeutycznej pracy. Główne działania SEFS koncentrują się na praktycznym wsparciu w codziennym funkcjonowaniu oraz pomocy zintegrowanej z codziennym życiem rodzinnym.

Koncepcja SEFS obejmuje trzy główne fazy:

- Faza wstępna: Poznanie się i nawiązanie relacji roboczej, podczas której formułowane są cele klienta.
- Faza intensywna: Proces doradczy ukierunkowany na osiągnięcie wspólnie ustalonych celów.
- Faza końcowa: Stopniowe wycofywanie wsparcia (Demski, 2023).



Usługa SEFS jest zazwyczaj dobrowolna, jednak w przypadkach, gdy stwierdzone zostanie zagrożenie dla dobra dziecka, mogą zostać wydane zalecenia zobowiązujące rodzinę do skorzystania z tego wsparcia.

Usługi zdrowotne Kinderschutzbund (Stowarzyszenia Ochrony Dzieci) są zwykle skierowane do rodzin, dzieci i młodzieży. Przykłady projektów:

- "Zdrowy Start – Profilaktyka w Środowiskach Życia": Projekt oferujący doradztwo dla kobiet w ciąży i młodych rodzin, realizowany we współpracy z pediatrami, ginekologami, służbami społecznymi oraz ośrodkami wsparcia w zakresie uzależnień.
- "Interdyscyplinarne Centrum Wczesnej Interwencji": Wspiera dzieci z opóźnieniami rozwojowymi oraz dzieci z grup społecznie defaworyzowanych, oferując terapię zajęciową, logopedię, fizjoterapię i terapię pedagogiczną.
- Centra lernHÄUSER: Oferują wsparcie edukacyjne dla dzieci i młodzieży, w tym w zakresie edukacji zdrowotnej, oraz doradztwo dla rodzin.

Według jednego z respondentów, większość beneficjentów usług Kinderschutzbund stanowią rodziny ze środowisk o niższym statusie społecznym.

Organizacja i finansowanie Socjo-edukacyjnego Wsparcia Rodziny (SEFS) odbywa się za pośrednictwem odpowiednich urzędów ds. opieki nad młodzieżą (Jugendamt). Koszty usług opieki nad dziećmi i młodzieżą są w dużej mierze pokrywane przez budżety gmin (około 70%), częściowo przez kraje związkowe (poniżej 30%) i w niewielkim stopniu przez budżet federalny (por. Wiesner, 2018, s. 166).

Projekty i działania realizowane w ramach strategii prewencyjnej są finansowane zarówno ze środków państwowych, jak i federalnych, a także budżetów gminnych. Przykładem jest program „kinderstark – NRW schafft Chancen”, którego finansowanie zapewnia rząd krajowy Nadrenii Północnej-Westfalii.

W przypadku miasta Essen, dodatkowe środki finansowe pozyskiwane są z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) oraz fundacji prywatnych. Projekty są realizowane głównie przez niezależne organizacje zajmujące się opieką nad młodzieżą.

Projekt "Doradca Zdrowotny" w Monachium otrzymuje wsparcie finansowe od prywatnej firmy (Abvie Deutschland GmbH & Co. KG).



Działania Kinderschutzbund są w dużej mierze finansowane z darowizn (w przypadku działań związanych ze zdrowiem, np. przez kasy chorych). Dodatkowo, finansowanie na poziomie federalnym, regionalnym i lokalnym pochodzi ze składek członkowskich, dotacji publicznych oraz środków uzyskanych z kar zasądzonych w postępowaniach karnych.

Socjo-edukacyjne wsparcie rodziny (SEFS) to ugruntowana koncepcja, przy czym zapotrzebowanie na wsparcie rodzin z problemami stale rośnie (Messmer et al., 2019). Mimo rosnącej liczby przypadków, istnieje stosunkowo niewiele danych dotyczących skuteczności i konkretnych procedur działania. Zgodnie z Messmerem i wsp. (2019) nadal występuje rozbieżność między założeniami a realizacją. Chociaż badania wskazują na pewną skuteczność systemu SEFS (zob. Rücker i in., 2010; Messmer i in., 2019), w 2023 roku jedynie 62,8% udzielonego wsparcia zostało zakończone zgodnie z planem pomocy (Fendrich i in., 2023, s. 74).

Koncepcja przewodników porodowych cieszy się wysokim poziomem akceptacji wśród młodych rodzin (Berger i in., 2023). Jeden z pracowników Urzędu ds. Opieki nad Młodzieżą poinformował, że 97% rodzin uczestniczy w systematycznej ocenie potrzeb wsparcia w szpitalach położniczych.

Roczny raport z monachijskiego projektu Family Advisor pokazuje, że usługi wsparcia były bardzo dobrze odbierane przez osoby używające substancji psychoaktywnych i stały się istotnym elementem opieki medycznej dla tych pacjentów. W 2022 roku przeprowadzono 1374 sesje doradcze i medycyjnne. Jednak ze względu na braki kadrowe, nie wszystkie zgłoszenia o wsparcie mogły zostać zrealizowane (Condrobs, 2023).

Centra lernHÄUSER prowadzone przez Kinderschutzbund funkcjonują od prawie 25 lat. Zapotrzebowanie na usługi, szczególnie w obszarze promocji zdrowia, pozostaje bardzo wysokie. Jednak według jednego z respondentów, potrzeby te nie mogą być w pełni zaspokojone z powodów kadrowych i finansowych.

Zgodnie z danymi Federalnego Ministerstwa ds. Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021), tradycyjna ścieżka prowadząca do pracy jako asystent rodziny w kontekście SEFS obejmuje ukończenie (specjalistycznych) studiów wyższych z zakresu pedagogiki społecznej, pracy socjalnej, nauk społecznych lub pedagogiki ogólnej.

Ponadto, oprócz formalnej edukacji akademickiej, istotnym elementem przygotowania zawodowego w pracy z rodzinami są dodatkowe kwalifikacje doradcze, takie jak szkolenia z zakresu doradztwa systemowego (Conen, 2023).



Wspomniane powyżej Federalne Ministerstwo ds. Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży wskazuje, że potrzeby w zakresie doradztwa rodzinnego są bardzo złożone, a środowiskowe wsparcie rodzin ma ogromny potencjał. Jednak zaznacza również, że w przeciwieństwie do innych krajów, w Niemczech przeprowadzono do tej pory stosunkowo niewiele badań dotyczących kwalifikacji zawodowych specjalistów ds. wsparcia rodzin (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021).

Z kolei badanie przeprowadzone przez Austriacki Instytut Badań nad Rodziną na Uniwersytecie Wiedeńskim na temat finansowanego doradztwa rodzinnego podkreśla, że oprócz formalnego wykształcenia akademickiego, kluczowe znaczenie dla profesjonalizacji specjalistów ma:

- Samopoznanie i autorefleksja
- Regularna interwizja i superwizja pracy zawodowej (Kapella i in., 2022).

Ponadto w badaniu wskazano, że szerokie spektrum interwencji ukierunkowanych na zasoby i rozwiązania stanowi istotny element kwalifikacyjny doradców (Kapella i in., 2022). Wnioski te są zbieżne z założeniami programu szkoleniowego Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego (FHA).

Edukacja akademicka jest oferowana przez uniwersytety, publiczne uczelnie zawodowe (Fachhochschulen) oraz uczelnie prywatne. Kształcenie wyższe odbywa się zarówno na poziomie licencjackim, jak i magisterskim, zgodnie z Europejskimi Ramami Kwalifikacji (odpowiednio poziom 6 i 7). Na przykład w 2023 roku 88,8% studentów kierunków pracy socjalnej było zapisanych na studia licencjackie, a 9,7% na studia magisterskie (Meyer & Braches-Chyrek, 2023).

Warto zauważyć, że w ostatnich latach wzrosła przepuszczalność pomiędzy szkołami zawodowymi kształcącymi pedagogów wczesnodziecięcych a uczelniami wyższymi – efektem tego jest możliwość uznawania części pracy wykonanej w szkołach zawodowych w ramach studiów akademickich (Fuchs Rechlin & Rauschenbach, 2018).

Dynamiczny rozwój w ostatnich latach dotyczy również prywatnych uczelni, które oferują coraz więcej specjalizacji w dziedzinie pracy socjalnej i pedagogiki społecznej. W 2023 roku ponad 25% studentów pracy socjalnej studiowało na uczelniach prywatnych (Meyer & Braches-Chyrek, 2023). Często oferują one specjalizacje dostosowane do określonych obszarów praktyki zawodowej.

Dodatkowe kwalifikacje podnoszące kompetencje doradcze są często oferowane przez prywatne instytuty szkoleniowe (np. kursy doskonalące z zakresu doradztwa systemowego). W podnoszenie standardów kształcenia w tym zakresie angażują się również organizacje branżowe, takie jak:

- Systemische Gesellschaft (Towarzystwo Systemowe)



**Dofinansowane przez
Unię Europejską**

Dofinansowane ze środków UE. Wyrażone poglądy i opinie są jedynie opiniami autora lub autorów i niekoniecznie odzwierciedlają poglądy i opinie Unii Europejskiej lub Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji. Unia Europejska ani Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji nie ponoszą za nie odpowiedzialności.

- Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching (Niemieckie Towarzystwo Superwizji i Coachingu).

Organizacje te ustanowiły standardy wymagane do uzyskania określonych kwalifikacji doradczych, obejmujące:

- Zajęcia teoretyczne i metodyczne
- Samopoznanie
- Superwizję i interwizję
- Udział w praktykach i dokumentowanej pracy doradczej
- Samodzielną pracę oraz studia literaturowe.

W niektórych przypadkach kursy te są już zintegrowane z programami uniwersyteckimi lub oferowane jako certyfikowane kursy pozastudenckie, które mogą być akredytowane zgodnie z wymaganiami powyższych stowarzyszeń.

Z uwagi na powyższe wnioski, rozwój kompetencji doradczych poprzez szeroki zakres metod, podejść interwencyjnych oraz profesjonalnie nadzorowane samopoznanie odgrywa kluczową rolę w efektywnej pracy doradczej. Dlatego te elementy powinny zostać włączone do programu szkoleniowego Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego (FHA).

Szkolenie akademickie dla specjalistów w dziedzinie doradztwa rodzinnego jest oferowane zarówno przez publiczne uniwersytety i szkoły wyższe, jak i przez państwowo uznane uczelnie prywatne.

Większość finansowania publicznych uniwersytetów pochodzi ze środków publicznych. Uczelnie prywatne są zazwyczaj finansowane z czesnego opłacanego przez studentów. Uniwersytety prowadzone przez instytucje kościelne są finansowane częściowo ze środków publicznych, a częściowo przez organizacje kościelne.

Kursy doskonalące (np. z zakresu doradztwa systemowego) organizowane przez prywatne instytucje szkoleniowe są zazwyczaj finansowane przez uczestników. Jednak w niektórych przypadkach wsparcie finansowe zapewniają pracodawcy, np. organizacje zajmujące się opieką nad młodzieżą.

Zgodnie z badaniami Fuchs-Rechlin i Rauschenbach (2018), w Niemczech można zaobserwować trend w kierunku profesjonalizacji kwalifikacji specjalistów zajmujących się opieką nad dziećmi i młodzieżą.

- W niemieckich centrach doradczych odsetek pracowników z wykształceniem akademickim wynosi 76%,



- W urzędach ds. opieki nad młodzieżą (Jugendamt) – 73% (Fuchs-Rechlin & Rauschenbach, 2018).
- W Austrii odsetek doradców rodzinnych posiadających dyplom uniwersytecki lub wyższej szkoły zawodowej wynosi 88,1% (Kapella i in., 2022).

Kształcenie pedagogiczne na poziomie uniwersyteckim w ostatnich latach uległo istotnym zmianom (Fuchs-Rechlin & Rauschenbach, 2018). Zmiany te obejmują:

- Różnicowanie programów studiów pedagogicznych ze względu na specjalizacje tematyczne i treściowe.
- Wprowadzenie programów o profilu zarówno ogólnym, jak i bardziej specjalistycznym.
- Przykłady obejmują:
- Utworzenie nowych kierunków studiów z zakresu edukacji wczesnodziecięcej i pedagogiki dziecięcej,
- Rozwój kierunków w obszarze psychologii zdrowia.

Według Fuchs-Rechlin i Rauschenbach (2018), długoterminowe skutki jakościowe wynikające z rozwoju nowych kierunków studiów nie są jeszcze w pełni przewidywalne. Autorzy zauważają, że dotychczas dobrze ugruntowana grupa zawodowa obecnie ulega horyzontalnym przesunięciom (między programami o różnej treści) oraz wertykalnym (między poziomami kwalifikacji).

Zmiany te, dotyczące klasyfikacji poziomów edukacyjnych, są również przedmiotem dyskusji w kontekście niemieckich i europejskich ram kwalifikacji (German and European Qualifications Framework).

MOŻLIWOŚCI I WARUNKI WDROŻENIA

Z kluczowych wniosków płynących z warsztatów i wywiadów wynika, że zarówno niezależne organizacje zajmujące się opieką nad młodzieżą, jak i urzędy ds. opieki nad młodzieżą (Jugendamt) dostrzegają znaczącą potrzebę wprowadzenia roli Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego (FHA). Mimo że w obszarze promocji zdrowia istnieje wiele ofert, są one skierowane do konkretnych grup docelowych. Wprowadzenie osoby odpowiedzialnej za wsparcie zdrowotne na każdym etapie życia rodziny byłoby pożądane. Wdrożenie roli Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego pozwoliłoby zaspokoić potrzebę niskoprogowej usługi doradczej.



Propozycja opracowana na podstawie rozmów z ekspertami podczas warsztatów i wywiadów zakłada powiązanie roli Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego z urzędem ds. opieki nad młodzieżą, w sposób porównywalny do specjalistów SEFS (Socjo-edukacyjnego Wsparcia Rodziny). Urząd ds. opieki nad młodzieżą pełni centralną rolę w realizacji działań z zakresu opieki nad dziećmi i młodzieżą, dostarczając struktury i zasoby umożliwiające długoterminową integrację roli FHA w lokalnej strategii prewencyjnej.

Jak opisano powyżej, SEFS jako zinstytucjonalizowana usługa wsparcia rodzin wykazuje wyraźne podobieństwa z koncepcją Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki. Ponadto urząd ds. opieki nad młodzieżą realizuje liczne projekty i inicjatywy związane z doradstwem dla rodzin w obszarze zdrowia.

Urząd ten jest również powiązany sieciowo z innymi podmiotami, takimi jak niezależne organizacje opieki nad młodzieżą, i koordynuje część ich działań. Te istniejące struktury mogą i powinny być wykorzystane przy wdrażaniu roli Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego.

Jednakże eksperci podkreślają, że powiązanie FHA z urzędem ds. opieki nad młodzieżą powinno różnić się od struktury SEFS. Choć proponuje się, by doradcy FHA byli finansowani przez urząd ds. opieki nad młodzieżą i organizacyjnie z nim powiązani, konieczne jest zachowanie wyraźnego rozdziału między SEFS a FHA.

Głównym argumentem za tym rozdzieleniem jest możliwość stygmatyzacji klientów, ponieważ SEFS w niektórych przypadkach obejmuje działania interwencyjne, takie jak odbieranie dzieci z rodzin w sytuacji zagrożenia ich dobra. Z tego względu zaleca się również unikanie powiązania FHA z pracą społeczną w dzielnicach.

Ponadto pozycjonowanie roli Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego powinno różnić się od SEFS także w zakresie komunikacji i terminologii, aby zapobiec obawom klientów przed kontaktem z doradcą zdrowotnym.

Jednocześnie przynajmniej część czasu pracy FHA powinna być poświęcona na działalność w instytucjach mających bezpośredni kontakt z potencjalnymi klientami. Według jednego z przedstawicieli urzędu ds. opieki nad młodzieżą, takie podejście byłoby możliwe w modelu pilotażowym podobnym do usług świadczonych w klinikach położniczych. W tym przypadku finansowanie pochodzi z urzędu ds. opieki nad młodzieżą, ale specjaliści pracują bezpośrednio w placówkach medycznych



i są tam formalnie zatrudnieni. Dzięki temu rola doradcy zdrowotnego jest zakorzeniona bezpośrednio w systemie opieki zdrowotnej (zob. również Berger et al., 2023).

Eksperti zwracają również uwagę na doświadczenia z istniejących koncepcji profilaktycznych, takich jak "kinderstark – NRW schafft Chancen", gdzie specjaliści doradcy pracują przynajmniej częściowo w praktycznych placówkach, co ułatwia dostęp do rodzin i zmniejsza obawy związane z korzystaniem z pomocy.

Elastyczność i współpraca z różnymi placówkami praktycznymi powinna być także zapewniona poprzez możliwość zgłaszania zapotrzebowania na doradcę FHA w razie potrzeby. Przedstawiciele niezależnych organizacji opiekuńczych zaangażowanych w projekt podkreślają, że doraźne zaangażowanie FHA zwiększyłoby jakość i trwałość ich działań.

Takie podejście jest uważane za efektywne przez różne podmioty, m.in.:

- Stowarzyszenie Ochrony Dzieci (Kinderschutzbund),
- Centrum Doradztwa dla Migrantów,
- Centrum Doradztwa Zdrowotnego Condrobs e.V.,
- Program "Szkoła 2000",
- Przedstawiciele szkół.

Oprócz codziennego zaangażowania, wdrożenie FHA mogłoby również odbywać się w formie zewnętrznych dyżurów doradczych w odpowiednich placówkach.

W ramach projektu zarówno dyskusje podczas wydarzenia multiplikacyjnego, jak i przeprowadzone wywiady wykazały, że szkoła podstawowa może odgrywać kluczową rolę we wdrażaniu Rodzinnych Doradców Zdrowotnych (FHA). Zwrócono uwagę na szczególny moment rozwojowy, ponieważ szkoła podstawowa jest obowiązkowa dla wszystkich dzieci, niezależnie od ich statusu społecznego.

Wychowawcy klasowi towarzyszą uczniom przez większość tygodnia i zwykle dobrze znają dzieci, także w kontekście zdrowia i środowiska społecznego (np. odpowiednie ubranie dostosowane do pory roku, zdrowe przekąski na przerwy, urazy itp.). Szkolni pracownicy socjalni oraz pracownicy świetlic całonocnych również zostali wskazani jako kluczowi uczestnicy systemu, którzy mogą wcześniej rozpoznawać potrzebę wsparcia. Powinni oni zostać poinformowani o usługach Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego (FHA) w ramach działań szkoleniowych, aby w razie potrzeby mogli skutecznie włączyć go do systemu wsparcia.



Innym zaproponowanym rozwiązaniem przez urząd ds. opieki nad młodzieżą (Jugendamt) jest powiązanie Rodzinnych Doradców Zdrowotnych z pracą sąsiedzką lub zarządzaniem społecznościami lokalnymi, gdzie istnieje intensywna współpraca z lokalnymi stowarzyszeniami i instytucjami zajmującymi się wsparciem młodzieży.

W odniesieniu do kształcenia akademickiego FHA zaproponowano ścieżkę edukacyjną podobną do tej, którą przechodzą asystenci rodzin SEFS (Socjo-edukacyjne Wsparcie Rodziny). Obejmuje to ukończenie studiów licencjackich lub magisterskich z zakresu:

- Pedagogiki społecznej,
- Pracy socjalnej,
- Nauk społecznych,
- Nauk o edukacji (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021).

Ze względu na specyfikę promocji zdrowia, również dyplom z psychologii zdrowia lub psychologii ogólnej może być odpowiedni do objęcia tej roli.

Dodatkowe moduły obowiązkowe (z wymaganymi certyfikatami) zgodnie z programem szkoleniowym FHA:

- Podstawy i zaawansowana wiedza medyczna,
- Nauki o żywieniu,
- Podstawy profilaktyki i rehabilitacji,
- Działania zorientowane na różne fazy życia w pracy socjalnej,
- Metody i interwencje w doradztwie (systemowym).

Jak opisano powyżej, koncepcja Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego (FHA) powinna być organizowana przez urzędy ds. opieki nad młodzieżą (Jugendamt) we współpracy z niezależnymi instytucjami zajmującymi się opieką nad młodzieżą.

Finansowanie roli Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego jest postrzegane przez zaangażowane podmioty jako kluczowy czynnik krytyczny dla wdrożenia tej roli. Wiele projektów prowadzonych przez niezależne organizacje jest finansowanych z:

- Darowizn,
- Środków zewnętrznych (fundacje, granty),
- Wybranych dotacji publicznych.



Z tego powodu, mimo osiągniętych sukcesów, projekty te często nie mogą być realizowane w długoterminowej perspektywie. Aby stworzyć trwałą strukturę wsparcia, należy dążyć do stałego finansowania z budżetu:

- Rządu federalnego,
- Krajów związkowych,
- Władz lokalnych.

Aby wprowadzić rolę Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego (FHA), eksperci sugerują rozpoczęcie od dwu- lub trzyletniego okresu wdrożeniowego. Proces planowania i wdrażania tego etapu powinien obejmować:

- Urzędy ds. opieki nad młodzieżą
- Samorządy lokalne
- Przedstawiciele placówek oświatowych (szkoły i przedszkola)
- Pracowników służby zdrowia

Dla miasta Essen zaleca się włączenie do procesu grupy sterującej programu krajowego "kinderstark – NRW schafft Chancen", w której uczestniczą przedstawiciele:

- Departamentu zdrowia,
- Placówek praktycznych,
- Szkół i przedszkoli.
- Finansowanie fazy pilotażowej:
- Fundusze zewnętrzne: np. fundacje non-profit, takie jak Fundacja Alfrieda Kruppa von Bohlen und Halbach.
- Środki na ewaluację projektu również powinny pochodzić z funduszy zewnętrznych.

Pozytywna ewaluacja pilotażu:

- Urząd ds. opieki nad młodzieżą w Essen uznaje, że po pozytywnej ewaluacji istnieje realna szansa na przejście do stałego finansowania oraz włączenie FHA do długoterminowej strategii prewencyjnej.



- W kontekście prawnym pożądane byłoby również uregulowanie roli Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego w przepisach prawa, na wzór:
- § 35a SGB VIII – Wsparcie integracyjne dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami psychicznymi lub zagrożeniem ich wystąpienia.
- § 31 SGB VIII – Socjo-edukacyjne wsparcie rodziny (SEFS).
- Finansowanie:
 - Eksperci wskazują kwestie finansowe jako główną barierę.
 - Choć opisano możliwe źródła finansowania, w wywiadach zwrócono uwagę na pogarszającą się sytuację finansową samorządów.
 - Wzrost wydatków społecznych, kadrowych oraz zaległości inwestycyjne utrudniają wprowadzenie nowych programów.
- Postrzeganie urzędu ds. opieki nad młodzieżą:
 - Niektóre grupy odbiorców przejawiają krytyczny stosunek do Jugendamtu, obawiając się stygmatyzacji.
 - Urząd ds. opieki nad młodzieżą często kojarzy się z działaniami interwencyjnymi (np. odbieranie dzieci w sytuacjach zagrożenia).
 - W celu uniknięcia stygmatyzacji, zaleca się wyraźne rozgraniczenie ról FHA i SEFS zarówno w strukturach organizacyjnych, jak i w komunikacji z klientami.
- Zbyt wysokie progi dostępności usług:
 - Zbyt skomplikowane procedury zgłaszania się do wsparcia (np. w SEFS) mogą zniechęcać klientów.
 - FHA powinien być zaprojektowany jako usługa niskoprogowa, łatwo dostępna dla rodzin.
 - Ułatwieniem byłoby powiązanie FHA z placówkami praktycznymi, np. szkołami i przedszkolami.



- Izolacja działań:
 - Chociaż w wielu przypadkach istnieje już sieć współpracy między organizacjami wspierającymi rodziny a urzędami ds. opieki nad młodzieżą, wyniki badań wskazują, że konieczne jest zintensyfikowanie współpracy w celu ugruntowania roli FHA w systemie wsparcia rodzin.

Polska

SYTUACJA OBECNA

W Polsce występuje znacząca potrzeba poprawy systemu wsparcia zdrowotnego dla rodzin, wynikająca z rosnących wyzwań zdrowotnych oraz społecznych. Współczesne problemy zdrowotne, takie jak choroby cywilizacyjne (otyłość, cukrzyca, nadciśnienie), problemy zdrowia psychicznego (depresja, lęki) oraz ograniczony dostęp do zintegrowanej opieki profilaktycznej, wymagają innowacyjnych i kompleksowych rozwiązań.

Obecny system wsparcia zdrowotnego i społecznego w Polsce koncentruje się głównie na reaktywnej opiece zdrowotnej, z ograniczonym naciskiem na profilaktykę i wsparcie psychospołeczne na poziomie rodzinnym. Brakuje również mechanizmów koordynacji działań międzysektorowych, co utrudnia efektywne reagowanie na złożone potrzeby rodzin.

Model **Family Health Advisor (FHA)**, oferuje nowoczesne podejście oparte na holistycznym wsparciu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Wdrożenie FHA w Polsce może odpowiedzieć na kluczowe potrzeby systemu, takie jak:

- **Wczesna profilaktyka zdrowotna:** Ograniczenie ryzyka chorób przewlekłych poprzez wczesne interwencje zdrowotne i edukację.
- **Wsparcie psychologiczne i edukacyjne:** Oferowanie narzędzi i zasobów dla rodzin w celu poprawy zdrowia psychicznego i umiejętności radzenia sobie ze stresem.
- **Integracja działań międzysektorowych:** Łączenie działań służby zdrowia, edukacji oraz pomocy społecznej, co umożliwia całościowe podejście do wsparcia rodziny.
- **Poprawa dostępności wsparcia zdrowotnego:** FHA może działać na poziomie społeczności lokalnych, eliminując bariery w dostępie do usług zdrowotnych i profilaktycznych.



Potrzeba wdrożenia FHA w Polsce wynika również z dążenia do wyrównania szans zdrowotnych w różnych grupach społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz osób starszych i z niepełnosprawnościami. W Polsce istnieje potrzeba usprawnienia systemu wsparcia zdrowotnego dla rodzin, szczególnie w zakresie profilaktyki zdrowotnej, edukacji zdrowotnej oraz wczesnej interwencji. Model **Family Health Advisor (FHA)** może odegrać kluczową rolę w uzupełnieniu obecnego systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej poprzez zapewnienie holistycznego wsparcia w obszarach zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

Rozwiązania funkcjonujące w Polsce

W Polsce istnieje kilka inicjatyw i programów, które realizują podobne cele co model Family Health Advisor (FHA), jednak często są one ograniczone do określonych obszarów działalności lub grup docelowych:

- **Medycyna Szkolna i Pielęgniarki Szkolne:**
 - Realizują działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej i edukacji zdrowotnej w placówkach edukacyjnych.
 - Zakres wsparcia jest jednak ograniczony głównie do zdrowia fizycznego dzieci i młodzieży, z pominięciem aspektów psychospołecznych oraz pracy z rodzinami.
- **Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne:**
 - Oferują wsparcie diagnostyczne i terapeutyczne dla dzieci i rodzin.
 - Koncentrują się głównie na problemach edukacyjnych i psychologicznych, bez uwzględnienia holistycznej opieki zdrowotnej.
- **Programy Położnych Rodzinnych:**
 - Realizują działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej i wsparcia okołoporodowego.
 - Skupiają się głównie na opiece nad kobietami w ciąży i noworodkami, bez szerszego wsparcia zdrowotnego dla całych rodzin.
- **Programy Wczesnej Interwencji:**
 - Realizowane przez ośrodki wczesnej interwencji oraz specjalistyczne poradnie zdrowotne.



- Skierowane do dzieci z niepełnosprawnościami i ich rodzin, z ograniczoną dostępnością dla pozostałych grup społecznych.
- **Programy Gminnych Centrów Zdrowia:**
 - Lokalne inicjatywy wprowadzane w niektórych gminach, oferujące profilaktykę zdrowotną i działania edukacyjne.
 - Nie mają jednolitego standardu działania i ograniczają się do wybranych regionów.

MOŻLIWOŚCI I WARUNKI WDROŻENIA

Model FHA w Polsce powinien koncentrować się na:

- **Zapewnieniu kompleksowego wsparcia zdrowotnego:** Obejmuje wsparcie w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, dostosowane do indywidualnych potrzeb rodzin.
- **Wczesnej profilaktyce zdrowotnej:** Promowanie zdrowego stylu życia oraz wczesne rozpoznawanie zagrożeń zdrowotnych.
- **Edukacji zdrowotnej:** Podnoszenie świadomości zdrowotnej poprzez kampanie informacyjne, warsztaty i szkolenia.
- **Wzmocnieniu współpracy międzysektorowej:** Integracja działań służby zdrowia, pomocy społecznej, edukacji oraz organizacji pozarządowych.
- Kluczowe obszary działania:
- **Edukacja zdrowotna:** FHA organizuje warsztaty edukacyjne w szkołach, poradniach oraz centrach zdrowia, promując zdrowy styl życia, w tym zdrową dietę, aktywność fizyczną i zarządzanie stresem.
- **Poradnictwo zdrowotne:** Doradcy zdrowotni przeprowadzają indywidualne konsultacje zdrowotne, pomagając rodzinom w planowaniu działań profilaktycznych oraz w zarządzaniu chorobami przewlekłymi.
- **Wsparcie psychologiczne:** FHA wspiera rodziny w sytuacjach kryzysowych, oferując pomoc psychologiczną i terapeutyczną, a także prowadząc programy radzenia sobie ze stresem.
- **Profilaktyka chorób przewlekłych:** FHA angażuje się w działania prewencyjne, takie jak monitoring stanu zdrowia, konsultacje dietetyczne oraz promowanie aktywności fizycznej, aby zmniejszyć ryzyko chorób cywilizacyjnych.



Docelowe grupy wsparcia:

- **Rodziny z dziećmi w wieku przedszkolnym i szkolnym:** Priorytetem są działania profilaktyczne oraz edukacja zdrowotna dzieci i ich opiekunów.
- **Osoby starsze:** FHA może wspierać seniorów poprzez programy profilaktyczne, zajęcia ruchowe oraz wsparcie w dostępie do opieki zdrowotnej.
- **Osoby z niepełnosprawnościami:** Doradcy zdrowotni oferują wsparcie w zakresie dostosowania środowiska domowego, opieki zdrowotnej oraz wsparcia psychicznego dla rodzin z osobami z niepełnosprawnościami.

Struktura organizacyjna i współpraca:

- **Partnerzy kluczowi:**
 - Poradnie psychologiczno-pedagogiczne – jako centralne punkty wsparcia edukacyjno-zdrowotnego.
 - Placówki ochrony zdrowia (POZ, pielęgniarki szkolne, lekarze rodzinni) – realizacja działań profilaktycznych i diagnostycznych.
 - Organizacje pozarządowe – wsparcie w zakresie profilaktyki zdrowotnej i działań społecznych.
 - Samorządy lokalne – zapewnienie środków finansowych i integracja działań w społecznościach lokalnych.
- **Model finansowania:**
 - Środki publiczne z budżetu państwa i samorządów lokalnych.
 - Fundusze europejskie (np. programy edukacji zdrowotnej).
 - Współpraca z prywatnymi sponsorami i fundacjami.
 - Możliwość włączenia działań w ramach kontraktów z NFZ.

Kwalifikacje i szkolenie FHA

- Wykształcenie wyższe z zakresu zdrowia publicznego, pedagogiki zdrowia, pracy socjalnej.
- **Specjalistyczne szkolenia FHA zgodne z modelem projektu:**
 - Wywiad motywujący (Motivational Interviewing).



**Dofinansowane przez
Unię Europejską**

Dofinansowane ze środków UE. Wyrażone poglądy i opinie są jedynie opiniami autora lub autorów i niekoniecznie odzwierciedlają poglądy i opinie Unii Europejskiej lub Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji. Unia Europejska ani Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji nie ponoszą za nie odpowiedzialności.

- Klasyfikacja ICF (International Classification of Functioning).
- Techniki interwencji kryzysowej.
- Praca z rodzinami w kryzysie i techniki terapeutyczne.
- **Studia podyplomowe:**
 - Program studiów podyplomowych dla doradców zdrowotnych realizowany w formie modułowej, obejmujący zajęcia teoretyczne, praktyczne oraz superwizję.

Kluczowe etapy wdrożenia

1. Etap przygotowawczy:

- **Analiza potrzeb lokalnych:** Przeprowadzenie wstępnej analizy stanu zdrowia populacji, dostępnych zasobów i potrzeb lokalnych w zakresie wsparcia zdrowotnego rodzin.
- **Zaangażowanie kluczowych interesariuszy:** Konsultacje z przedstawicielami sektora zdrowia, pomocy społecznej, edukacji, samorządów i organizacji pozarządowych.
- **Stworzenie planu działania:** Opracowanie szczegółowego planu wdrożenia obejmującego harmonogram, zakres działań i kluczowe wskaźniki sukcesu.
- **Rekrutacja i szkolenie doradców zdrowotnych:** Organizacja pierwszej edycji szkolenia i certyfikacji dla doradców zgodnie z modelem FHA.

2. Etap pilotażowy:

- **Wybór regionów pilotażowych:** Realizacja pilotażu w wybranych poradniach psychologiczno-pedagogicznych i placówkach ochrony zdrowia.
- **Testowanie narzędzi i metod:** Wdrożenie narzędzi diagnostycznych, edukacyjnych i coachingowych opracowanych w ramach modelu FHA.
- **Przeprowadzenie pierwszych konsultacji rodzinnych:** Doradcy zdrowotni rozpoczną współpracę z rodzinami, dostarczając wsparcia profilaktycznego i edukacyjnego.
- **Monitorowanie i dokumentacja:** Gromadzenie danych na temat efektywności działań, liczby obsłużonych rodzin, jakości interwencji oraz postępów zdrowotnych.



3. Etap ewaluacji:

- **Ocena efektów pilotażu:** Analiza danych zgromadzonych w trakcie etapu pilotażowego w tym:
 - Skuteczność wsparcia zdrowotnego (np. poprawa nawyków zdrowotnych rodzin)
 - Ocena satysfakcji uczestników.
 - Efektywność pracy doradców zdrowotnych.
- **Weryfikacja narzędzi i metod:** Ocena skuteczności wykorzystywanych narzędzi i ewentualna modyfikacja podejścia.
- **Raport podsumowujący:** Opracowanie raportu końcowego z rekomendacjami na temat dalszych działań.

4. Etap skalowania:

- **Rozszerzenie programu:** Stopniowe wdrażanie programu FHA w kolejnych regionach kraju na podstawie wyników pilotażu.
- **Szkolenia i certyfikacja kolejnych doradców:** Organizacja kolejnych edycji szkoleń, także w formie studiów podyplomowych.
- **Integracja z systemem zdrowia:** Włączenie FHA do systemu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz usług samorządowych.
- **Standaryzacja i uregulowania prawne:** Wprowadzenie standardów krajowych określających rolę, kompetencje i metody pracy FHA.

5. Etap długoterminowego utrzymania:

- **Monitoring i kontrola jakości:** Stałe monitorowanie wyników programu poprzez okresowe raporty i audyty.
- **Doskonalenie kompetencji FHA:** Organizacja szkoleń doskonalących i superwizji dla doradców.
- **Ewaluacja długoterminowa:** Przeprowadzanie regularnych badań skuteczności działań FHA w dłuższym okresie.



- **Stabilność finansowa:** Zapewnienie trwałości finansowej programu poprzez finansowanie z budżetu państwa, samorządów i funduszy europejskich.

Wyzwania i bariery wdrożenia

- **Brak stabilnego finansowania:**
 - Konieczność pozyskania stałych źródeł finansowania z budżetu państwa, samorządów oraz funduszy europejskich.
 - Ryzyko niestabilności w długoterminowym finansowaniu projektów zdrowotnych, co może wpłynąć na kontynuację działań po zakończeniu pilotażu.
 - Konieczność opracowania modelu współfinansowania z udziałem sektora prywatnego i organizacji pozarządowych.
- **Ograniczona liczba specjalistów:**
 - Niedostateczna liczba wykwalifikowanych doradców zdrowotnych.
 - Konieczność stworzenia kompleksowego systemu szkoleń i studiów podyplomowych przygotowujących do roli FHA.
 - Trudności w rekrutacji personelu w mniejszych ośrodkach i obszarach wiejskich.
- **Niska świadomość zdrowotna:**
- Brak wystarczającej wiedzy w społeczeństwie na temat znaczenia profilaktyki zdrowotnej i roli doradców zdrowotnych.
- Konieczność prowadzenia ogólnopolskich kampanii edukacyjnych promujących zdrowy styl życia i rolę FHA. Ograniczona gotowość rodzin do długoterminowego zaangażowania w programy zdrowotne.
- **Brak jednoznacznych regulacji prawnych:**
 - Brak formalnej definicji roli FHA w systemie prawnym.
 - Konieczność wprowadzenia regulacji określających standardy pracy, kwalifikacje oraz zakres kompetencji FHA.
 - Potrzeba integracji działań FHA z istniejącymi przepisami dotyczącymi ochrony zdrowia i pomocy społecznej.



- **Trudności w koordynacji międzysektorowej:**

- Wyzwania związane z efektywną współpracą między sektorem zdrowia, edukacji i pomocy społecznej.
- Ryzyko powielania kompetencji i zadań między różnymi instytucjami.
- Konieczność powołania koordynatora działań FHA na poziomie regionalnym lub ogólnokrajowym.

- **Brak stabilnego finansowania:** Konieczność pozyskania stałych środków publicznych.

- **Ograniczona liczba specjalistów:** Potrzeba szkolenia nowych kadr.

- **Niska świadomość zdrowotna:** Konieczność realizacji kampanii społecznych.

Rekomendacje

- Wprowadzenie pilotażowych projektów w wybranych regionach z różnorodnym profilem społecznym.
- Stworzenie ogólnopolskiej bazy danych doradców zdrowotnych.
- Wprowadzenie prawnych regulacji definiujących rolę FHA w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Model Family Health Advisor może odegrać kluczową rolę w profilaktyce zdrowotnej oraz wsparciu rodzin w Polsce. Aby skutecznie go wdrożyć, konieczne jest stworzenie kompleksowego systemu współpracy międzysektorowej oraz zapewnienie stabilnych źródeł finansowania. Sukces wdrożenia w Niemczech i na Węgrzech wskazuje, że odpowiednio dostosowany model może być skuteczny również w polskich realiach.



Podsumowanie

Powyższy dokument dotyczący możliwości wdrożenia modelu **Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego (FHA)** w Polsce, Niemczech i na Węgrzech dostarcza kompleksowych informacji dotyczących koncepcji, uwarunkowań organizacyjnych oraz wyzwań związanych z implementacją tego innowacyjnego modelu wsparcia zdrowotnego dla rodzin.

Kluczowe wnioski:

1. **Potrzeba wdrożenia FHA:**

Analiza wskazuje na wyraźną potrzebę wdrożenia FHA jako odpowiedzi na aktualne wyzwania zdrowotne i społeczne. Rosnące wskaźniki chorób cywilizacyjnych, problemy zdrowia psychicznego i ograniczony dostęp do skoordynowanych usług zdrowotnych wskazują na konieczność rozwoju profilaktyki i wczesnej interwencji.

2. **FHA jako uzupełnienie istniejących rozwiązań:**

W krajach partnerskich istnieją już częściowe rozwiązania wspierające zdrowie rodzin, takie jak **Socjo-edukacyjne Wsparcie Rodziny (SEFS)** w Niemczech, pielęgniarki środowiskowe na Węgrzech oraz poradnie psychologiczno-pedagogiczne w Polsce. Model FHA mógłby uzupełniać te działania poprzez bardziej holistyczne podejście do zdrowia, łącząc wsparcie fizyczne, psychiczne i społeczne.

3. **Kontekst prawny i organizacyjny:**

Skuteczne wdrożenie FHA wymaga:

- Wprowadzenia rozwiązań prawnych regulujących rolę FHA w systemie zdrowia i opieki społecznej.
- Jasnych zasad finansowania (zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym).
- Współpracy międzysektorowej obejmującej edukację, zdrowie i pomoc społeczną.

4. **Standardy kompetencyjne i szkoleniowe:**

Wdrożenie FHA wymaga przygotowania odpowiednich standardów szkoleniowych, obejmujących:



- Wiedzę z zakresu zdrowia publicznego, psychologii zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.
- Umiejętności pracy z rodzinami, w tym poradnictwa motywacyjnego, komunikacji oraz technik interwencji kryzysowej.
- Znajomość narzędzi takich jak klasyfikacja ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia).

5. Bariery i wyzwania:

Kluczowe bariery we wdrożeniu programu obejmują:

- Brak stabilnych źródeł finansowania.
- Niedobór wykwalifikowanych specjalistów.
- Ograniczona świadomość społeczna dotycząca profilaktyki zdrowotnej.
- Obawy przed stygmatyzacją rodzin wynikające z powiązania roli FHA z urzędami ds. opieki nad rodziną.

Rekomendacje i dalsze kroki:

• **Pilotażowy program wdrożeniowy:**

Zaleca się przeprowadzenie **programów pilotażowych** w wybranych regionach, pozwalających na przetestowanie modelu FHA w praktyce, z uwzględnieniem lokalnych potrzeb i zasobów.

• **Finansowanie mieszane:**

Model finansowania powinien opierać się na:

- Środkach publicznych (budżet państwa, fundusze samorządowe).
- Funduszach europejskich.
- Partnerstwach z organizacjami pozarządowymi i prywatnymi fundacjami.

• **Szkolenia i certyfikacja:**

Wdrożenie jednolitych standardów szkoleniowych oraz uruchomienie **studiów podyplomowych** dla FHA, zapewniających jednolitą jakość usług zdrowotnych.

• **Zintegrowane podejście:**

FHA powinien działać w ścisłej współpracy z istniejącymi strukturami opieki zdrowotnej, edukacyjnej i społecznej, aby zapewnić kompleksowe wsparcie rodzinom.



Model Rodzinnego Doradcy Zdrowotnego (FHA) może znacząco podnieść jakość wsparcia zdrowotnego dla rodzin w Polsce, Niemczech i na Węgrzech. Skuteczne wdrożenie wymaga jednak odpowiedniego przygotowania prawnego, organizacyjnego i finansowego. Uwzględnienie wniosków płynących z tego dokumentu, w połączeniu z doświadczeniami międzynarodowymi, może przyczynić się do zwiększenia efektywności systemu ochrony zdrowia oraz poprawy jakości życia rodzin w krajach partnerskich.

