

INHEAL METHODOLOGY



INHEAL

A PRACTICAL GUIDE ON HOW TO IMPROVE HEALTH LITERACY



The project is co-financed by the Governments of Czechia, Hungary, Poland and Slovakia through Visegrad Grants from International Visegrad Fund. The mission of the fund is to advance ideas for sustainable regional cooperation in Central Europe.

• Visegrad Fund



The project is co-financed by the Governments of Czechia, Hungary, Poland and Slovakia through Visegrad Grants from International Visegrad Fund. The mission of the fund is to advance ideas for sustainable regional cooperation in Central Europe.

LISTA SKRÓTÓW

WPROWADZENIE

1

INHEAL – Innowacja w Kompetencjach Zdrowotnych Error! Bookmark not defined.

Metodologia INHEAL..... Error! Bookmark not defined.

I. CZYM SĄ KOMPETENCJE ZDROWOTNE I KOMPETENCJE E-ZDROWOTNE: ZNANE FAKTY

1. Kompetencje zdrowotne – informacje ogólne..... **Error! Bookmark not defined.**

1.1 Zrozumienie kompetencji zdrowotnych: Definicje i modele**Error! Bookmark not defined.**

1.2 Kompetencje zdrowotne a zdrowie publiczne: wpływ na jednostki i społeczności7

2. Cyfrowe kompetencje zdrowotne – informacje ogólne..... **Error! Bookmark not defined.**

2.1 Definicja i elementy składowe zdrowia cyfrowego.....**Error! Bookmark not defined.**

2.2 Pomiar kompetencji e-zdrowotnych.....9

3. Starzejącą się populacją a kompetencje zdrowotne – zależności.....14

II. DOSKONALENIE KOMPETENCJI ZDROWOTNYCH U STARSZYCH DOROSŁYCH: ZESTAW NARZĘDZI

1. Obszary promocji zdrowia, ochrony zdrowia i zapobiegania chorobom – podstawowe pojęcia 19

1.1 REPUBLIKA CZESKA.....19

1.2 WĘGRY **Error! Bookmark not defined.**

1.3 POLSKA **Error! Bookmark not defined.**

1.4 SŁOWACJA **Error! Bookmark not defined.**

2. Dokonywanie właściwych wyborów dla zdrowego stylu życia – oficjalne zalecenia**Error! Bookmark not defined.**

2.1 Odpowiednie odżywianie i nawyki żywieniowe: odżywianie zbilansowane pod względem jakościowym i ilościowym **Error! Bookmark not defined.**

2.2 Zapobieganie urazom – zwiększone ryzyko upadków i zatruc w wieku starszym**Error! Bookmark not defined.**

2.3 Spożywanie alkoholu i nikotyny **Error! Bookmark not defined.**

2.4 Zdrowie psychiczne – depresja i demencja.....42

2.5 Korzystanie z informacji publikowanych w mediach: Jak poprawić dostęp, zrozumienie, ocenę i stosowanie informacji żeby zapobiegać chorobom i ryzyku?.. **Error! Bookmark not defined.**

3. Zalecenia i wskazówki dotyczące bezpieczeństwa Error! Bookmark not defined.

**III. PRACA ZE STARSZYMI DOROSŁYMI: ZALECENIA I PRZYKŁADY NAJLEPSZYCH PRAKTYK
DLA ROZWIJANIA KOMPETENCJI ZDROWOTNYCH**

1. Wzmacnianie systemów i organizacji (uniwersytety trzeciego wieku, domy opieki), aby poprawić ich kompetencje zdrowotne	49
2. Włączenie kompetencji zdrowotnych do kształcenia dorosłych: zestaw narzędzi praktycznych.....	50
2.2 Stosowanie technik komunikacji	52
2.3 Problemy wpływające na kompetencje zdrowotne u starszych dorosłych (CDC, 2021).....	55
3. Wdrażanie programów edukacyjnych i działań związanych z promocją zdrowia, ochroną zdrowia i profilaktyką chorób osób starszych.....	Error! Bookmark not defined.
3.1 Example/Case study: "The Understanding Campaign", Poland.	56

Lista skrótów

CZ: Republika Czeska

eHEALS: Skala Kompetencji e-Zdrowotnych

UE: Unia Europejska.

GP: Lekarz rodzinny

ICT: Technologie informatyczne i telekomunikacyjne

HU: Węgry

HL: Kompetencje zdrowotne

HL-DIGI: Skala mierząca umiejętność poszukiwania informacji zdrowotnych w sieci

HLS-EU: Europejskie Badanie Kompetencji Zdrowotnych

HLSQ-EU: Kwestionariusz Europejskiego Badania Kompetencji Zdrowotnych

PL: Polska

QOL: Jakość życia

SK: Słowacja

V4: Grupa Wyszehradzka 4 (Czechy, Węgry, Polska, Słowacja)

WHO: Światowa Organizacja Zdrowia

1. WPROWADZENIE

INHEAL – Innowacja w Kompetencjach Zdrowotnych

Projekt INHEAL Innowacja w Kompetencjach Zdrowotnych jest projektem współfinansowanym przez rządy Republiki Czeskiej, Węgier, Polski i Słowacji w formie Grantów Wyszehradzkich z Międzynarodowego Funduszu Wyszehradzkiego – organizacji założonej w 2000 r. w celu rozwijania idei zrównoważonej współpracy regionalnej w Europie Środkowej.



Mimo, że istnieją już innowacyjne metody i narzędzia mogące wzmocnić i poprawić kompetencje zdrowotne, okazuje się, że w regionie potrzebne są polityki służące osiągnięciu tego celu. Celem projektu INHEAL jest domknięcie tej luki poprzez odpowiedni dobór i zbieranie obiecujących i skutecznych narzędzi i praktyk istniejących w państwach grupy V4 i rozpowszechnianie ich wykorzystywania. Czechy, Węgry, Polska i Słowacja mają wspólne dziedzictwo administracyjne i historyczne, co prowadzi do licznych podobieństw w ich obecnej kondycji i organizacji gospodarczej, w tym w systemach opieki zdrowotnej. Mają również porównywalne, stale rosnące starzejące się populacje, gdyż w wyniku wydarzeń ostatnich 25 lat w wielu dawnych krajach komunistycznych udział osób starszych w całkowitej liczbie ludności gwałtownie wzrósł.

Biorąc pod uwagę niedostateczny poziom kompetencji zdrowotnych wśród mieszkańców Europy, a zwłaszcza starszych obywateli UE a także niekorzystny wpływ tego zjawiska na ich zdrowie i krajowe systemy opieki zdrowotnej, celem projektu INHEAL jest informowanie i edukowanie populacji osób starszych w państwach Grupy Wyszehradzkiej i poza nimi o istnieniu innowacyjnych usług, które mogą sprawić, że dbanie o własne zdrowie stanie się skuteczniejsze i łatwiej dostępne. Zamiarem INHEAL jest zapewnienie grupie docelowej bezpośrednich szkoleń na temat możliwości korzystania z tej wiedzy i usług za pośrednictwem opiekunów. Tych ostatnich należy wyposażyć w narzędzia i wiedzę umożliwiające poprawę umiejętności dbania o zdrowie. W ujęciu szczegółowym, celem projektu jest edukowanie starszych dorosłych w zakresie interpretowania recept i zaleceń lekarskich, rozsądnego korzystania z usług opieki medycznej i istotnej wiedzy na temat zdrowia.

Cele INHEAL (*analizy krajowe, wspólna metodologia, szkolenie pracowników opieki zdrowotnej, platforma internetowa*) koncentrują się na rozsądnym korzystaniu z usług opieki zdrowotnej, utrzymaniu zdrowego stylu życia, zażywaniu leków opartym na wiedzy i dokładnych wskazówkach na temat korzystania z innowacyjnych, opartych na technologiach ICT, sposobach dotarcia do informacji i usług zdrowotnych (e-zdrowie, m-zdrowie, e-recepty, itp.).

Konsorcjum projektu INHEAL złożone jest z partnerów wyselekcjonowanych ze względu na ich wiedzę i doświadczenie w zakresie kompetencji zdrowotnych, zdrowia publicznego i edukowania osób starszych, a także doświadczenie w podobnych projektach i ciągłą motywację do poprawy jakości życia (QOL) osób starszych.

Koordinator Projektu: **Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú., Republika Czeska**

Partnerzy Projektu:

- **Medicalscan Ltd., Węgry**
- **Fundacja Leaven, Polska**
- **Uniwersytet im. Pavla Jozefa Šafárika w Koszycach, Słowacja**

Metodologia INHEAL

Jednym ze szczegółowych celów projektu jest wprowadzenie wspólnej, innowacyjnej metodologii poprawiania kompetencji zdrowotnych, w tym innowacyjnych metod doskonalenia kompetencji zdrowotnych wśród osób starszych, instrukcji i praktyk dotyczących ich stosowania oraz wytycznych na temat przekazywania uzyskanej wiedzy bezpośrednio osobom starszym.

Głównym celem tej metodologii jest inspirowanie organizacji zrzeszających osoby starsze we wszystkich krajach grupy V4 i umożliwianie im wykorzystania wiedzy i namacalnych rezultatów osiągniętych w wyniku przeprowadzonych prac badawczych i analiz na poziomie krajowym. Metodologia została ponadto zaprojektowana w celu dotarcia do osób starszych i edukowania ich za pośrednictwem platformy internetowej, która zostanie opracowana i zaprojektowana w sposób pozwalający zintegrować przydatne informacje i zalecenia na temat zdrowia, zlikwidować przekonanie o tym, że technologia jest narzędziem nieprzydatnym dla osób starszych i umocnić rolę edukacji zdrowotnej w zapobieganiu problemom zdrowotnym.

Niniejszy przewodnik metodologiczny ma pomóc czytelnikom w zrozumieniu znaczenia kompetencji zdrowotnych i e-zdrowotnych i dostarczyć im wybrane skuteczne dobre praktyki i narzędzia. Rezultaty i rekomendacje zawarte w przewodniku zostały opracowane na podstawie zgromadzonych danych, a zatem również problemów i luk zidentyfikowanych w toku analiz dokumentacji przeprowadzonych we wszystkich państwach grupy V4. Analizy przeprowadzone w poszczególnych krajach posłużyły jako baza wiedzy potrzebnej do zrozumienia podobieństw i różnic pomiędzy członkami grupy V4 i poznania potrzeb, jakie muszą zostać zaspokojone w każdym z tych państw.

I. CZYM SĄ KOMPETENCJE ZDROWOTNE I KOMPETENCJE E-ZDROWOTNE: ZNANE FAKTY

1. Kompetencje zdrowotne – informacje ogólne

1.1 Zrozumienie kompetencji zdrowotnych: Definicje i modele

Zjawisko kompetencji zdrowotnych okazuje się dość trudne do uchwycenia i silnie zróżnicowane. Opis treści i zdefiniowanie znaczenia tego terminu pozostają przedmiotem dyskusji w środowisku akademickim, co prowadzi do mnogości definicji i znaczeń. Kompetencje zdrowotne mogą być jednak przedmiotem opisu i pomiaru.

Samo pojęcie kompetencji zdrowotnych wprowadzono po raz pierwszy w latach 70. XX wieku. Początkowo główny nacisk kładziono na kompetencje zdrowotne jako umiejętność posługiwania się słowami i liczbami w kontekście medycznym. W ostatnich latach koncepcja ta uległa rozszerzeniu. Obecnie kompetencje zdrowotne rozumiane są jako jednoczesne wykorzystywanie złożonego zestawu powiązanych umiejętności takich jak czytanie i stosowanie pisemnych informacji zdrowotnych, komunikowanie swoich potrzeb pracownikom opieki zdrowotnej, rozumienie zaleceń dotyczących zdrowia i rosnącego znaczenia zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej. Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała kompetencje zdrowotne jako umiejętności poznawcze i społeczne, które określają motywację i zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu, rozumienia i używania informacji, w sposób, który prowadzi do promocji i utrzymania dobrego zdrowia.

Dla potrzeb pomiaru i oszacowania poziomów kompetencji zdrowotnych w populacji na przestrzeni lat w ankietach przyjmowano różnorodne modele. Przykładowo, początkowo ankiety, przeprowadzane przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, koncentrowały się na poziomie alfabetyzacji funkcjonalnej. W 2014 r. przeprowadzono i opublikowano pierwsze systematyczne badanie kompetencji zdrowotnych w wybranych państwach europejskich (HLS-EU) (Sørensen, i in., 2015). Zostało ono przygotowane w oparciu o model opisany w publikacji „WHO Health Literacy: The Solid Facts” (WHO: Kompetencje Zdrowotne. Fakty) wydanej w 2013 r. (Kickbusch, i in., 2013) (patrz Tabela 1). Na podstawie tego modelu opracowano zestaw 47 pytań stanowiący część ustandaryzowanego kwestionariusza (HLSQ-EU).

Tabela 1. Model kompetencji zdrowotnych (na podstawie: Kučera i in., 2016, s. 235)

Kompetencje zdrowotne	Dostęp do informacji o zdrowiu	Rozumienie informacji zdrowotnych	Ocena informacji o zdrowiu	Stosowanie informacji o zdrowiu
Opieka zdrowotna	1. Umiejętność znajdowania informacji na temat choroby i leczenia	2. Rozumienie informacji na temat choroby i leczenia	3. Umiejętność interpretacji i krytycznej oceny informacji na temat choroby i leczenia	4. Zdolność do podejmowania świadomych decyzji dotyczących choroby i leczenia
Zapobieganie chorobom i ochrona zdrowia	5. Umiejętność znajdowania informacji o zagrożeniach zdrowotnych	6. Rozumienie informacji o zagrożeniach zdrowotnych	7. Umiejętność interpretacji i krytycznej oceny informacji o zagrożeniach zdrowotnych	8. Zdolność do podejmowania świadomych decyzji dotyczących zagrożeń zdrowotnych
Promocja zdrowia	9. Umiejętność znajdowania informacji o czynnikach wpływających na zdrowie	10. Rozumienie informacji o czynnikach wpływających na zdrowie	11. Umiejętność interpretacji i krytycznej oceny informacji o czynnikach wpływających na zdrowie	12. Zdolność do podejmowania świadomych decyzji dotyczących czynników wpływających na zdrowie

1.2 Kompetencje zdrowotne a zdrowie publiczne: wpływ na jednostki i społeczności

Zgodnie z powyższym, osoba posiadająca odpowiednie kompetencje zdrowotne dysponuje wiedzą, umiejętnościami i pewnością potrzebnymi do zarządzania własnym zdrowiem w codziennym życiu. Obejmuje to wiedzę o tym, kiedy należy skorzystać z systemu opieki zdrowotnej i jak się w nim poruszać tak, aby wykorzystać jego usługi w najpełniejszy możliwy sposób. Innymi słowy, osobiste kompetencje zdrowotne oznaczają stopień, w jakim dana jednostka posiada zdolność do znalezienia, zrozumienia i wykorzystania informacji i usług, aby

podejmować świadome decyzje dotyczące zdrowia i działania dla siebie i innych osób. Obok osobistych kompetencji zdrowotnych, należy wspomnieć o organizacyjnych kompetencjach zdrowotnych, które odzwierciedlają stopień, w jakim organizacje sprawiedliwie umożliwiają jednostkom znajdowanie, rozumienie i korzystanie z informacji i usług, aby mogły one podejmować świadome decyzje dotyczące zdrowia i działania dla siebie i innych osób.

Udowodniono, że jako element ściśle powiązany z trzema innymi sferami: systemem opieki zdrowotnej, kulturą i społeczeństwem oraz sferą edukacji, kompetencje zdrowotne są istotnym czynnikiem społecznym. Oddziałują one bowiem na zdrowie jednostek w większym stopniu niż inne czynniki determinujące stan zdrowia, takie jak wykształcenie, dochód, pochodzenie etniczne i zatrudnienie. W tym sensie kompetencje zdrowotne są czynnikiem, który może być kontrolowany na wielu poziomach.

Powszechnie wiadomo, że poziom kompetencji zdrowotnych w populacji wpływa na korzystanie z systemu opieki zdrowotnej i jego ogólne obciążenie (tj. powiązane koszty finansowe). Kompetencje zdrowotne można zatem uznać za jedną z form kapitału społecznego. Społeczeństwo o wysokim poziomie kompetencji zdrowotnych i powiązanych z nimi umiejętności cieszy się lepszym zdrowiem, wyższym standardem życia i ogólnego dobrostanu. W tym kontekście mówi się o tak zwanym upodmiotowieniu. Można je scharakteryzować jako zdolność jednostki do wpływania na własne zdrowie. Dla porównania, w państwach wykazujących problematyczny poziom kompetencji zdrowotnych obserwuje się z zasady niższy poziom zdrowia. Wiąże się to często z ryzykownymi zachowaniami. Społeczne zapotrzebowanie na poprawę kompetencji zdrowotnych ludności powinno więc być wysokie.

Kompetencje zdrowotne są istotne z tego względu, że jednostki, które nie są w stanie znajdować, rozumieć i stosować informacji na temat zdrowia i usług zdrowotnych, mają trudności z podejmowaniem świadomych, dobrze uzasadnionych decyzji zdrowotnych i ich wykonywaniem. To z kolei wpływa na ich ogólne zdrowie i poziom opieki. Osoby o niskim poziomie kompetencji zdrowotnych częściej są hospitalizowane, trafiają na szpitalne izby przyjęć, a leczenie ich przynosi gorsze rezultaty. Wreszcie kompetencje zdrowotne wpływają także na bezpieczeństwo i jakość opieki zdrowotnej.

Ponadto niezwykle istotna jest perspektywa demograficzna. Tendencja starzenia się społeczeństw jest wyraźnie widoczna. Wydaje się więc dość oczywiste, że system opieki zdrowotnej będzie zmuszony obsługiwać rosnącą liczbę przewlekle chorych pacjentów. Z tego względu wzrost zainteresowania kompetencjami zdrowotnymi w społeczeństwie wydaje się zdrowym, uzasadnionym zjawiskiem.

1.3 Jak powszechny jest niski poziom kompetencji zdrowotnych w krajach V4?

Według wspomnianego wcześniej badania porównawczego przeprowadzonego w 2014 r. w ośmiu państwach członkowskich UE, niemal połowa (47%) respondentów z próby posiadała problematyczny lub nieodpowiedni poziom kompetencji zdrowotnych, a poziom ten był jeszcze niższy wśród osób w wieku powyżej 66 lat, czyli w jednej z grup uznanych za „wrażliwe”.

Rezultaty wskazują, że poziom kompetencji zdrowotnych w państwach należących do grupy V4 jest alarmująco niski: w Czechach: poziom nieodpowiedni 13,3% a problematyczny – 29,2%, w Słowacji – poziom nieodpowiedni 23%, a problematyczny – 36%, na Węgrzech – poziom nieodpowiedni 20%, a problematyczny – 32%, w Polsce – poziom nieodpowiedni 10,2%, a problematyczny – 34,4%.

Regularne monitorowanie kompetencji zdrowotnych jest istotne dla skutecznego planowania polityki zdrowotnej, promocji zdrowia i zapobiegania chorobom w skali krajowej i europejskiej. Dane empiryczne stanowią wystarczającą podstawę do skutecznej pracy nad poprawą poziomu kompetencji zdrowotnych ludności.

Republika Czeska	<p>Badanie przeprowadzone w 2019 r. wykazało, że 29,9% ludności Czech ma problematyczny poziom kompetencji zdrowotnych, a 13,3% poziom nieodpowiedni.</p> <p>Z kolei pierwsze systematyczne badanie kompetencji zdrowotnych (2014) wskazało, że ich poziom w społeczeństwie czeskim jest zaskakująco niski: prawie 60% osób dorosłych posiadało nieodpowiedni lub problematyczny poziom tych ko0mpetencji.</p>
Węgry	<p>W 2020 r. badanie HLS19 wykazało, że 46,1% zbadanej populacji Węgier miało ograniczony poziom KZ.</p> <p>Z kolei w 2016 r., na podstawie wyników dotyczących czytania w Skróconym Badaniu Funkcjonalnych Kompetencji Zdrowotnych, uczestników podzielono na trzy grupy: 8% miało nieodpowiedni poziom kompetencji zdrowotnych, 6% śladowy, a u 86% zanotowano odpowiedni poziom, co oznacza, że 14,3% respondentów cechowało się poziomem śladowym lub nieodpowiednim.</p>

	<p>W badaniu HLS-EU z 2015 r., 20% respondentów wykazywało nieodpowiedni poziom kompetencji zdrowotnych, a 32% - poziom problematyczny.</p>
Polska	<p>Badanie przeprowadzone w 2020 r. w Polsce w celu określenia poziomu kompetencji zdrowotnych w grupie osób w wieku powyżej 65 lat wykazało, że 62% badanych miało niedostateczny ogólny poziom KZ (11,6 nieodpowiedni, a 50,4% problematyczny), zaś jedynie 7,4% posiadało doskonały poziom ogólnych kompetencji zdrowotnych.</p> <p>Badanie przeprowadzone w 2011 r. wykazało, że 10,2% polskich respondentów miało ogólne KZ na poziomie nieodpowiednim, zaś 34,4% - problematycznym.</p>
Słowacja	<p>Badanie przeprowadzone w 2019-2020 r. wykazało następujące poziomy ogólnych kompetencji zdrowotnych wśród ludności Słowacji: problematyczny (36%), dostateczny (31%), nieodpowiedni (23%), i doskonały (10%).</p> <p>Badania w ramach Europejskich Sondaży Społecznych (2017) wykazały z kolei, że ponad jedna trzecia obywateli Słowacji w wieku 55-64 lata nie korzystała z Internetu w ciągu poprzedzających trzech miesięcy. Dotyczyło to także niemal dwóch trzecich ludności, zaś zaledwie jedna dziesiąta osób w wieku powyżej 75 lat stwierdziła, że korzystali z Internetu w poprzedzających badanie trzech miesiącach.</p>

2. Cyfrowe kompetencje zdrowotne – informacje ogólne

2.1 Definicja i elementy składowe zdrowia cyfrowego

Cyfrowa opieka zdrowotna dzieli się z grubsza na dwie kategorie: e-zdrowie i m-zdrowie (Chan J., 2021).

- **e-zdrowie:** Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje e-zdrowie jako „oszczędne i bezpieczne wykorzystanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych w celu wspierania zdrowia i dziedzin związanych ze zdrowiem, w tym usług opieki zdrowotnej, nadzoru nad

zdrowiem, literatury dotyczącej zdrowia, edukacji zdrowotnej, wiedzy i badań naukowych”. Innymi słowy oznacza to „wykorzystanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych dla celów związanych ze zdrowiem”. W tym zakresie edukacja z dziedziny e-zdrowia odnosi się do zdolności jednostki do wyszukiwania, identyfikacji i oceny rzetelności informacji dotyczących zdrowia w sieci Internet oraz do prawidłowego zarządzania problemami zdrowotnymi lub ich rozwiązywania dzięki zdobytej w ten sposób wiedzy.

- **m-zdrowie:** m-Zdrowie lub zdrowie mobilne to jeden z segmentów e-zdrowia. Organizacja EU eHAction definiuje m-zdrowie jako „wykorzystanie urządzeń komunikacji mobilnej w usługach z zakresu zdrowia i dobrego samopoczucia obejmujących różne rozwiązania technologiczne, które wspierają samokontrolę i mierzą parametry życiowe, takie jak tętno, poziom glukozy we krwi, ciśnienie krwi, temperatura ciała i aktywność mózgu”.¹ Są to „praktyki medyczne i dotyczące zdrowia publicznego wspierane przez urządzenia mobilne, takie jak telefony komórkowe, urządzenia do monitorowania pacjentów, osobistych asystentów cyfrowych (PDA) i inne urządzenia bezprzewodowe”.

E-zdrowie umożliwia komunikację pomiędzy lekarzem a pacjentem bez konieczności bezpośredniego spotkania. E-zdrowie obejmuje aplikacje elektroniczne umożliwiające komunikację online, czy to za pośrednictwem urządzeń mobilnych (m-zdrowie) czy innych urządzeń elektronicznych (e-zdrowie). jednym z [zastosowań e-zdrowia] jest praktykowanie telemedycyny – świadczenie usług opieki zdrowotnej i udzielanie informacji medycznych przy użyciu innowacyjnych technologii, zwłaszcza technologii informatycznych i telekomunikacyjnych (ICT). Umożliwia to bezpieczną wymianę informacji i pozwala osobom prowadzić zdalną komunikację na tematy związane ze zdrowiem, w tym na temat zapobiegania, diagnozowania, leczenia i dalszej terapii, eliminując problemy logistyczne i wynikające z dużych odległości.

2.2 Pomiar kompetencji e-zdrowotnych

Poza tradycyjnymi kompetencjami zdrowotnymi, **kompetencje e-zdrowotne** obejmują:

- tradycyjną umiejętność czytania (podstawowa umiejętność czytania ze zrozumieniem tekstu pisanego),
- kompetencje informacyjne (umiejętność znajdowania i wykorzystywania informacji),

¹ (Study on Health Data, Digital Health and Artificial Intelligence in Healthcare (Badanie danych zdrowotnych, e-zdrowia i sztucznej inteligencji w opiece zdrowotnej) <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/179e7382-b564-11ec-b6f4-01aa75ed71a1/language-en>)

- kompetencje medialne (umiejętność krytycznego myślenia o treściach prezentowanych w mediach i ich kontekstach),
- kompetencje komputerowe (umiejętność używania komputera do rozwiązywania problemów),
- kompetencje naukowe (zrozumienie sposobu, w jaki tworzona jest wiedza oraz jej celów, metod, ograniczeń i polityki).

Dla potrzeb oceny kompetencji e-zdrowotnych opracowano skalę eHEALS (Skalę Kompetencji e-Zdrowotnych), która została przetestowana w 2006 roku w badaniu przeprowadzonym na kanadyjskiej młodzieży. Jest ona powszechnie wykorzystywana do subiektywnego pomiaru kompetencji e-zdrowotnych i wykazuje niewielką korelację z tradycyjnymi kompetencjami zdrowotnymi lub obiektywnym wysokim poziomem umiejętności wyszukiwania i krytycznej oceny informacji na temat zdrowia publikowanych w sieci.

Pomiar kompetencji e-zdrowotnych był jednym z opcjonalnych elementów pakietu badania HLS19. Spośród państw grupy V4 zostało ono przeprowadzone na Węgrzech, w Czechach i na Słowacji, natomiast Polska w ogóle nie uczestniczyła w badaniu HLS19. Szczegółowe pomiary kompetencji e-zdrowotnych obejmują trzy bloki:

- Korzystanie z zasobów cyfrowych (6 elementów)
- Kompetencje e-zdrowotne (8 elementów),
- Interakcja z urządzeniami cyfrowymi (2 elementy).

W celu przeanalizowania kompetencji e-zdrowotnych i sporządzenia raportu opracowano skalę pomiaru umiejętności związanych z poszukiwaniem informacji na temat zdrowia w formie cyfrowej (HL-DIGI). Skala ta składa się z ośmiu pytań dotyczących określonych zadań. Respondenci określają, jak łatwe lub trudne jest dla nich wyszukiwanie, znajdowanie, rozumienie i ocena informacji ze źródeł cyfrowych. Jak łatwo lub trudno jest:

- ocenić, czy dana informacja jest rzetelna?
- ocenić, czy informacja jest oferowana w interesie handlowym?
- wykorzystać daną informację do pomocy w rozwiązaniu problemu zdrowotnego?
- ocenić, czy dana informacja ma zastosowanie do nas?
- znaleźć dokładnie tę informację, której szukamy?
- zrozumieć daną informację?
- odwiedzić różne strony internetowe, żeby sprawdzić, czy oferują one podobne informacje na dany temat?

- użyć odpowiednich słów lub zapytania w wyszukiwarce, aby znaleźć poszukiwaną informację?

W celu zidentyfikowania podgrup, które mogą być potencjalnie niekorzystnie usytuowane pod względem kompetencji e-zdrowotnych, średnie wyniki w skali HL-DIGI dla wybranych potencjalnie wrażliwych lub zagrożonych podgrup porównywano ze średnim wynikiem w skali HL-DIGI dla całej populacji. Opisane grupy wrażliwe obejmowały osoby starsze, osoby o najniższym poziomie wykształcenia, osoby o deklarowanym niskim statusie społecznym lub pozycji społecznej, osoby w niekorzystnej sytuacji finansowej, osoby o złym stanie zdrowia i osoby, które najczęściej korzystają z usług opieki zdrowotnej.

Rozwiązania cyfrowe mogą zapewniać edukację multimedialną w wielu językach, dla osób o różnym poziomie umiejętności czytania, w formie materiałów audio, wideo, lub drukowanych, wykorzystujących formalne i nieformalne metody nauczania. Danie pacjentom prawa głosu i prawa do aktywnego uczestnictwa w leczeniu umożliwia im rozwijanie umiejętności samodzielnego podejmowania decyzji i podejmowania decyzji we współpracy z innymi. Rozwiązania cyfrowe oferują jednostkom szansę na aktywny udział w kształtowaniu swojego zdrowia zamiast odgrywania roli pasywnych uczestników (Conard, 2019).

W ciągu ostatnich 10 lat cyfrowe rozwiązania zdrowotne zyskiwały coraz większą popularność również w krajach należących do grupy V4. Poniższa tabela zawiera podsumowanie niektórych innowacyjnych rozwiązań cyfrowych stosowanych w każdym z tych państw oraz sposób lub konkretny cel ich wykorzystywania.

<p>Republika Czeska</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Telemedycyna: W wyniku epidemii COVID-19 zdalne konsultacje lekarskie stały się częścią codziennej opieki zdrowotnej. Epidemia wzmocniła połączenie między opieką lekarską pierwszego kontaktu a opieką specjalistów i przyczyniła się do zmniejszenia liczby wizyt pacjentów u lekarzy. Jednym z celów Strategicznego Programu Ramowego 2030 jest zapewnienie każdemu obywatelowi cyfrowej kartoteki zdrowotnej do 2030 r., a przez to umożliwienie przekazywania dokumentacji medycznej pomiędzy pacjentem, pracownikami opieki zdrowotnej i firmami ubezpieczeniowymi.
--------------------------------	---

<p>Węgry</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Telemedycyna • Obszar Elektronicznych Usług Zdrowotnych (EESZT) Najważniejszą jego funkcją jest przechowywanie dokumentacji medycznej i wyników badań we wspólnym repozytorium. Dane w formie cyfrowej są dostępne dla osób posiadających uprawnienia dostępu. Upoważniony lekarz lub aptekarz może szybko i łatwo uzyskać dostęp do wszystkich istotnych danych pacjenta w jednym miejscu, przez 24 godziny na dobę. Przechowywane dane są również dostępne dla pacjenta po zalogowaniu na stronie internetowej EESZT lub w aplikacji mobilnej. Inną ważną funkcją EESZT jest system skierowań elektronicznych (eBeutaló), przekazywanych bezpośrednio w systemie od lekarza wystawiającego skierowanie do lekarza przeprowadzającego badanie. EESZT służy również do wystawiania elektronicznych recept (eRecept), często wykorzystywanych przez pacjentów. Recepta wprowadzona do systemu przez lekarza automatycznie staje się e-receptą i jest przekazywana do centralnego repozytorium, z którego może być zrealizowana w dowolnej aptece. • Egészségvonal (węg. „linia pomocy medycznej”) zarządzana przez Narodowe Centrum Zdrowia Publicznego obejmuje centrum kontaktowe i stronę internetową egeszsegvonal.gov.hu. Są na niej dostępne informacje na temat usług opieki zdrowotnej i interwencji, teksty na temat zdrowego stylu życia i utrzymania zdrowia, informacje o chorobach napisane prostym językiem (w jęz. węgierskim), ulotki informacyjne leków (również w jęz. węgierskim), oraz wyszukiwarka najbliższych placówek opieki zdrowotnej i przychodni specjalistycznych oraz aptek.
<p>Polska</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Telemedycyna • Głównym elementem programu „Wsparcie dla seniora” jest dystrybucja tak zwanych opasek bezpieczeństwa wyposażonych w co najmniej trzy następujące funkcje: przycisk alarmowy – sygnał SOS, wykrywanie upadków, fotosensor, lokalizator GPS,

	<p>funkcje umożliwiające połączenie z ośrodkiem opieki i opiekunami oraz monitorowanie podstawowych funkcji życiowych (tętno i saturacja). Opaska ma być połączona z operatorem służb ratunkowych. W przypadku trudnej sytuacji lub nagłego zagrożenia zdrowia naciśnięcie przycisku umożliwia wezwanie pomocy (MRiPS, 2022).</p>
<p>Słowacja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Telemedycyna • Obecnie na Słowacji edukacja seniorów, w tym w zakresie kompetencji e-zdrowotnych, prowadzona jest głównie w tzw. uniwersytetach trzeciego wieku (UTV), prowadzonych przez uczelnie i wspieranych zazwyczaj przez miasta i gminy oraz w klubach seniora słowackiego Stowarzyszenia Emerytów. oraz w Regionalnych Organach Zdrowia Publicznego a także w innych instytucjach edukacyjnych i organizacjach pozarządowych (np. Stowarzyszenie Ochrony Praw Pacjenta oferuje informacje na stronie internetowej (https://www.liekysrozumom.sk/) we współpracy z pracownikami opieki zdrowotnej i organizacjami zrzeszającymi pacjentów. • Słowackie Stowarzyszenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku organizuje regularne programy i aktywności edukacyjne dla całkowicie początkujących, na konkretne tematy, np. praca w systemie Android, tablet, aplikacje Google, tworzenie stron www. Treść kursów obejmuje także tematykę cyberbezpieczeństwa. • Instytut Profilaktyki i Zwalczania Chorób organizuje również webinary edukacyjne dla szerokiej publiczności na temat zapobiegania chorobom przewlekłym, mycia rąk, pierwszej pomocy, itp. • Na stronie internetowej „Słowacki pacjent” (https://slovenskypacient.sk/) publikowane są informacje na temat zdrowia we współpracy z pracownikami opieki zdrowotnej i organizacjami pacjentów.

3. Starzejącą się populacja a kompetencje zdrowotne – zależności.

We wszystkich krajach Grupy Wyszehradzkiej coraz mocniej widoczne i odczuwalne w sferze społecznej są zmiany demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństw. Jak wskazują badania – towarzyszy im również zjawisko długowieczności, tzn. wydłużania przewidywalnej długości życia w stosunku do średniej przewidywalnej długości życia we wcześniejszych latach i dekadach. Zjawisko to ujawnia się w postaci rosnącej liczby osób w zaawansowanym wieku (tzw. starsi starzy), w tym również osób po dziewięćdziesiątym czy setnym roku życia, których obecność w społeczeństwach była jeszcze kilka dekad temu niemal marginalna.

Szereg danych dotyczących biologicznego i psychologicznego funkcjonowania człowieka wskazuje, że w związku ze zmianami biologicznymi w ciele oraz wynikającymi z tego zmianami psychologicznymi, osobom starszym towarzyszy wielopostaciowość schorzeń medycznych. Dlatego należy podkreślić, jak wielką wagę mają działania dotyczące świadomości i umiejętności zdrowotnych obywateli. Dzięki nim możliwe jest między innymi odciążenie systemów zdrowia poprzez:

- wcześniejsze wykrywanie chorób, czego efektem jest zwiększenie prawdopodobieństwa wyleczenia przy niższych kosztach opieki zdrowotnej i mniejszym obciążeniu poddanego leczeniu pacjenta,
- minimalizowanie ryzyka wystąpienia chorób cywilizacyjnych, chorób wynikających z niepoprawnego stylu życia (w tym zwłaszcza ograniczenia ruchu czy użytkowania papierosów i alkoholu), chorób będących pochodną długotrwałego funkcjonowania w zanieczyszczonym środowisku (np. w środowiskach z zanieczyszczonym powietrzem).
- rozpoznawanie i wdrożenie prozdrowotnych strategii życiowych znacząco poprawiających ogólną psycho-fizyczną kondycję organizmu (strategie takie przewidują m.in. utrzymanie aktywności ruchowej na wysokim poziomie dostosowanym do wieku, unikanie szkodliwych używek, stosowanie zdrowego żywienia dostosowanego do wieku, unikanie i radzenie sobie ze stresem, przebywanie w środowiskach z czystym powietrzem i wodą, zachowanie balansu między życiem zawodowym a prywatnym, podtrzymywanie kontaktów społecznych realizowanych w sposób tradycyjny, ale również on-line, etc.)

Kluczową kategorią dla refleksji w zakresie relacji między starszymi dorosłymi, starzejącą się populacją oraz świadomością zdrowotną jest JAKOŚĆ ŻYCIA. Rosnąca populacja osób starszych charakteryzująca się wysoką i rosnącą świadomością zdrowotną będzie populacją osób dłużej żyjących we względnym zdrowiu i dłużej żyjącą w ogóle. Reprezentanci tej rosnącej społeczności będą mieć większą szansę na utrzymanie jakości życia na satysfakcjonującym poziomie, nawet pomimo przekraczania kolejnych progów starości czy wręcz wchodzenia w wiek sędziwy, w którym u wielu osób starszych postępować będą ubytki zdrowotne tzn. wystąpią choroby przewlekłe czy

choroby sprzężone, i nastąpi pogorszenie w zakresie kondycji psychicznej czy utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu we własnym gospodarstwie domowym i lokalnej społeczności. Obniżenie się parametrów zdrowotnych u osób starszych obniża realną, odczuwalną subiektywnie, jakość życia, ale spadek tego poziomu może zostać znacząco zredukowany w sytuacji wdrożenia czynności zaradczych lub odpowiednich reakcji na występujące ubytki zdrowotne.

Utrzymanie lub przynajmniej minimalizowanie redukcji poziomu życia ze względów zdrowotnych może następować na drodze wdrażania odpowiedzialnych strategii życiowych, w tym zwłaszcza zdrowotnych, rozpoznanych w drodze procesów edukacyjnych (edukacja przez całe życie), w tym zwłaszcza przy udziale instytucji różnego typu. W prowadzoprzez stymulowanie sprawności psycho-fizycznej (sport, dieta, unikanie używek, zdrowy sen, etc), utrzymanie rozbudowanych relacji społecznych (również tych realizowanych on-line), zapewniony łatwy sposób korzystania z porad medycznych (ale także dietetycznych, psychologicznych czy dotyczących aktywności fizycznej)

W działaniach prowadzonych wobec osób starszych, ale – co ważne – również wobec przyszłych seniorów, wyróżnić należy następujące praktyki, których celem istnienia powinno być **przygotowanie do zdrowej starości oraz reagowanie na występujące, naturalne dla wieku, problemy zdrowotne**. Proponowane działania możliwe do zaadoptowania w każdym z państw czy regionów to m. in:

(1) PROFILAKTYKA STARZENIA, PROFILAKTYKA ZDROWOTNA I STYMULOWANIE SPRAWNOŚCI PSYCHO-FIZYCZNEJ w okresie starości czy wchodzenia w tzw. trzeci wiek, ale także w okresie dojrzałości, a nawet w okresie młodości biologicznej. Działania takie są realizowane i powinny być intensyfikowane, m. in. poprzez instytucje edukacji formalnej i nieformalnej na każdym przewidzianym etapie życia człowieka (od przedszkola po edukację na poziomie średnim), media masowe, kampanie społeczne czy poprzez utrwalanie w kulturze odpowiednich wzorców, tak by:

- możliwe było utrwalenie kluczowej wiedzy na temat charakteru i przebiegu procesów starzenia jeszcze przed wystąpieniem uciążliwych biologicznych oznak starzenia się organizmu
- możliwe było przygotowanie strategii własnego starzenia dla możliwie każdej indywidualnej osoby na jak najwcześniejszym etapie jej życia
- możliwe było lepsze zrozumienie i lepsze reagowanie na potrzeby indywidualne osób starszych funkcjonujących w międzypokoleniowych wspólnotach rodzinnych czy społecznościach lokalnych

- możliwe było zaplanowanie i realizowanie odpowiednich działań profilaktycznych (w tym w zakresie żywienia) czy stymulujących (w tym w zakresie aktywności zdrowotnej), a także minimalizujących zagrożenia zdrowotne wynikające ze stylu życia
- możliwe było u jak największej ilości przygotowanych do tego osób rozpoznawanie symptomów zmian chorobowych, oczywiście w wypadku chorób gdzie jest to możliwe bez udziału lekarza
- możliwe było zapewnienie wsparcia psychologicznego dla osób zmagających się z nowymi dla nich ubytkami zdrowotnymi wynikającymi z wieku; pozostających w sytuacji wzmożonego stresu w wyniku wystąpienia nagłych i ciężkich chorób; pozostających w sytuacji życiowej depresji i jednocześnie realnego osamotnienia (gdy relacje społeczne ulegają znacznej redukcji).

Myślenie o obecnej populacji osób starszych i bliskich okresowi starości (takich, które zestarzeją się w okresie znaczącego wzrostu ogółu populacji w każdym z krajów V4, a więc w perspektywie dekady-dwóch) sprawia, że kluczowymi instytucjami formalnymi, ale i nieformalnymi dla zapewnienia efektywnych działań w zakresie przygotowania do starości, profilaktyki zdrowotnej czy stymulowania organizmu do równoważenia parametrów życiowych (np. w drodze diety czy poprzez sport) są dla nas lokalne centra społeczne skupiające osoby starsze, Uniwersytety Trzeciego Wieku, organizacje pozarządowe, publiczne agencje świadczące usługi monitoringu i wsparcia osób starszych, a przede wszystkim placówki medyczne – nastawione głównie na leczenie, ale mające też wpływ na tworzenie i rozwijanie akcji edukacyjnych skierowanych wobec seniorów w różnym wieku, z różnych środowisk i o różnych zdolnościach percepcyjnych (właściwych dla ich stopnia zsocjalizowania, poziomu edukacji, a przede wszystkim wieku, który w największym stopniu wpływa na możliwości poznawcze).

(2) ZAPEWNIENIE INFRASTRUKTURY PRZYJAZNEJ STARZENIU SIĘ:

- Odpowiedniej liczby, odpowiednio rozmieszczonych placówek medycznych dostosowanych do lokalnych populacji osób starszych o najwyższych potrzebach korzystania z nich (zarówno szpitali jak i przychodni)
- Placówek opieki dziennej oraz placówek opieki całodobowej świadczących również podstawowe usługi opiekuńcze oraz podstawowe usługi lecznicze
- Opiekunów zawodowych świadczących usługi w domach osób starszych zgodnie z profilem ich potrzeb (w różnym wymiarze czasu i w różnym zakresie usług)
- Zwiększonej liczby lekarzy geriatrów odpowiadających za koordynację leczenia osób starszych, w tym zwłaszcza leczenia osób w zaawansowanym wieku, u których występuje często kilka chorób sprzężonych

- Centrów społecznych rozumiejących potrzeby seniorów w tym zwłaszcza osób starających się podtrzymać lub rozwinąć relacje społeczne. Ilość i głębokość tych relacji wpływa bowiem na jakość życia, wzmacnia monitoring sytuacji zdrowotnej osób starszych, pomaga utrzymać sprawność intelektualną i ruchową. Do centrów tych zaliczamy również Uniwersytety Trzeciego Wieku, wiejskie świetlice, itp.
- Infrastruktury sportowej i pozwalającej na spędzanie wolnego czasu blisko zasobów przyrodniczych. Kluczowe jest zapewnienie plenerowych siłowni, zajęć dedykowanych seniorom w istniejących obiektach sportowych, ale także promowanie kultury aktywności z wykorzystaniem tej infrastruktury. Konieczne jest także propagowanie idei umiarkowanych aktywności rekreacyjnych, łatwych do zrealizowania, prowadzonych np. poprzez grupowe lub indywidualne spacerowanie (ale też nordic-walking, jazdę na rowerze, itp.) czy turystykę w miejscach o dogodnych warunkach przyrodniczych, gdzie zapewnione jest czyste powietrze.
- Poradnictwa pozamedycznego, tj. pomocy psychologicznej (zarówno w ramach terapii indywidualnej lub grupowej), poradnictwa w zakresie diety, poradnictwa w zakresie adaptacji gospodarstwa domowego do wymogów wieku (np. zabezpieczenia powierzchni przed upadkami), poradnictwa cyfrowego (tak by wyposażać seniorów w nowe kompetencje cyfrowe, unikać pogłębiania się zjawiska wtórnego wykluczenia cyfrowego, wyposażać w kompetencje fact-checkingowe, istotne w kontekście zdobywania nowej wiedzy zdrowotnej), a nawet poradnictwa konsumenckiego (pozwalającego na uniknięcie zawierania znaczących zobowiązań, często w obszarze produktów i usług medycznych, co często owocuje negatywnymi konsekwencjami bytowymi i psychologicznymi).
- Wydolnych, prostych w obsłudze, intuicyjnych systemów wspierających udzielanie seniorom usług medycznych, pozwalających na kontakty z lekarzem, archiwizację danych medycznych czy zdobywanie praktycznie przydatnej wiedzy z autoryzowanych źródeł). Projektowanie takich systemów od początku powinno następować z udziałem osób starszych w różnym wieku i o różnych potrzebach, tak by architektura nowych rozwiązań była dostosowana do potrzeb różnych użytkowników.
- Propozycji edukacji cyfrowej (kursów, lekcji tematycznych, poradnictwa indywidualnego) realizowanej na rzecz seniorów przez lokalne instytucje w celu zwiększenia liczby cyfrowych seniorów (w żadnym z krajów V4 liczba seniorów korzystających z internetu nie przekracza 50% i jest niższa niż w państwach zachodniej Europy), wyposażenie ich w narzędzia pozwalające pozyskiwać informacje (w tym pozwalające na zwiększenie świadomości zdrowotnej), poszerzać relacje społeczne, wyszukiwać dedykowane im oferty aktywizacyjne czy administrować własnymi sprawami związanymi ze zdrowiem.

(3) ZAPEWNIENIE WYDOLNEGO SYSTEMU SZYBKIEJ KOMUNIKACJI MIĘDZY OSOBAMI STARSZYMI A PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI I SPECJALISTAMI WSPOMAGAJĄCYMI ZDROWE STARZENIE, OBEJMUJĄCEGO:

- Infrastrukturę e-zdrowia pozwalającą na szybką komunikację z lekarzami pierwszego kontaktu, przy jednoczesnym utrzymaniu szerokiego dostępu do lekarzy świadczących swoje usługi w lokalnych przychodniach dostępnych dla osób nie korzystających z narzędzi cyfrowych, preferujących kontakt bezpośredni lub takich, w wypadku których nie jest możliwe udzielenie porady medycznej tylko na podstawie rozmowy audio-video
- Rozbudowę usług m-medycyny, dedykowanych osobom, którzy z różnych przyczyn należy poddać systematycznemu monitoringowi medycznemu (np. takich, które mieszkają w jednoosobowych gospodarstwach domowych i mają problemy z realizacją codziennych funkcji bytowych)
- Gęstą sieć lekarzy internistów oraz dobry dostęp do lekarzy specjalistów w tych specjalnościach, które są kluczowe dla osób starszych (oraz do geriatrów)
- Dostępne usługi monitorujące zapewniane przez pielęgniarzy, realizowane w domach osób objętych monitoringiem, w tym zwłaszcza osób potencjalnie wykluczonych (w tym cyfrowo), żyjących w osamotnieniu (lub realnej izolacji domowej).

4. ZAPLANOWANIE I WDRAŻANIE WSZYSTKICH POWYŻSZYCH DZIAŁAŃ W TAKI SPOSÓB BY ZWIĘKSZAĆ ICH ZASIĘG I EFEKTYWNOŚĆ ZGODNIE Z DYNAMIKĄ PROCESÓW STARZENIA SIĘ (tzn. tak by objąć działaniami zwiększającą się liczbę osób starszych i dostosować narzędzia do wewnętrznych zmian demograficznych w zróżnicowanej społeczności osób starszych, w tym zwłaszcza wobec „nowych” seniorów aktywnie korzystających z technologii cyfrowych czy osób po 80. i 90. Roku życia, których udział w społeczności osób starszych będzie znacząco wyższy wraz z postępującym w krajach V4 podnoszeniem się jakości życia i ułatwianiu dostępu do opieki zdrowotnej).

Konieczne jest bieżące monitorowanie, dynamiczne adaptowanie zmian, systemowe wdrażanie dobrych praktyk w oparciu o mocno rozproszoną sieć lokalnych usług dostępnych dla ludności miejskiej i wiejskiej.

II. DOSKONALENIE KOMPETENCJI ZDROWOTNYCH U STARSZYCH DOROSŁYCH: ZESTAW NARZĘDZI

1) Obszary promocji zdrowia, ochrony zdrowia i zapobiegania chorobom – podstawowe pojęcia

W 2012 r. grupa europejskich badaczy (Sørensen, i in., 2012) zaproponowała model integrujący medyczne i publiczne punkty widzenia na kompetencje zdrowotne w oparciu o literaturę przedmiotu. Według autorów kompetencje zdrowotne są uznawane za pozytywny czynnik poprawiający samodzielność jednostek w obszarze opieki zdrowotnej i jej czterech szczegółowo zdefiniowanych domenach:

1. Dostęp odnosi się do umiejętności poszukiwania, znajdowania i pozyskiwania informacji o zdrowiu;
2. Zrozumienie odnosi się do umiejętności zrozumienia uzyskanych informacji na temat zdrowia;
3. Ocena oznacza zdolność do dokonania oceny uzyskanych informacji dotyczących zdrowia;
4. Zastosowanie odnosi się do wykorzystania tych informacji przy podejmowaniu decyzji zdrowotnych.

Jak już wspomniano, państwa grupy V4 łączy wspólne dziedzictwo historyczne i liczne inne podobieństwa, w tym system opieki zdrowotnej, jakość życia i skład demograficzny ludności. Każde z tych państw wdrożyło pewne strategie w celu poprawy zdrowia zgodnie z własnymi priorytetami, włączając podstawowe europejskie koncepcje kompetencji zdrowotnych do długoterminowych polityk. W następnej części zajmiemy się analizą krajowych programów.

1.1 REPUBLIKA CZESKA

Program Zdrowie 2020 – **Narodowa Strategia dla Ochrony i Promocji Zdrowia oraz Zapobiegania Chorobom** (Narodowa Strategia) została opracowana w roku 2014. Jest to dokument stworzony przez specjalistów mający odzwierciedlać potrzeby ludności. Dokument zawiera elementy mające ustabilizować system ochrony zdrowia i wprowadza długoterminowy program poprawy zdrowia obywateli (Zdrowie 2020 – Narodowa Strategia Ochrony i Wspierania, 2014, s. 11). Jest to narzędzie służące do wdrożenia programu Zdrowie 2020, które jest zgodne z podejściem ministerialnym.

Priorytety zostały wyznaczone przez grupę strategiczną w oparciu o statystyczne dane demograficzne, stan zdrowia populacji i sytuację społeczną. Wśród licznych celów programu najważniejszym jest poprawa zdrowia obywateli. Cel ten ma zostać osiągnięty za pośrednictwem

dwóch celów strategicznych, tj.: (Zdrowie 2020 – Narodowa Strategia Ochrony i Wsparcia, 2014, s. 11):

- Zmniejszenia nierówności zdrowotnych i zachęcenia społeczeństwa do udziału w podejmowaniu decyzji;
- Wzmocnienia roli publicznej administracji zdrowotnej.

Cele te z kolei mają zostać osiągnięte w czterech obszarach priorytetów (Zdrowie 2020 – Narodowa Strategia Ochrony i Wsparcia, 2014, s. 21):

- Realizacja długofalowych inwestycji w zdrowie i profilaktykę chorób,
- Przygotowanie do poważnych problemów zdrowotnych i ciągłe monitorowanie stanu zdrowia populacji,
- Wzmacnianie systemów opieki zdrowotnej zorientowanych na ludzi, zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych, koncentracja na ochronie i promocji zdrowia, profilaktyka, poprawa możliwości publicznego systemu ochrony zdrowia aby zapewnić, że będzie on przygotowany na kryzys i odpowiednie reagowanie w sytuacjach nagłych,
- Udział w tworzeniu łatwego przejścia dla odpornych grup społecznych.

Powyższym tematom poświęcono odrębne akty wdrażające. należy jednak zauważyć, że program Zdrowie 2020 nie został przygotowany na podstawie aktywnej decyzji strategicznej Ministerstwa Zdrowia Republiki Czeskiej. Program **Zdrowie 2030** jest więc ramowym programem strategicznym dla rozwoju opieki zdrowotnej w Republice Czeskiej do roku 2030. Jest on oparty na Narodowej Strategii e-Zdrowia i Strategii Reformy Opieki Psychiatrycznej.

Program ten jest zdefiniowany w postaci 2 celów strategicznych:

- 1) Optymalizacja systemu opieki zdrowotnej;
- 2) Wspieranie badań naukowych..

Propozycje ich wdrożenia zostały przedstawione w postaci 3 celów szczegółowych, które zostaną wdrożone za pośrednictwem 7 kolejnych planów wdrożenia.

Cele szczegółowe nr 1

- 1.1 Reforma systemu podstawowej opieki zdrowotnej
- 1.2 Profilaktyka chorób na podstawowym i specjalistycznym poziomie opieki zdrowotnej, poprawa kompetencji zdrowotnych i odpowiedzialności obywateli za własne zdrowie;

Cele szczegółowe nr 2

- 2.1 Wdrożenie zintegrowanych modeli opieki zdrowotnej
- 2.2 Stabilizacja pracowników w sektorze opieki zdrowotnej
- 2.3 Digitalizacja opieki zdrowotnej
- 2.4 Rozszerzenie systemu refundacji w opiece zdrowotnej

Cele szczegółowe nr 3

3.1 Włączenie sektora badań i nauki w rozwiązywanie priorytetowych zadań opieki zdrowotnej.

1.2 WĘGRY

Zamiarem „**Strategii Opieki Długoterminowej 2030**” i celów określonych w Narodowych Programach Zdrowia jest opracowanie kompleksowego pakietu środków, zwiększenie dostępnych zasobów i dostępności w czasie, itp. Pakiet obejmuje narodowe programy ochrony zdrowia takie, jak np. Narodowy Program Walki z Rakiem. Program ten nie zawiera jednak konkretnych odniesień do osób starszych. Planowane interwencje w sektorze zdrowia publicznego skupione są wokół dwóch filarów w postaci łącznie 9 pod-programów opracowanych przez rząd. Pierwszym filarem jest „Ochrona i rozwój zdrowia priorytetowych grup docelowych”. Kluczową grupą docelową są tutaj seniorzy.

Ze względu na starzenie się społeczeństwa i stały wzrost proporcjonalnego udziału osób starszych, konieczna staje się poprawa zarówno zdrowia fizycznego i psychicznego, jak i dobrostanu seniorów. Najważniejszym zadaniem jest więc utrzymanie i poprawa stanu zdrowia osób starszych i umożliwienie im zachowania zdolności do funkcjonowania.. Ochrona i poprawa zdrowia seniorów wymaga stosowania metod skrojonych dla specyficznych potrzeb tej grupy ludności oraz wspierania zdrowego, aktywnego stylu życia. Metody te mogą zmniejszyć związane ze starzeniem się obciążenie dla jednostek, rodzin i społeczeństwa poprzez wydłużenie oczekiwanej długości życia w dobrym zdrowiu i rozszerzenie grupy ludzi, którzy są w stanie samodzielnie zatroszczyć się o siebie.

Ogólnym celem sektorowym jest zapewnienie możliwie jak najdłuższego życia w jak najlepszym zdrowiu dla wszystkich mieszkańców Węgier, niezależnie od tego, kim są oraz gdzie i w jakich warunkach społeczno-gospodarczych żyją. Strategia sektora zdrowia pt. „**Zdrowe Węgry 2021-2027**” zawiera wszystkie cele wymienione w poprzedniej strategii „Zdrowe Węgry 2014-2020” mające wspierać ludność węgierską:

- Wydłużenie oczekiwanej długości życia w dobrym zdrowiu;
- Wzmocnienie jednostkowej i społecznej wartości zdrowia fizycznego i psychicznego;
- Promowanie zachowań prozdrowotnych i wzmocnianie znaczenia indywidualnej odpowiedzialności;
- Zmniejszenie nierówności zdrowotnych pomiędzy regionami i różnic w oczekiwanej długości życia w momencie urodzenia.

Cele te mają zostać osiągnięte poprzez realizację sześciu celów cząstkowych:

1. Zdrowy start w życiu i priorytet dla rozwoju zdrowia dzieci;
2. Promowanie zdrowego stylu życia i zmniejszenie ryzyka dla zdrowia poprzez poprawę kompetencji zdrowotnych;
3. Redukcja obciążenia chorobami przewlekłymi przez zapewnienie profesjonalnej promocji zdrowia i usług z zakresu profilaktyki wraz z przejrzystością dostępu do opieki zdrowotnej;
4. Ochrona zdrowia ludności przed epidemiami i skutkami skażenia środowiska;
5. Poprawa stanu zdrowia grup narażonych poprzez zmniejszenie nierówności zdrowotnych;
6. Wzmocnienie publicznego systemu ochrony zdrowia.

Ponadto, **Narodowe Centrum Zdrowia Publicznego** (Nemzeti Népegészségügyi Központ, NNK) jest jednym z najważniejszych węgierskich organów ochrony zdrowia. Organizacją NNK kieruje naczelny lekarz Węgier. Rola NNK polega na koordynowaniu działań z zakresu zdrowia publicznego, epidemiologii, promocji i rozwoju zdrowia, zarządzania i koordynacji opieki zdrowotnej i zdrowia pracowników na terenie całego kraju. NNK monitoruje i ocenia stan zdrowia publicznego oraz sytuację epidemiologiczną na Węgrzech. Ponadto organizacja ta odgrywa główną rolę w epidemiologicznym zarządzaniu zwalczaniem pandemii COVID-19 oraz zarządza organizacją badań przesiewowych.

W celu kształtowania bardziej prozdrowotnych postaw wśród ludności władze kraju wezwały do stworzenia sieci promocji zdrowia. Przed 2014 r., przy wsparciu finansowym z planu Széchenyi Plan została utworzona nowa sieć promocji zdrowia złożona z 61 **Biur Promocji Zdrowia** (EFI). Celem tych urzędów jest rozwijanie świadomości zdrowia, zmiana postaw, itp. Obecnie w kraju funkcjonuje 113 oddziałów pod profesjonalnym nadzorem Narodowego Centrum Zdrowia Publicznego.

Egészségvonal (węg. „linia pomocy medycznej”) prowadzona i zarządzana przez NNK obejmuje centrum kontaktowe i stronę internetową egeszsegvonal.gov.hu. Jej celem jest:

- dostarczanie rzetelnych, prawdziwych informacji i udzielanie pomocy obywatelom w kwestiach związanych ze zdrowiem;
- optymalizacja i pomoc na ścieżce pacjenta poprzez zapoznavanie obywateli ze strukturą systemu;
- zmniejszenie obciążenia dla dostawców usług pomocy w nagłych wypadkach;
- wyeliminowanie niepotrzebnych kontaktów lekarzy i pacjentów pozwalające kontrolować rozprzestrzenianie pandemii COVID-19;
- rozpowszechnianie informacji na temat zdrowia publicznego i powiązanych usług;
- rozwijanie świadomości i wiedzy obywateli w kwestiach zdrowotnych;
- poprawa jakości usług opieki zdrowotnej w celu wzmocnienia zaufania obywateli do służby zdrowia.

Na stronie egeszsegvonal.gov.hu dostępne są:

- informacje na temat usług i interwencji zdrowotnych;
- informacje na temat zdrowego stylu życia i utrzymania dobrego zdrowia;
- informacje o chorobach napisane prostym językiem (w jęz. węgierskim);
- dokładne opisy i ulotki informacyjne leków (w jęz. węgierskim);
- wyszukiwarka informacji o najbliższych placówkach opieki zdrowotnej i aptekach.

Celem kolejnego programu pod nazwą **Węgierski program badań przesiewowych w ramach kompleksowej opieki zdrowotnej / 2010-2020-2030 (MÁESZ)** jest wzmocnienie profilaktyki oraz wspieranie nowoczesnego i wysokiej jakości leczenia chorób związanych ze stylem życia i w dużej mierze możliwych do uniknięcia. Program wspiera monitorowanie stanu zdrowia ludności Węgier poprzez oferowanie usług z zakresu profilaktyki „blisko ludzi” oraz rozwijanie świadomości i wiedzy na temat wielowymiarowej natury ochrony zdrowia. Program skupia się przede wszystkim na profilaktyce przez informowanie o prozdrowotnych wyborach związanych ze stylem życia. Uczestnictwo obywateli w wydarzeniach organizowanych w ramach programu jest bezpłatne. Jako, że nie jest wymagane węgierskie publiczne ubezpieczenie zdrowotne TAJ, również osoby z grup wykluczonych mogą korzystać z możliwości oferowanych w programie. W latach 2010 – 2021 cele programu na poziomie krajowym zostały z powodzeniem osiągnięte.

W roku 2019 uruchomiono również program „**Trzy pokolenia dla zdrowia**” (Három generációval az egészségért). Jego celem jest wdrożenie programu profilaktyki i leczenia chorób serca i układu krążenia, programu badań przesiewowych i wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych oraz programy promocji zdrowia dla dzieci. Kolejnym celem jest poprawa stanu zdrowia i promowanie zdrowego stylu życia wśród ludności Węgier.

1.3 POLSKA

Jednym z sześciu celów operacyjnych **Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025** jest promowanie zdrowej i aktywnej starości. Obejmuje on zadania związane z profilaktyką i przygotowaniem systemów opieki zdrowotnej. Jednak najważniejszym celem jest wspieranie osób starszych przez umożliwienie im korzystania z nowoczesnych technologii (Ministerstwo Zdrowia, 2020).

W rozdziale IV wcześniej obowiązującej strategii „**Polityka społeczna wobec osób starszych 2030**” przyjętej w 2018 r. wśród zalecanych aktywności znajduje się również: „promowanie wiedzy na temat korzystania z usług informatycznych i telekomunikacyjnych (np. systemów, aplikacji, itp.) dla poprawy jakości życia”,

W czerwcu 2021 r. Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt strategii zatytułowanej „**Zdrowa Przyszłość**”. Jednym z najważniejszych kierunków wymienionych w tym dokumencie jest „Rozwój cyfrowych usług opieki zdrowotnej”. Ma on zostać zrealizowany przy pomocy dwóch narzędzi:

- 1) rozwijania publicznych cyfrowych usług e-zdrowotnych;
- 2) Rozwijania kompetencji cyfrowych pacjentów i personelu medycznego.

Ten ostatni cel ma zostać osiągnięty za pomocą:

- organizowania kampanii informacyjnych, szkoleń i warsztatów praktycznych;
- popularyzacji cyfrowych usług opieki zdrowotnej na poziomie wyższych uczelni;
- stosowanie zasady prostoty w projektowaniu;
- wykorzystanie kanałów komunikacji, które są już znane użytkownikom (np. Internetu, urządzeń mobilnych, itp.);
- rozwijanie kompetencji personelu. (Ministerstwo Zdrowia, 2021).

Warto zauważyć, że rozszerzenie projektu strategii "Zdrowa Przyszłość", zatytułowane „Dezynstytucjonalizacja” zostało poświęcone osobom starszym i nosi tytuł „Opieka nad osobami starszymi” (Ministerstwo Zdrowia, 2021). Jednak w tym dokumencie, jak wskazuje już jego tytuł, o osobach starszych mówi się głównie w kategoriach opieki, nie zaś profilaktyki czy promocji zdrowia.

Z kolei celem programu „**Aktywni +**” przyjętego na lata 2021-2025, który zastąpił wcześniejszy program ASOS, jest udzielanie finansowego wsparcia dla inicjatyw i organizacji pozarządowych. ASOS obejmuje likwidację wykluczenia cyfrowego i aktywności poprawiające kompetencje cyfrowe osób starszych. Poza wyposażeniem osób starszych w kompetencje cyfrowe, program umożliwia także bezpośrednie współfinansowanie inicjatyw z zakresu zdrowia cyfrowego. Wadą programu wydaje się być jego ograniczony budżet, co negatywnie wpływa na jego popularność.

W 2020 r. w związku z trwającą pandemią uruchomiono program wsparcia dla osób starszych „**Wspieraj Seniora – Solidarnościowy Korpus Wsparcia Seniorów**”. Jeden z jego modułów („Cyfrowy wolontariusz”) miał pomagać osobom starszym w przejściu do sfery cyfrowej (www.gov.pl). Program wsparcia obejmuje też opaski bezpieczeństwa. Mogą one być połączone ze służbami ratunkowymi niosącymi pomoc w nagłych wypadkach lub przy nagłym zagrożeniu dla zdrowia. (MRiPS, 2022). **Program „Opaski bezpieczeństwa”** jest prawdopodobnie pierwszym systemowym programem popularyzującym rozwiązania z zakresu zdalnej opieki medycznej dla osób starszych. Opaski noszone na nadgarstku mogą być przydatne zarówno dla osób starszych, które nadal cieszą się dobrym zdrowiem, jak i dla osób w słabszej kondycji lub nawet wymagających stałej opieki. Wyzwaniem wydaje się jednak konieczność przekonania osób

starszych i ich opiekunów o korzyściach z dołączenia do programu i przygotowania ich do korzystania z tych urządzeń.

Kolejnym programem promującym zdrowe starzenie się jest **program profilaktyki 40+**. Jest on skierowany do wszystkich obywateli powyżej 40 roku życia. Obejmuje dostęp do bezpłatnych badań diagnostycznych mogących przyspieszyć diagnozę u osób narażonych na ryzyko zachorowania. Jest to projekt pilotażowy, który został przedłużony, nadal w formie pilotażowej, do czerwca 2022 r.

Narzędzia stymulujące zdrowie fizyczne, społeczne i zdrowy styl życia są niezwykle ważne. Na początku pandemii Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Krajową Izbą Fizjoterapeutów opracowało program „Aktywny Senior w domu” obejmujący materiały wideo z ćwiczeniami do wykonania w domu. Pewną barierą na drodze do korzystania z nich jest wysoki poziom wykluczenia cyfrowego wśród osób starszych i niewielka promocja.

Poza tym głównym instrumentem e-zdrowotnym są tzw. teleporady. W obecnym stanie prawnym są one dozwolone prawem jako gwarantowane świadczenie medyczne, które może być wykorzystywane przez lekarzy rodzinnych, pielęgniarki i położne i lekarzy POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej). Korzystanie z tej formy konsultacji w danym przypadku powinno jednak zależeć od decyzji pacjenta. Dla opieki specjalistycznej nie wprowadzono odpowiednich standardów.

Należy także zauważyć, że osoby starsze mogą rozwijać świadomość i postawy cyfrowe i prozdrowotne. Odbywa się to w takich miejscach, jak Kluby Seniora, czy ośrodki opieki dziennej działające w ramach programu Senior+, które prowadzą również kursy komputerowe.

1.4 SŁOWACJA

Ramowa Strategia dla Zdrowia na lata 2014-2030 (Strategický rámeč starostlivosti o zdravie 2014-2030) obejmująca profilaktykę chorób, ochronę i promocję zdrowia, została przyjęta przez rząd Słowacji w roku 2013 (Vláda SR, 2013). Dokument ten określa kierunki polityki zdrowotnej Słowacji. Obejmuje on cztery zdefiniowane obszary priorytetowe:

1. Inwestowanie w zdrowie jednostek przez poprawę stylu życia i upodmiotowienie;
2. Zajęcie się najważniejszymi wyzwaniami zdrowotnymi w regionie, w tym wszystkimi chorobami;
3. Wzmocnienie usług zdrowotnych zorientowanych na ludzi, poprawa wydajności publicznej służby zdrowia, gotowość na sytuacje nagłe, monitorowanie i reagowanie;
4. Budowanie zdrowych społeczności i wspieranie środowiska.

W odniesieniu do obszaru priorytetowego 1, dokument stwierdza, że „*Zdrowe, aktywne starzenie się populacji jest priorytetowym obszarem polityki. Najważniejszym problemem w profilaktyce i leczeniu chorób psychicznych jest izolacja społeczna, zwłaszcza osób starszych (które mieszkają same lub przebywają w ośrodkach pomocy społecznej)*”.

W obszarze priorytetowym 2 podkreślono, że: „Istotne będzie rozwijania kompetencji zdrowotnych wśród młodych ludzi. Odnośnie seniorów, ważne jest angażowanie ich w inicjatywy promujące aktywną i zdrową starość”. Cele strategiczne zaprezentowano dla trzech obszarów opieki zdrowotnej:

1. Zdrowie publiczne;
2. Zintegrowana ambulatoryjna opieka zdrowotna;
3. Opieka zdrowotna w placówkach opieki medycznej.

Celem **Narodowego Programu Promocji Zdrowia** (NPPZ) jest promowanie zdrowia wszystkich obywateli w celu zapewnienia osiągnięcia pełni życia. Program NPPZ powstał w oparciu o politykę WHO, ramowy program strategiczny polityki zdrowotnej i Deklarację Programową rządu Słowacji. Jego celem jest zwiększenie poziomu świadomości zdrowotnej w następujących obszarach (ÚVZ SR, 2021):

- A. Profilaktyka zorientowana przede wszystkim na promowanie zdrowego stylu życia (np. dieta, aktywność fizyczna, itp.)
- B. Profilaktyka w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych.
- C. Zwiększanie świadomości znaczenia szczepień ochronnych przeciwko niektórym chorobom.

Oczekiwane skutki wdrożenia programu NPPZ obejmują poprawę kompetencji (e-)zdrowotnych (wiedzy i postaw) w dziedzinie zdrowego stylu życia w odniesieniu do szczepień (ÚVZ SR, 2021). Zważywszy na to, że poziom kompetencji zdrowotnych jest ściśle powiązany z poziomem ogólnej alfabetyzacji, polityka rządowa ma na celu również poprawę tej ostatniej. Z tego względu Słowacja opracowała Strategię ustawicznego kształcenia i doradztwa na lata 2021-2030 (MŠVVaŠ SR, 2021). Populacja docelową dla kształcenia w zakresie podstawowych umiejętności jest cała populacja, lecz w kategoriach interwencji i wsparcia z programów finansowanych z budżetu są to przede wszystkim osoby dorosłe o niskim poziomie wykształcenia (np. osoby dotknięte pandemią COVID-19) (MŠVVaŠ SR, 2021, s. 22).

Kolejnym programem jest **Narodowy Program Aktywnej Starości na lata 2021-2030** (NPAS-II), opracowany na podstawie wcześniejszych doświadczeń ze stosowaniem polityk mających promować aktywne starzenie się w ramach programu NPAS-I (2014-2020). Program ten

odzwierciedla szersze cele Słowacji (Repková et al, 2020, s. 9; Skyba, 2017). Dokument obejmuje wspieranie ogólnej alfabetyzacji dla seniorów poprzez cel strategiczny: Wykorzystanie potencjału jednostek w zakresie aktywnej starości jako podstawy do zrównoważonego rozwoju społecznego, który zostanie osiągnięty dzięki dwóm celom i działaniom (MPSVR SR, 2021, p. 19):

- Cel 1

Prawodawstwo wspierające kształcenie ustawiczne

- Działanie

Włączenie wsparcia dalszego kształcenia dla osób starszych

- Cel 2

Świadomość możliwości dalszego kształcenia wśród osób starszych

- Działanie

Wprowadzenie bezpłatnych usług doradztwa w zakresie dalszego kształcenia dla osób w wieku powyżej 50 lat.

Poza tym kompetencje zdrowotne osób starszych zostały ujęte w celu strategicznym: Przystępna cenowo, wysokiej jakości opieka zdrowotna wspierająca początkowy potencjał jednostek do aktywnej starości, realizowana za pośrednictwem jednego celu i dwóch działań (MPSVR SR, 2021, p. 22):

- Cel 3

Promowanie aktywnego starzenia się, zdrowego stylu życia i ogólnego zdrowia osób starszych

- Działanie

Wzmacnianie świadomości i wiedzy osób starszych na temat szczepień ochronnych

- Działanie

Wdrożenie działań edukacyjnych i doradczych związanych ze wspieraniem aktywnej starości, zdrowego stylu życia i aktywności fizycznej przez regionalne organy zdrowia publicznego.

2. Dokonywanie właściwych wyborów dla zdrowego stylu życia – oficjalne zalecenia

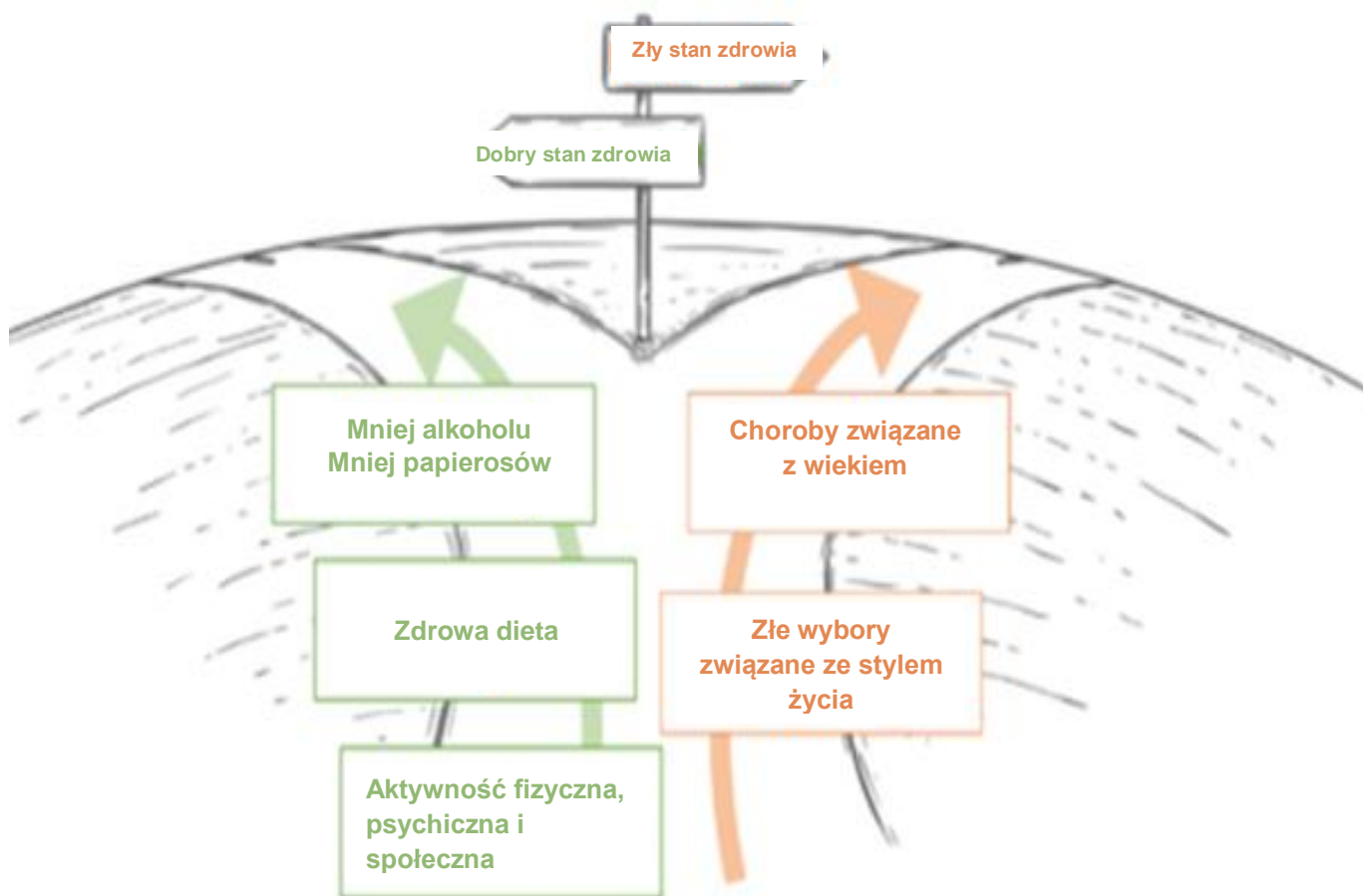
Zdrowe starzenie się oznacza „proces rozwijania i utrzymania zdolności funkcjonalnych umożliwiających dobre samopoczucie w starszym wieku”. **Zdolności funkcjonalne** to „wszystkie atrybuty związane ze zdrowiem pozwalające ludziom funkcjonować i działać zgodnie ze swoimi uzasadnionymi wartościami”. Odzwierciedlają one wewnętrzne możliwości danej osoby (połączenie wszystkich jej zdolności fizycznych i umysłowych) oraz interakcję z jej specyficznym

środowiskiem (szersze uwarunkowania zdrowia, które kumulują się w ciągu całego życia i przyczyniają się do heterogeniczności mocnych i słabych stron) (WHO, 2015).

W miarę starzenia się pojawiają się dwa główne zagrożenia dla zdrowia:

- **Choroby związane ze stylem życia** wynikające z braku aktywności fizycznej, nadmiernego jedzenia, palenia tytoniu i nadużywania alkoholu. Choroby te zwiększają ryzyko zawału serca, udaru, nowotworów i cukrzycy.
- **Choroby i niepełnosprawność związane z wiekiem**, np. demencja, artretyzm, utrata wzroku lub słuchu.

Badania wykazują, że dokonywanie właściwych wyborów związanych ze stylem życia, dotyczących sposobu odżywiania się, ćwiczeń fizycznych, spożywania alkoholu, palenia tytoniu, czasu snu i dbania o prawidłową wagę prowadzi do wydłużenia długości życia (Rys. 1). Korzystne oddziaływanie właściwych wyborów zdrowotnych zauważono również u osób starszych i cierpiących na jedną lub więcej chorób przewlekłych.



Rys. 1 Wybory dla zdrowia

2.1 Odpowiednie odżywianie i nawyki żywieniowe: odżywianie zbilansowane pod względem jakościowym i ilościowym

Odżywianie jest istotnym czynnikiem oddziałującym na zdrowie i dobre samopoczucie osób starszych. **Niedożywienie** i **odwodnienie** są wśród nich powszechnymi zjawiskami. Również **otyłość** w starszym wieku staje się coraz poważniejszym problemem.

W 2018 r. **ESPEN** (Europejskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego i Metabolizmu) opublikowało **wytyczne na temat klinicznego żywienia i nawadniania w geriatrici**. Mają one być wykorzystywane przez wszystkich dostawców usług opieki zdrowotnej zajmujących się opieką geriatryczną, np. lekarzy, pielęgniarki, dietetyków i terapeutów, lecz także pracowników opieki społecznej i nieformalnych opiekunów. Celem odżywiania klinicznego osób starszych jest przede wszystkim zapewnienie odpowiednich ilości energii, białka, mikroelementów i płynów, aby zaspokoić ich wymagania żywieniowe a przez to utrzymać lub poprawić stan odżywienia. Podstawowe pytania i zasady ogólne powiązane z 11 spośród 82 zaleceń (Volkert i in., 2019).

1.1 Ile energii i składników odżywczych (EN) należy podawać/dostarczać osobom starszym?

R1: Jeżeli chodzi o energię, wartością wzorcową u osób starszych jest 30 kcal na kg masy ciała dziennie. Wartość tę należy dostosować indywidualnie w zależności od stanu odżywienia, poziomu aktywności fizycznej, chorób i tolerancji.

R2: Zapotrzebowanie na białko u osób starszych wynosi co najmniej 1 g białka na kg masy ciała dziennie. Wartość tę należy dostosować indywidualnie w zależności od stanu odżywienia, poziomu aktywności fizycznej, chorób i tolerancji.

R3: Należy podawać produkty bogate w błonnik.

R4: Osobom, u których nie występują niedobory określonych składników, mikroelementy należy podawać zgodnie z zaleceniami dla zdrowych osób starszych.

1.2 W jaki sposób należy organizować opiekę żywieniową nad osobami starszymi?

R5: Wszystkie osoby starsze, niezależnie od schorzeń, w tym także osoby z nadwagą lub otyłością, powinny być regularnie badane pod kątem niedożywienia przy użyciu zatwierdzonego narzędzia diagnostycznego w celu identyfikacji osób niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem.

R6: Jeżeli badanie takie da wynik pozytywny, należy wprowadzić systematyczną ocenę, zindywidualizowaną interwencję, monitorowanie i odpowiednie dopasowywanie stosowanych interwencji.

R7: W warunkach instytucji opieki należy wprowadzić standardowe procedury operacyjne w zakresie wyżywienia i dostarczania płynów i uregulować zakresy odpowiedzialności.

1.3 W jaki sposób należy organizować opiekę żywieniową nad osobami starszymi?

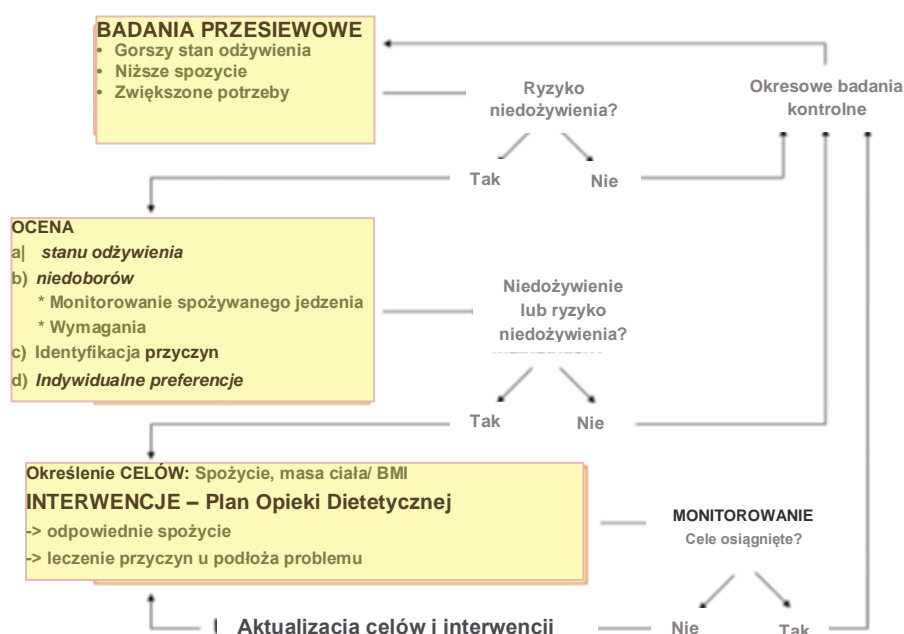
R8: Opieka żywieniowa i nawadnianie u osób starszych powinny być zindywidualizowane i wszechstronne w celu zapewnienia dostarczania odpowiedniej ilości pożywienia, utrzymania lub poprawy stanu odżywienia, poprawy przebiegu leczenia i jakości życia.

R9: Interwencje dietetyczne u osób starszych powinny stanowić część wielokierunkowych, multidyscyplinarnych działań zespołowych w celu zapewnienia dostarczenia odpowiedniej ilości pożywienia, utrzymania lub zwiększenia masy ciała, poprawy wyników funkcjonalnych i klinicznych.

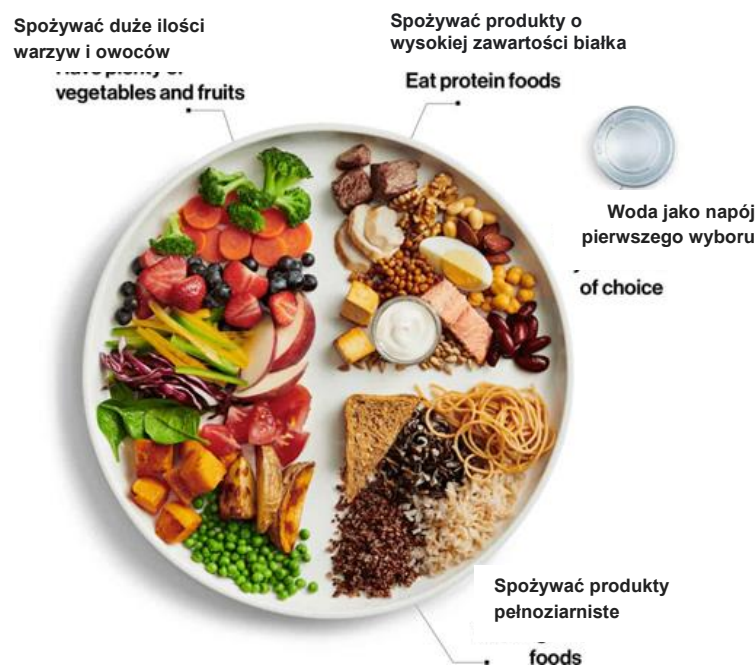
R10: Należy w takim stopniu, w jakim jest to możliwe, wyeliminować potencjalne przyczyny niedożywienia i odwodnienia.

R11: Ograniczenia dietetyczne, które mogą ograniczać spożycie pokarmu są potencjalnie szkodliwe i należy ich unikać.

Proces opieki żywieniowej nad osobami starszymi składa się z kilku etapów (Rys. 2) na podstawie **systematycznych badań** pod kątem niedożywienia. Oprócz standardowych parametrów stosowanych w badaniach przesiewowych (wskaźnik BMI, utrata wagi, zmniejszenie ilości przyjmowanych pokarmów, choroba), najbardziej popularnym narzędziem opracowanym i zatwierdzonym do stosowania u seniorów jest skrócona forma oceny stanu odżywienia **Mini Nutritional Assessment** (MNA; Vellas et al, 1999). W przypadku istnienia jakichkolwiek oznak wskazujących na ryzyko związane z odżywianiem, należy następnie przeprowadzić szczegółową ocenę, która stanowi uzasadnienie diagnozy i podstawę do określenia indywidualnych celów żywieniowych i opracowania kompleksowego planu opieki dietetycznej. należy wprowadzić interwencje, weryfikować ich skuteczność i korygować je w razie potrzeby, do momentu osiągnięcia zakładanych celów terapii (Volkert i in., 2019).



Rys. 2 Proces opieki dietetycznej nad osobami starszymi.



Rys. 3 W nowej wersji Kanadyjskiego Przewodnika po Odżywianiu zaleca spożywanie „dużej ilości warzyw i owoców, produktów pełnoziarnistych i bogatych w białko” <https://food-guide.canada.ca/en/>.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Zgodnie z wytycznymi brytyjskiego National Health System NHS (2021), codzienna aktywność fizyczna może poprawiać zdrowie i zmniejszać ryzyko chorób serca i udarów w starszym wieku. Może jednak być nieodpowiednia dla osób w wieku powyżej 65 lat, które od pewnego czasu nie uprawiały ćwiczeń fizycznych, są niepełnosprawne lub cierpią na choroby przewlekłe. Należy zatem skonsultować się z lekarzem rodzinnym, aby upewnić się, że dana aktywność i jej natężenie są odpowiednie dla stanu zdrowia danej osoby.

Osoby w wieku powyżej 65 lat powinny (Tabela X):

- Starać się być aktywne fizycznie każdego dnia, nawet, jeśli będzie to tylko lekka aktywność*
- Wykonywać ćwiczenia poprawiające siłę, równowagę i elastyczność co najmniej 2 razy w tygodniu;

- Uprawiać ćwiczenia fizyczne o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150 minut tygodniowo^b lub o dużej intensywności przez 75 minut w tygodniu^c (dla osób, które już są aktywne), albo łączyć oba rodzaje aktywności;
- Zmniejszyć ilość czasu spędzanego w pozycji siedzącej lub leżącej, przerywać okresy bezruchu jakąś formą aktywności.

Tabela 2 Rodzaje aktywności fizycznej sklasyfikowane według intensywności i dostarczania tlenu (aerobowe^{a-c}, anaerobowe^d).

Aktywność	Krótki opis	Przykłady
^a Lekka	poruszanie się zamiast siedzenia lub leżenia	<ul style="list-style-type: none"> • wstanie, żeby zrobić herbatę • chodzenie po domu • spacer w wolnym tempie • sprzątanie, ścieranie kurzu • odkurzanie • ścielenie łóżka • wstawanie
^b Umiarkowana intensywność	przyspiesza czynność serca, sprawia, że oddychamy szybciej, odczuwamy ciepło, nadal możemy rozmawiać, ale nie śpiewać	<ul style="list-style-type: none"> • spacer dla zdrowia* • aerobik w wodzie • jazda na rowerze • taniec jako ćwiczenie • tenis (w deblu) • koszenie trawnika kosiarką • wędrowanie w terenie
^c Intensywna aktywność	spawia, że oddech staje się ciężki i przyspieszony, nie jesteśmy w stanie powiedzieć więcej niż kilka słów bez nabrania oddechu	<ul style="list-style-type: none"> • bieganie • aerobik • pływanie • jazda na rowerze w szybkim tempie lub po wzgórzach • tenis (singiel) • piłka nożna • wędrowanie w terenie pod górkę • taniec jako ćwiczenie • sztuki walki

<p>d</p> <p>Wzmacniająca mięśnie</p>	<p>Ćwiczenia należy wykonywać do momentu, gdy potrzebujemy krótkiego odpoczynku przed powtórzeniem, jako dodatek do 150 minut ćwiczeń aerobowych w tych samych lub innych dniach, w domu lub w klubie sportowym</p>	<ul style="list-style-type: none"> • noszenie ciężkich toreb z zakupami • joga • pilates • tai chi • trening na siłowni • trening z taśmami • ćwiczenia wykorzystujące własny ciężar ciała, np. pompki lub brzuszki • ciężkie prace w ogrodzie, np. kopanie lub odśnieżanie
---	---	---

* <https://www.nhs.uk/live-well/exercise/running-and-aerobic-exercises/walking-for-health/>

SEN

W celu utrzymania optymalnego stanu zdrowia dorośli powinni przesypiać co najmniej 7 godzin każdej nocy. Sen krótszy niż 7 godzin ma niekorzystny wpływ na zdrowie, prowadząc, m.in. do przybierania na wadze i otyłości, cukrzycy, nadciśnienia, chorób serca i udarów, depresji i zwiększonego ryzyka śmierci, osłabienia układu odpornościowego, większego nasilenia bólu, upośledzenia funkcjonowania, zwiększenia liczby popełnianych błędów i wzrostu ryzyka wypadków. Regularne przesypianie powyżej 9 godzin dziennie jest odpowiednie dla młodych dorosłych, osób odsypiających „dług senny” i osób chorych (Watson et al, 2015). Według **National Sleep Foundation osoby powyżej 65 roku życia powinny przesypiać od siedmiu do ośmiu godzin każdej nocy** (Hirshkowitz et al, 2014).

Badania dowodzą, że niektóre powszechnie występujące zaburzenia snu są związane z wiekiem (Newsom, deBanto, 2022).

- **Przesunięcie godzin snu:** Z wiekiem nasz rytm okołodobowy przesuwa się do przodu w czasie. Wiele osób starszych odczuwa te zmiany jako wcześniejsze uczucie zmęczenia po południu i budzenie się wcześniej rano.
- **Nocne pobudki:** W miarę starzenia się często doświadczamy zmian w strukturze snu, czyli cyklach kolejnych etapów snu. U osób starszych więcej czasu przypada na wczesne, lżejsze fazy snu, a mniej na dalsze, głębokie fazy. Te zmiany mogą prowadzić do częstszego budzenia się w ciągu nocy i odczucia bardziej „pofragmentowanego” snu, który nie daje odpowiedniego odpoczynku.

- **Drzemki w ciągu dnia:** Szacuje się, że około 25% starszych dorosłych drzemie w ciągu dnia. Choć krótka drzemka może być korzystna, to jej przedłużanie lub drzemki późnym popołudniem mogą utrudniać zaśnięcie wieczorem i prowadzić do zaburzeń snu w nocy.
- **Dłuższe dochodzenie do siebie po zmianach godzin snu:** Zmiana sposobu, w jaki nasz organizm reguluje zegar dobowy utrudnia dostosowanie się do nagłych zmian godzin snu, takich jak jesienna zmiana czasu czy jet lag po podróży samolotem. Szacuje się też, że od 40% do 70% starszych dorosłych cierpi na przewlekłe zaburzenia snu, które mogą znacząco wpływać na aktywność w ciągu dnia i jakość życia. Powszechnie występujące zaburzenia snu, które występują częściej w starszym wieku, obejmują (Newsom, deBanto, 2022):
- **Ból:** Ból i związany z nim brak snu powodują, że osoba dotknięta zaburzeniem nie jest w stanie odpowiednio odpocząć. Powoduje to powstanie błędnego koła, w którym zmniejszona ilość snu prowadzi do nasilenia bólu. Jeżeli ból przeszkadza w śnie, należy skonsultować się z lekarzem.
- **Nocne oddawanie moczu (nocturia):** Zjawisko to nasila się z wiekiem między innymi z powodu fizycznych zmian w drogach moczowych i przyczynia się do zwiększenia problemów ze snem.
- **Bezsenność:** Utrzymujące się problemy z zasypianiem lub snem mogą wynikać z różnorodnych, nakładających się czynników. Problemy te można złagodzić poprzez odpowiednie leczenie.
- **Uczucie senności w ciągu dnia:** Nasilone uczucie senności w ciągu dnia może być objawem takich zaburzeń, jak bezdech senny, upośledzenie zdolności poznawczych lub problemy z układem krążenia. Nie należy uznawać senności za zwykły objaw starzenia się.
- **Bezdech senny:** Bezdech senny przerywa sen i może negatywnie wpływać na poziom natlenienia organizmu, co prowadzi do bólów głowy, senności w ciągu dnia i upośledzenia zdolności jasnego myślenia.
- **Zespół niespokojnych nóg (RLS) i okresowe ruchy kończyn podczas snu (PLMS):** Zespół niespokojnych nóg oznacza nagłą potrzebę poruszania nogami podczas odpoczynku lub snu i dotyka od 9% do 20% seniorów. Z kolei PLMS powoduje mimowolne ruchy kończyn dolnych, najczęściej stóp i dotyka od 4% do 11% osób starszych. Oba te zaburzenia mogą znacząco pogarszać ogólną jakość życia.
- **Zaburzenia zachowania podczas snu REM (RBD):** Chociaż w fazie snu REM ludzie zazwyczaj pozostają w bezruchu, to osoby dotknięte RBD mogą „odgrywać” swoje sny, czasami w gwałtowny sposób.

Wskazówki na temat prawidłowego snu dla osób starszych dotyczą stosowania tzw. „**higieny snu**”, co oznacza wprowadzanie lub doskonalenie prawidłowych nawyków opisanych poniżej (Newsom, deBanto, 2022; Age UK, 2021).

- Zadbaj o regularne godziny snu – staraj się kłaść się spać i wstawać zawsze o tej samej porze;
- Unikaj długiego wylegiwania się;
- Wprowadź wieczorną rutynę – odpocznij czytając książkę lub biorąc kąpiel w wannie;
- Zadbaj o to, aby łóżko i pościel były wygodne;
- Unikaj spożywania kofeiny, nikotyny i alkoholu wieczorem;
- Nie spożywaj obfitych posiłków późnym wieczorem, obiad warto zjeść co najmniej cztery godziny przed snem;
- Regularnie uprawiaj ćwiczenia fizyczne, jednak unikaj wieczornej aktywności;
- W sypialni powinno być ciemno i chłodno – idealna temperatura to 18°C;
- Unikaj elementów rozpraszających w sypialni – telewizor, telefon komórkowy, komputer, czy jasne oświetlenie mogą nasilić uczucie pobudzenia;
- Staraj się unikać drzemek w ciągu dnia. Jeśli jednak drzemki sprawiają ci przyjemność, warto zaplanować je codziennie mniej więcej w tych samych godzinach.

Kanadyjskie Wytyczne dotyczące aktywności dobowej (Canadian 24-Hour Movement Guidelines) (CSEP, 2021) mają zastosowanie do osób powyżej 65 roku życia niezależnie od ich płci, pochodzenia czy statusu społeczno-ekonomicznego. Stosowanie się do wytycznych wiąże się ze zmniejszeniem śmiertelności, ryzyka chorób serca i układu krążenia, nadciśnienia, cukrzycy typu 2, niektórych nowotworów, stanów lękowych, depresji, demencji, przybierania na wadze, podwyższonego poziomu lipidowego we krwi, upadków i związanych z nimi urazów, a także poprawia stan układu kostnego, zdolności poznawcze, jakość życia i funkcjonowanie fizyczne.

Należy pamiętać o trzech podstawowych zaleceniach (Rys. 4).

- Więcej ruchu
- Prawidłowy sen
- Zmniejszenie ilości czasu spędzanego w pozycji siedzącej.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Różne rodzaje aktywności fizycznej o różnej intensywności, w tym:



- Umiarkowane i intensywne ćwiczenia aerobowe wykonywane łącznie przez co najmniej 150 minut tygodniowo
- Ćwiczenia wzmacniające mięśnie głównych grup mięśniowych co najmniej dwa razy w tygodniu
- Ćwiczenia równowagi



- Kilka godzin lekkiej aktywności fizycznej, w tym w pozycji stojącej

SEN



Regularne przesypianie 7 do 8 godzin na dobę, stałe godziny zasypiania i budzenia się

SIEDZĄCY TRYB ŻYCIA



Ograniczenie przebywania w pozycji siedzącej do maks. 8 godzin, w tym

- Nie więcej niż 3 godz. rozrywki przed ekranem
- Jak najczęstsze przerwy podczas spędzania czasu w pozycji siedzącej

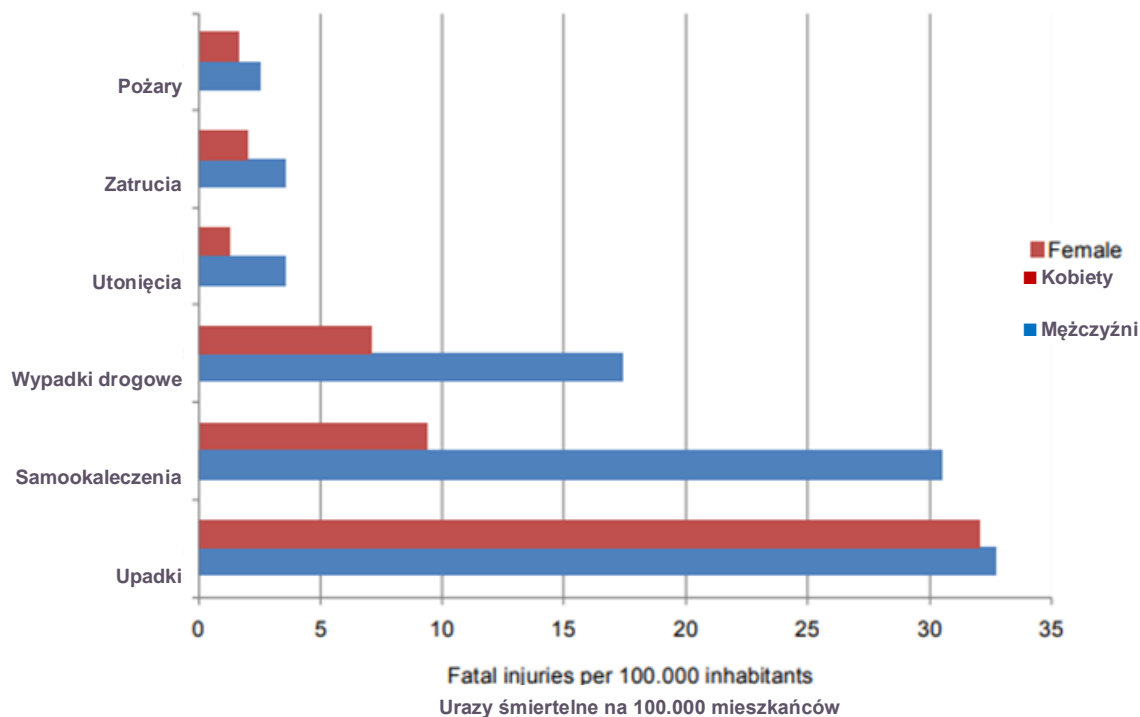


Rys. 4 Zdrowa doba według kanadyjskich Wytycznych dotyczących aktywności dobowej

2.2 Zapobieganie urazom – zwiększone ryzyko upadków i zatruc w wieku starszym

Głównymi przyczynami **niezamierzonych (przypadkowych) urazów** są wypadki samochodowe, zatrucia, utonięcia, upadki i poparzenia. **Urazy zamierzone (lub wynikające z przemocy)** można podzielić na następujące kategorie: skierowane przeciwko sobie (np. samobójstwo czy samookaleczenie), przeciwko innej osobie (dziecku, partnerowi, przełożonemu, znajomemu lub nieznanemu), lub zbiorowe (podczas wojny czy w walkach gangów), a także inne urazy (w tym zgon w wyniku interwencji prawnej). Poza kwestiami zamiaru i przyczyny, urazy możemy także rozpatrywać w kategoriach okoliczności, w jakich wystąpiły – w tym w domu, podczas uprawiania sportu, w miejscu pracy lub na drodze (Bauer & Kisser, 2014).

Najczęstszymi miejscami wypadków niezakończonych śmiercią wśród osób starszych są: **dom** (prawie 60%) i „**ulica**” (20%). Przyczyną ponad 60% wszystkich urazów są **upadki**, które w starszym wieku występują częściej niż udar. Najwyższe wskaźniki śmiertelności z powodu urazów notuje się u osób w wieku powyżej 60 lat (Rys. 5), przy czym upadki są najczęstszą przyczyną śmierci u osób obojga płci (Bauer & Kisser, 2014).



Rys. 5 Główne przyczyny śmiertelnych urazów u osób starszych (60+) w UE. Źródło: WHO MDB 2005-2007, za: Bauer R, Steiner M (2009)

Największe ryzyko urazów u osób starszych dotyczy upadków i wypadków drogowych, co wynika zarówno z czynników fizycznych (np. zmniejszonej siły i elastyczności mięśni, upośledzonej równowagi, funkcji fizycznych i umysłowych, osteoporozy, upośledzenia funkcji zmysłów i zażywanych leków), jak i środowiskowych (takich, jak nierówności chodnika, śliska nawierzchnia, słabe oświetlenie, wykładzina na schodach, itp.). Na szczęście istnieją mocne dowody na sprawdzone, obiecujące strategie **zapobiegania przypadkowym urazom** u osób starszych. Obejmują one **aktywność fizyczną i ćwiczenia równowagi, okresowe sprawdzanie przyjmowanych leków, adaptację mieszkania lub promowanie urządzeń poprawiających bezpieczeństwo i podobnego sprzętu** (Bauer & Kissler, 2014).

UPADKI

Upadek definiowany jest jako oparcie się osoby na ziemi lub innym niższym poziomie; przy czym niekiedy część ciała uderza o przedmiot, który przerywa upadek. Zdarzenia spowodowane przez nagłe zachorowanie (np. udar, atak padaczkowy) lub gwałtowne ryzyko środowiskowe (np. uderzenie przez ruchomy obiekt) nie są uznawane za upadki (Rubenstein, 2021).

Około 30% osób w wieku powyżej 65 lat, które są niezależne doznaje upadku każdego roku. W przypadku osób mieszkających w ośrodkach opieki ta częstotliwość jest jeszcze wyższa. Ryzyko upadku wzrasta z wiekiem. Około 20% upadków wymaga interwencji medycznej, zaś prawie 10%

prowadzi do złamań. Co najmniej 1 na 5 osób wymaga dalszej intensywnej opieki przez ponad rok po złamaniu (Bauer & Kissler, 2014).

Upadki zagrażają samodzielności osób starszych i prowadzą do kaskady jednostkowych i społeczno-gospodarczych konsekwencji. Lekarze jednak zazwyczaj nie wiedzą o upadku, jeśli pacjent nie ma widocznych obrażeń, bowiem rutynowe badanie i wywiad lekarski nie obejmują zasady szczegółowej oceny pod kątem upadków. Co więcej, osoby starsze zwykle niechętnie zgłaszają upadki, gdyż przypisują je procesowi starzenia się lub obawiają się ograniczenia ich aktywności lub skierowania do ośrodka opieki (Rubenstein, 2021).

W przypadku osób starszych upadki są zwykle spowodowane złożoną kombinacją różnych czynników ryzyka:

- **Czynniki wewnętrzne (związane z wiekiem pogorszenie funkcji życiowych, zaburzenia i skutki uboczne leków):** Zmiany związane z wiekiem (np. pogarszająca się ostrość widzenia, wrażliwość na kontrast, postrzeganie głębi i adaptacja do ciemności, zmiany we wzorcach aktywacji mięśni i zdolności do generowania odpowiedniej siły i szybkości mięśni) mogą upośledzać układy odpowiedzialne za utrzymanie równowagi i stabilną postawę (np. podczas stania, chodzenia lub siedzenia) albo pogarszać zdolność do utrzymywania czy odzyskania równowagi w reakcji na przeszkody (np. stąpienie na nierównej powierzchni, popchnięcie przez kogoś).
- **Przewlekłe i nagłe choroby i zażywane leki** (Tabela 3 i 4): Ryzyko upadku rośnie wraz ze wzrostem liczby zażywanych leków. Leki psychoaktywne są najczęściej wymienianymi lekami zwiększającymi ryzyko upadku i związanych z nim urazów.
- **Czynniki zewnętrzne (zagrożenia środowiskowe):** Ryzyko upadku jest największe w środowisku, które wymaga zwiększonej mobilności i kontrolowania postawy (np. podczas chodzenia po śliskiej powierzchni) oraz w nieznanym otoczeniu (np. po przeprowadzce do nowego mieszkania).
- **Czynniki sytuacyjne (związane z wykonywanymi czynnościami):** Niektóre rodzaje aktywności lub decyzji (np. podbiegnięcie nocą do łazienki albo do dzwoniącego telefonu, rozmawianie podczas spaceru albo rozpraszenie uwagi na większą ilość zadań) mogą zwiększać ryzyko upadku i związanych z nim urazów.

Tabela 3 Niektóre zaburzenia, które przyczyniają się do zwiększenia ryzyka upadku

<https://www.msmanuals.com/professional/geriatrics/falls-in-older-people/falls-in-older-people#v1136449>

1 Upośledzone funkcjonowanie	Choroba
Regulacja ciśnienia krwi	Anemia Zaburzenia rytmu serca Nadwrażliwość zatoki szyjnej POChP (Przewlekła obturacyjna choroba płuc) Odwodnienie Infekcja (np. zapalenie płuc, sepsa) Choroby metaboliczne (np. cukrzyca, choroby tarczycy, hipoglikemia, stany hiperosmolarne) Zahamowanie neurokardiogenne po mikcji Niedociśnienie posturalne Niedociśnienie po posiłku Choroby zastawek serca
Przetwarzanie w centralnym układzie nerwowym	Delirium Demencja Udar
Chód	Artretyzm Deformacje stóp Osłabienie mięśni
Funkcje posturalne i neuromotoryczne	Degeneracja mózdzku Mielopatia (np. z powodu spondylozy kręgosłupa lędźwiowego lub szyjnego) choroba Parkinsona Neuropatia obwodowa Udar Niewydolność kręgowo-podstawna
Funkcja propriocepcji	Neuropatia obwodowa (np. spowodowana cukrzycą) niedobór witaminy B12

Tab. 4 Niektóre leki, które przyczyniają się do zwiększenia ryzyka upadku

<https://www.msdmanuals.com/professional/geriatrics/falls-in-older-people/falls-in-older-people#v1136523>

Leki	Mechanizm
Aminoglikozydy	Bezpośrednie uszkodzenia przedsionków
Leki przeciwbólowe (zwłaszcza opioidowe)	Obniżona czujność, spowolnione centralne przetwarzanie
Leki antycholinergiczne	Splątanie/delirium
Leki na nadciśnienie (zwłaszcza rozszerzające naczynia krwionośne)	Upośledzenie ukrwienia mózgu
Leki antypsychotyczne	Objawy pozapiramidowe, inne działania antyadrenergiczne, zmniejszenie czujności lub spowolnienie przetwarzania centralnego
Leki moczopędne (zwłaszcza u pacjentów odwodnionych)	Upośledzenie ukrwienia mózgu
Leki na arytmie	Upośledzenie ukrwienia mózgu
Leki psychoaktywne (zwłaszcza antydepresanty, leki antypsychotyczne benzodiazepiny)	Obniżona czujność, spowolnione centralne przetwarzanie
Diuretyki pętlowe (wysokie dawki)	Bezpośrednie uszkodzenie przedsionków

Działania mające na celu zapobieganie upadkom osób w starszym wieku, obejmują w szczególności (WHO, 2021):

- Ćwiczenia Tai Chi (wzmacniające zarówno kończyny dolne i górne, jak i mięśnie głębokie grzbietu i brzucha);
- Ocenę i adaptację mieszkania;

- Zmniejszenie dawki lub odstawienie leków psychotropowych;
- Wieloczynnikowe interwencje (indywidualna ocena ryzyka upadku poprzedzająca indywidualnie dopasowane działania i skierowania w celu zapobiegania zidentyfikowanym rodzajom ryzyka);
- Suplementację witaminy D dla osób z jej niedoborami.

ZATRUCIA

Trucizny to wszystkie substancje, które mogą być szkodliwe dla ludzi jeśli są stosowane w nieprawidłowy sposób, przez nieodpowiednie osoby, lub w niewłaściwej ilości. Niektóre substancje trujące są szkodliwe w przypadku kontaktu z oczami lub skórą, podczas, gdy inne są toksyczne po połknięciu lub wdychaniu. Jedną z przyczyn zwiększonego narażenia osób starszych na zatrucia jest to, że często są one pozostawione same przez długi czas. Ponadto, z wiekiem zwiększa się liczba problemów ze zdrowiem, a co za tym idzie ilość przyjmowanych leków. Osoby starsze są ponadto bardziej narażone na wystąpienie poważnych zdarzeń niepożądanych związanych z lekami (ADE), wymagających hospitalizacji. Na zwiększenie ryzyka wystąpienia takich zdarzeń u starszych dorosłych wpływa wiele czynników (Rich, 2018):

- **Zażywanie wielu leków:** Osoby w wieku powyżej 65 lat zażywają więcej leków na receptę niż młodszy pacjenci, poza tym stosują też leki i suplementy sprzedawane bez recepty, które mogą wchodzić w interakcje między sobą.
- **Zmiany fizjologiczne:** Z wiekiem następuje upośledzenie funkcji wątroby i nerek, co wpływa na metabolizm i wydalanie leków. Może wystąpić potrzeba dostosowania dawki do tych zmian, często jednak dawka pozostaje niezmienną.
- **Problemy poznawcze:** Osoby starsze mogą mieć upośledzone funkcje poznawcze, co negatywnie wpływa na samodzielne zażywanie leków.
- **Brak doświadczenia klinicznego:** Potrzeby osób starszych w zakresie leczenia są wyjątkowe. Oznacza to też prawidłowe przepisywanie leków i prowadzenie leczenia. Niestety brakuje specjalistów z dziedziny geriatricznej, a wielu lekarzy przepisujących leki nie posiada odpowiedniej wiedzy o geriatricznej. Dodatkowo liczba badań nad zażywaniem leków przez osoby starsze jest niewielka. Potrzebne są bardziej aktualne, oparte na dowodach informacje i dane statystyczne.

Rozważne stosowanie leków, w tym unikanie zażywania wielu specyfików i odpowiednie dawkowanie przepisanych leków ze względu na ich wąski zakres terapeutyczny to skuteczne sposoby na zapobieganie zatruciom (zwłaszcza niezamierzonym lub przypadkowym) wśród osób starszych. Zażywanie leków nie jest jednak jedynym powodem przypadkowych zatruc u seniorów.

Również chemikalia, środki do czyszczenia czy spreje mogą powodować negatywne reakcje organizmu.

Wskazówki jak uniknąć przypadkowego zatrucia (Pathways Home Health and Hospice, 2022);

- Wszystkie leki i substancje potencjalnie toksyczne należy przechowywać w zamkniętych szafkach lub poza zasięgiem bliskich starszych osób.
- Leki należy przechowywać w oryginalnych opakowaniach, upewnić się, czy mają odpowiednie etykiety i czy są przechowywane prawidłowo.
- Nie należy udostępniać leków na receptę innym osobom. Jeżeli bliska osoba zażywa więcej niż jeden lek w tym samym czasie, należy skonsultować się z dostawcą usług medycznych, aby dowiedzieć się więcej o możliwych interakcjach.
- Numer telefonu do miejscowego ośrodka kontroli zatruc należy umieścić na telefonie lub w pobliżu.
- W każdej sypialni należy zamontować czujniki wykrywające tlenek węgla.
- Należy zadbać o prawidłowe działanie wszystkich urządzeń, pieców, kominków i pieców opalanych drewnem przez cały rok.
- Należy używać opakowań zabezpieczonych przed dostępem dzieci, zwłaszcza przed odwiedzinami wnuków.
- Leki i produkty chemii gospodarczej należy przechowywać z dala od żywności.
- Leki należy zażywać w sposób bezpieczny. Należy upewnić się, że światło jest włączone, włożyć okulary i przeczytać etykietę przed każdym zażyciem leku. Należy przestrzegać instrukcji.
- Jeśli starszy krewny ma tendencje do zapomnienia, warto ustawić alarmy przypominające o zażyciu leków. Dodatkowo należy używać pojemników z przegródkami na tabletki, aby móc śledzićienne dawki.
- Produkty chemii gospodarczej należy używać zgodnie z przeznaczeniem. Przy mieszaniu produktów mogą uwalniać się niebezpieczne gazy.
- Należy prowadzić aktualną listę wszystkich zażywanych leków, w tym leków na receptę, leków bez recepty, witamin i suplementów diety. Lista powinna znajdować się pod ręką podczas każdej wizyty w aptece lub u lekarza.

2.3 Spożywanie alkoholu i nikotyny

Osoby starsze palące papierosy są bardziej narażone na gorszy przebieg i efekty typowych chorób związanych z wiekiem takich, jak cukrzyca, osteoporoza, choroby układu krążenia, chroniczne choroby nerek i problemy z układem oddechowym. Ponadto palenie zmniejsza skuteczność

szczepień i zwiększa ryzyko infekcji w starszym wieku. Udowodniono, że rzucenie palenia w starszym wieku jest korzystne dla zdrowia. Zerwanie z nałogiem nikotynowym może zmniejszać ryzyko upośledzenia funkcji poznawczych i zaniku mózgu i zapobiegać zażywaniu wielu leków, wynikającemu z leczenia złożonych chorób związanych z paleniem (w tym kardiologiczno-metabolicznych, chorób mięśni i układu kostnego oraz chorób mózgu), a także poprawić wyniki leczenia. rzucenie palenia, nawet w późnym okresie życia może znacznie zmniejszać śmiertelność i poprawiać jakość życia, w tym także u osób cierpiących już na choroby związane z paleniem. **Korzystne efekty dla zdrowia pojawiają się natychmiast, nawet w ciągu pierwszej godziny od odstawienia, a następnie utrzymują się przez dni, miesiące i lata** (Nguyen & Chen, 2020-2021).

2.4 Zdrowie psychiczne – depresja i demencja

Osiągnięcie optymalnego samopoczucia jest jednym z podstawowych celów we wszystkich dziedzinach opieki zdrowotnej, w tym również w geriatric. Badania wykazały, że na dobre samopoczucie osób starszych wpływają niektóre czynniki społeczno-demograficzne i kliniczne, takie jak ogólny stan zdrowia czy niepełnosprawność. Wcześniejsze badania wykazały także, iż samopoczucie osób starszych może zależeć od ich osobistych zasobów, takich jak modele radzenia sobie w trudnych sytuacjach, wielkość sieci kontaktów społecznych, poziom społecznego wsparcia oraz religia i duchowość. Promowanie wewnętrznych i zewnętrznych aktywności związanych z religią i (lub) życiem duchowym, może być cennym źródłem wzmacniania subiektywnego dobrego samopoczucia psychicznego osób starszych, pomóc im w adaptacji do starości i bezproblemowym starzeniu się. Pracownicy opieki zdrowotnej i społecznej powinni więc mieć świadomość, że działania zmierzające do wzmocnienia życia duchowego mogą poprawiać subiektywne dobre samopoczucie psychiczne seniorów. Z tego względu osoby starsze powinny być leczone zgodnie z **podejściem holistycznym**. Duchowość stanowi mediator między objawami depresyjnymi a subiektywnym dobrostanem u starszych dorosłych (Soósová et al, 2021).

DEPRESJA

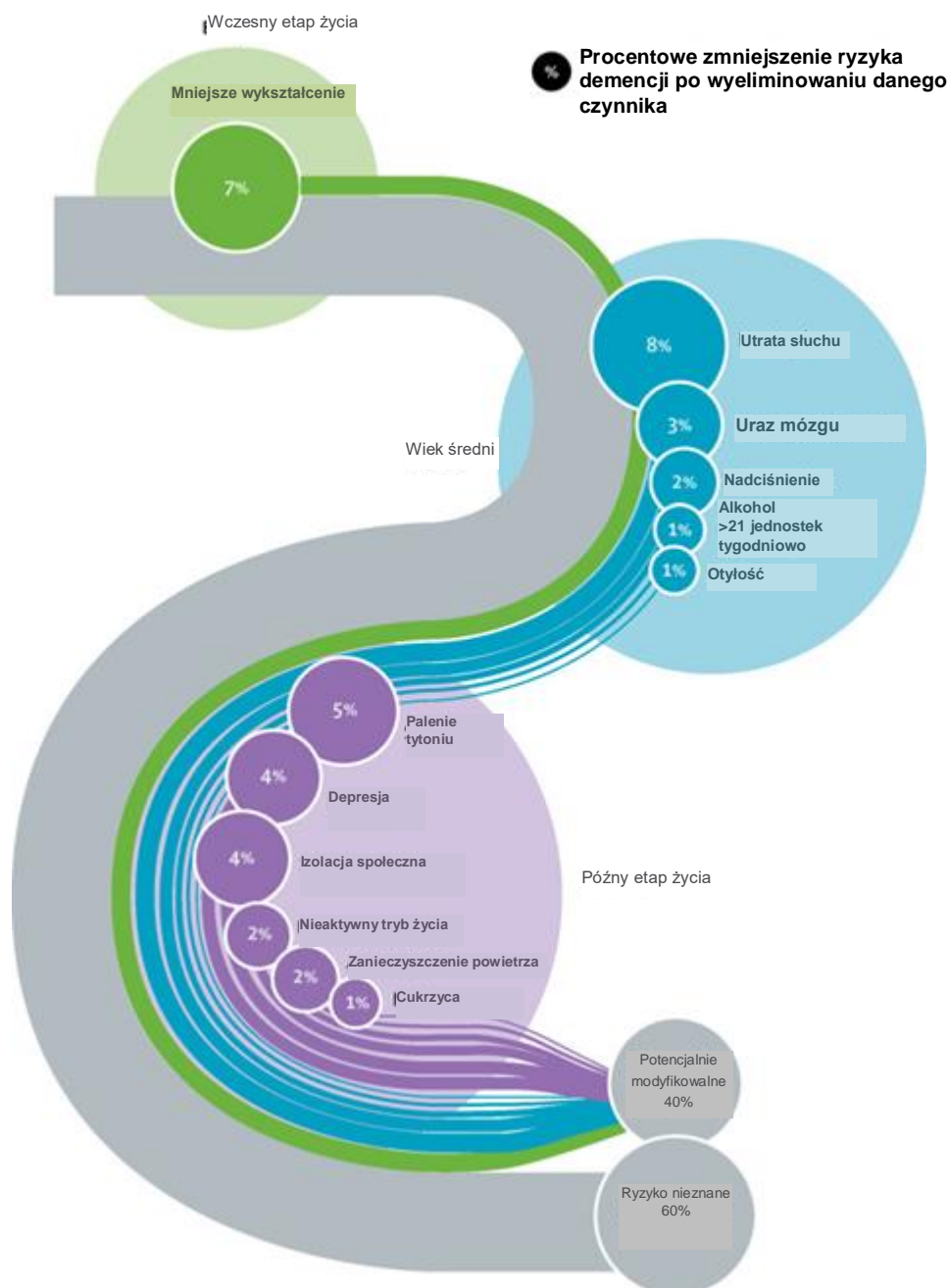
Częstość występowania depresji szacuje się na 4,4% w całej populacji, przy czym występuje ona częściej u kobiet i osób starszych. Jest ona jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności na świecie i istotnym elementem globalnego obciążenia chorobami. Depresja jest szeroko rozpowszechniona wśród osób starszych żyjących w społeczeństwie, a częstość jej występowania wzrasta wraz ze współwystępowaniem chorób przewlekłych, pogorszeniem funkcji poznawczych, oraz u osób starszych przebywających w szpitalach lub domach opieki (Soósová et al, 2021).

Depresja występuje powszechnie u osób z chorobą Alzheimera i pokrewnymi rodzajami demencji. Może także być wczesnym sygnałem ostrzegającym o możliwości zachorowania na demencję, lecz demencja może także powodować niektóre z objawów depresji. Wśród osób, u których niedawno zdiagnozowano demencję, wzrasta liczba prób samobójczych. Z tego względu ważne są terenowe systemy wsparcia, które pomagają pacjentom radzić sobie z otrzymaną diagnozą demencji i potencjalnymi następującymi po niej objawami depresji. W celu określenia skutecznych możliwości leczenia depresji u osób z demencją konieczne są dalsze badania (NIH, 2021).

DEMENCJA

Demencja jest szybko zyskującym na znaczeniu globalnym problemem zdrowia publicznego. Około 50 milionów ludzi na całym świecie cierpi na demencję, przy czym około 60% z nich mieszka w krajach o niskich i średnich dochodach (LMIC). Co roku diagnozowane jest prawie 10 milionów nowych przypadków demencji. Przewiduje się, że do roku 2020 całkowita liczba chorych sięgnie 82 milionów, a do roku 2050 nawet 152 milionów. Demencja powoduje wzrost kosztów ponoszonych przez rządy, społeczności, rodziny i jednostki oraz straty produktywności w gospodarce. W roku 2015 całkowite globalne koszty społeczne demencji szacowane były na 818 mld USD, co odpowiada 1,1% globalnego produktu krajowego brutto (PKB).

Co istotne, choć wiek jest najważniejszym znanym czynnikiem ryzyka utraty zdolności poznawczych, demencja nie jest naturalną ani nieuniknioną konsekwencją procesu starzenia. Niektóre niedawne badania wykazały istnienie związku pomiędzy upośledzeniem funkcji poznawczych i demencją a czynnikami ryzyka związanymi ze stylem życia, w tym brakiem aktywności fizycznej, paleniem tytoniu, niezdrową dietą lub nadmiernym spożyciem alkoholu. Również niektóre choroby wiążą się z podwyższonym ryzykiem rozwoju demencji. Są to między innymi nadciśnienie, cukrzyca, wysoki poziom cholesterolu, otyłość i depresja. Inne czynniki ryzyka, na które można wpływać, obejmują izolację społeczną i brak aktywności umysłowej (Rys. 6). Istnienie takich potencjalnie modyfikowalnych czynników ryzyka oznacza, że możliwe jest zapobieganie demencji poprzez odpowiednie działania z zakresu zdrowia publicznego, w tym wdrożenie kluczowych interwencji mających opóźnić lub spowolnić pogorszenie funkcji poznawczych lub rozwój demencji (WHO, 2019).



Rys. 6 Przepisywana populacji frakcja potencjalnie modyfikowalnych czynników ryzyka demencji (Livingston i in., 2020).

2.5 Korzystanie z informacji publikowanych w mediach: Jak poprawić dostęp, zrozumienie, ocenę i stosowanie informacji żeby zapobiegać chorobom i ryzyku?

Istotnym aspektem kompetencji zdrowotnych jest umiejętność rozsądnego korzystania z informacji dotyczących zdrowia, tj. zrozumienia i zastosowania dostępnych informacji i znajomość rzetelnych źródeł w celu podejmowania prawidłowych i odpowiednich decyzji dotyczących zdrowia.

Wiek jest najważniejszym czynnikiem wpływającym na korzystanie z Internetu przez starszych dorosłych. Badania krajowe wykazały, że liczba osób starszych przeglądających Internet, korzystających z technologii informatycznych i telekomunikacyjnych i używających mediów społecznościowych w ostatnich latach znacznie wzrosła. Niemniej jednak udowodniono, że aktywność w sieci zmniejsza się z wiekiem, a granicą wydaje się wiek 75 lat.

W konsekwencji ankiety i badania prowadzą do wniosku, że potrzebna jest odpowiednia edukacja starszych dorosłych, ucząca jak korzystać z Internetu. Mogłaby ona pomóc tym osobom w przełamaniu psychologicznych i społecznych barier, które ograniczają ich korzystanie z sieci. Przy opracowywaniu nowych urządzeń lub usług technologicznych mających poprawiać funkcje poznawcze należy zatem wziąć pod uwagę różne grupy wiekowe, tj. osoby w wieku 55-64 lat, 65-74 lat i powyżej 75 lat (Klimova i in., 2016; Klimova, 2017), bowiem mają one różne specyficzne potrzeby.

KORZYSTANIE Z INTERNETU

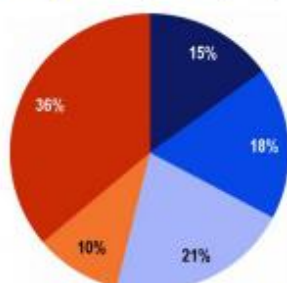
Dzięki korzystaniu z mediów społecznościowych seniorzy zyskują wiele pozytywnych punktów odniesienia w życiu osobistym i społecznym, bowiem bardziej angażują się w konstruktywne działania i koncentrują na samokształceniu. Jednakże oprócz korzyści, jakich może dostarczać korzystanie z sieci (tj. *znajomości najnowszych wiadomości i trendów, zapobiegania pogorszeniu zdolności poznawczych i depresji, itp.*), jeśli osoba starsza aktywnie korzysta z Internetu i mediów społecznościowych, musimy liczyć się z pewnymi zagrożeniami, jakie niosą ze sobą oszustwa, m.in. *phishing*, oraz błędne informacje.

Jeżeli mowa o faktach dotyczących zdrowia, to jednym z głównych ograniczeń mediów społecznościowych jest niska wiarygodność. Przejrzenie mnóstwa informacji dostępnych w sieci i odsianie tych nieprawdziwych staje się niezwykle trudne. Jeśli więc chcemy traktować media społecznościowe jako miejsce komunikacji na temat zdrowia, to należy zająć się problemami jakości i rzetelności tych informacji. Ilość nieprawdziwych informacji w środkach masowego przekazu znacznie wzrosła podczas niedawnego kryzysu pandemicznego. Zjawisko tzw. *infodemii*, czyli nadmiaru informacji, w tym informacji nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd, w środowisku cyfrowym i fizycznym podczas epidemii, co powoduje dezorientację i skłonność do podejmowania ryzyka, co może zaszkodzić zdrowiu (WHO, 2020) może dotknąć każdego użytkownika Internetu.. Jednak, choć wśród młodszych internautów wiedza o istnieniu nieprawdziwych informacji i *fake news* jest coraz bardziej powszechna, to dla starszych dorosłych i seniorów jest to wciąż nieznanym bliżej tematem. Mądre i ostrożne korzystanie z sieci i platform społecznościowych może w dużym stopniu przyczynić się do promowania zdrowia jednostkowego

i publicznego. Jednak bez troskie korzystanie z tych mediów może mieć także znaczny niekorzystny wpływ na sektor opieki zdrowotnej jak i na psychiczne i (lub) fizyczne seniorów.

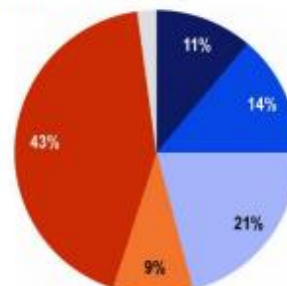
On average, within the last 12 months, how often have you used the Internet...

Q5. ...to access general information on health-related topics or ways to improve your health?



Base: Respondents who searched the Internet for general information on health-related topics within the last 12 months (N=8591)

Q17. ...to find specific information on a medical treatment or procedure?



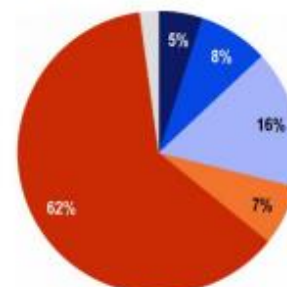
Base: Respondents who searched the Internet to find specific information on a medical treatment or procedure within the last 12 months (N=3561)

Q9. ...to find information on a specific injury, disease, illness or condition?



Base: Respondents who searched the Internet for information on a specific injury, disease or condition within the last 12 months (N=8395)

Q13. ...to get a second opinion after having visited your doctor?



Base: Respondents who searched the Internet to get a second opinion after having visited the doctor within the last 12 months (N=1563)

Nie wiem

- Once a week or more often
- Several times a month
- Approximately once a month
- Approximately once every two months
- A few times within the past year
- Don't know



Rys. 7 Korzystanie z Internetu, badanie European Citizens' Digital Health Literacy (Kompetencje e-Zdrowotne Obywateli UE), 2014.

Najważniejsze luki w kompetencjach cyfrowych osób starszych ujawniło europejskie badanie kompetencji e-zdrowotnych (European Citizens' Digital Health Literacy) opublikowane w 2014 r. Daje ono zadowalający ogólny poziom korzystania z Internetu przez obywateli europejskich, ich zdrowia i powiązanych kwestii. Ogólnie na poziomie UE, ośmiu na dziesięciu (80%) respondentów korzystało z Internetu dla potrzeb prywatnych w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Większość uczestników (59%) stwierdziła, że używała Internetu w celu poszukiwania informacji na

temat zdrowia w ciągu ostatnich 1 miesiący. Ponad połowa tej grupy (55%) stwierdziła, że poszukiwała ogólnych informacji na tematy związane ze zdrowiem i sposobów na poprawienie swojego zdrowia. Podobna grupa (54%) poszukiwała informacji dotyczących określonych urazów, chorób, przypadłości lub zaburzeń. Mniej niż jedna czwarta badanych (23%) poszukiwała szczegółowych informacji o konkretnej terapii lub zabiegu, zaś jedna dziesiąta (10%) korzystała z sieci w celu uzyskania drugiej opinii po wizycie u swojego lekarza.

3. Zalecenia i wskazówki dotyczące bezpieczeństwa

Wskazówki dla bezpiecznego

korzystania z informacji na temat zdrowia w mediach



Korzystaj tylko z bezpiecznych stron i aplikacji gdy poszukujesz informacji o zdrowiu

Dziel się doświadczeniami na forach internetowych



Dowiedz się, kto prowadzi daną stronę lub aplikację

Nigdy nie diagnozuj się sam. zawsze skonsultuj się z lekarzem przed zażyciem leków



Nigdy nie podawaj danych osobowych na stronie lub aplikacji, jeśli nie masz pewności, czy jest legalna

Poniższa analiza wskazuje na potrzebę opracowania i promowania strategii zmniejszenia cyfrowej przepaści wynikającej z nieodpowiedniej komunikacji między dostawcami, gdyż sytuacja ta niekorzystnie wpływa na dzieci, pacjentów starszych, osoby cierpiące na choroby psychiczne lub znajdujące się w innej niekorzystnej pozycji.

Zalecenia i wskazówki dotyczące bezpieczeństwa W celu uniknięcia niekorzystnych konsekwencji dla zdrowia i podjęcia działań mających zwalczać problem błędnych informacji, niezbędne jest pamiętanie o pewnych wskazówkach dotyczących bezpiecznego korzystania z mediów w sprawach związanych ze zdrowiem.

Jeżeli chodzi o informacje na temat zdrowia, istnieją krajowe i międzynarodowe strony internetowe i aplikacje zawierające informacje i porady medyczne. Niektóre z nich pomagają użytkownikom zrozumieć, jak działają określone leki albo poznać ogólne informacje na temat danej choroby lub przypadłości. Dostępne są na przykład fora internetowe, na których osoby cierpiące na tę samą chorobę dzielą się doświadczeniami i odpowiadają na pytania innych użytkowników. Szczegółowe informacje na temat konkretnych produktów dostępne są natomiast na stronach ich producentów. Chociaż takie witryny mogą

być niezwykle wartościowe, warto zawsze zastanowić się, zanim podejmie się działania na

podstawie informacji uzyskanych na stronie internetowej lub w aplikacji. Na początek bardzo istotna jest wiedza, kto stoi za daną stroną lub aplikacją. Informacje publikowane na stronach prowadzonych przez władze (ich adresy kończą się na.gov) lub uznane instytucje medyczne są z zasady rzetelne. Jednakże niektóre witryny komercyjne promujące produkty mogą kierować się wątpliwymi celami. Nie oznacza to oczywiście, że nie zawierają one żadnych przydatnych informacji, lecz mimo to warto o tym pamiętać.

Nawet porady dotyczące diagnozowania choroby zamieszczone na uczciwych stronach nie zawsze są rzetelne, bowiem niektóre informacje mogły nie być zweryfikowane przez specjalistów. Występowanie objawu powiązanego z daną chorobą nie oznacza jeszcze, że dana osoba starsza na pewno cierpi na tę chorobę. Poza tym seniorzy powinni zawsze skonsultować się z lekarzem lub zaufanym pracownikiem służby zdrowia przed podjęciem działania lub zażyciem leków.

Należy pamiętać, aby nigdy nie podawać danych osobowych ani informacji medycznych na stronie lub w aplikacji dopóki nie upewnimy się, że strona działa legalnie, szanuje i chroni prywatność jej użytkowników.

Wreszcie w sieci można znaleźć mnóstwo informacji na temat jedzenia, w tym informacje o odżywianiu i doskonałe przepisy kulinarne. W serwisie YouTube i na innych platformach publikowane są filmy wideo z ćwiczeniami uczące widzów, jak wykonywać konkretne ćwiczenia. Choć takie materiały mogą być bardzo pomocne, osoby starsze muszą zdawać sobie sprawę z własnych ograniczeń. Przed rozpoczęciem nowej aktywności fizycznej należy rozważyć konsultację z lekarzem lub trenerem osobistym.

III. PRACA ZE STARSZYMI DOROSŁYMI: ZALECENIA I PRZYKŁADY NAJLEPSZYCH PRAKTYK DLA ROZWIJANIA KOMPETENCJI ZDROWOTNYCH

Kompetencje zdrowotne są rezultatem skutecznej edukacji zdrowotnej, rozwijającej zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu do informacji zdrowotnych i korzystania z nich w celu podejmowania prawidłowych decyzji zdrowotnych i utrzymania dobrego zdrowia. Zależność ta jest przedstawiona szczegółowo na Rysunku 8. Edukacja zdrowotna koncentruje się na budowaniu umiejętności jednostek za pomocą technik edukacyjnych, motywacyjnych, rozwijających zdolności i podnoszących świadomość. Z drugiej strony, zdrowa polityka państwowa zapewnia wsparcie środowiskowe mające zachęcać i promować zmiany zachowania (WHO, 2012).



Rys. 8 Zależności pomiędzy głównymi koncepcjami dotyczącymi zdrowia

1. Wzmacnianie systemów i organizacji (uniwersytety trzeciego wieku, domy opieki), aby poprawić ich kompetencje zdrowotne

Tabela 5. Przykłady strategii, programów i planów działania dostępnych w krajach grupy V4 i mających poprawiać kompetencje zdrowotne osób starszych

	CZ	HU	PL	SK
Poziom systemu				
Strategie				
Narodowa Strategia e-Zdrowia Republiki Czeskiej na lata 2016-2020	o			
Strategiczny Plan Ramowy dla Zdrowia na lata 2014-2030				o
Strategia ustawicznego kształcenia i doradztwa na lata 2021-2030				o

2030 Strategia Transformacji Cyfrowej dla Słowacji				o
Strategia Opieki Długoterminowej 2030		o		
Programy				
Zdrowie 2020 – Narodowa Strategia Ochrony i Promocji Zdrowia i Profilaktyki	o			
Zdrowie 2030 - ramowy program strategiczny dla rozwoju opieki zdrowotnej w Republice Czeskiej do roku 2030.	o			
Narodowy Program Promocji Zdrowia				o
Program Aktywnej Starości na lata 2021-2030 (NPAS-II)				o
Narodowy program kompleksowych badań przesiewowych		o		
Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025			o	
Program Aktywni+ na lata 2021-2025			o	
Program Wspieraj Seniora			o	
Plany działania				
Narodowy Plan Działania dla Wspierania Dobrej Starości	o			
Plan Działania dla Cyfrowej Transformacji Słowacji na lata 2019-2022				o

2. Włączenie kompetencji zdrowotnych do kształcenia dorosłych: zestaw narzędzi praktycznych

2.1 Kilka wskazówek dotyczących nauczania kompetencji zdrowotnych w twojej organizacji

- **Tworzenie środowiska wspierającego uczenie się**

Żeby skutecznie włączyć kompetencje zdrowotne do kształcenia grupy nie trzeba być profesjonalnym edukatorem przekazującym wiedzę klientom. Celem powinno być stworzenie takiego środowiska kształcenia, w którym nauczone są umiejętności mogące pomóc dorosłym uczestnikom szkoleń w poszukiwaniu, rozumieniu, ocenie, przekazywaniu i wykorzystywaniu informacji zdrowotnych dla siebie i dla swoich rodzin.

- **Korzystanie z poglądów, doświadczeń i wiedzy uczestników kursu o zdrowiu jako podstawy do nauki**

Ludzie często najlepiej się uczą od siebie. W środowisku nauki, w którym wkład każdego uczestnika jest ceniony, dorośli będą chętnie dzielić się wiedzą i przemyśleniami, doceniać pomysły innych oraz przyswajając i oceniając nowe informacje i wykorzystywać je przy podejmowaniu decyzji.

- **Współpraca z lokalnymi organizacjami opieki zdrowotnej**

Współpraca z lokalnymi organizacjami opieki zdrowotnej oferuje możliwości nauki w warunkach rzeczywistych, np. wycieczek czy słuchania prelekcji. Taka współpraca może rozszerzać wiedzę na temat dostępnych usług i poprawić pewność siebie uczestników w samodzielnym korzystaniu z tych zasobów.

- **Przygotowanie wykładowców na spotkanie ze słuchaczami przed zajęciami**

Specjaliści z dziedziny ochrony zdrowia, a nawet edukatorzy zdrowotni często nie są przygotowani na przekazywanie informacji w sposób zrozumiały dla dorosłych słuchaczy. Przekaż wykładowcom wskazówki na temat jasnej komunikacji. Korzystaj z materiałów wizualnych, objaśniaj nowe terminy i rozbijaj program na łatwiej przyswajalne fragmenty.

- **Zachęcanie dorosłych do dzielenia się nabytą wiedzą z innymi**

Przekazywanie informacji o zdrowiu innym może zachęcić uczestników do dzielenia się nabytą wiedzą z przyjaciółmi i rodziną, a oprócz tego daje im możliwość wykorzystania nowo poznanych informacji i wzmacnia efekty kształcenia.

Pod poniższym linkiem znajduje się materiał wideo przedstawiający elementy zajęć na temat kompetencji zdrowotnych. <https://www.youtube.com/watch?v=ppyqEqSQWuE> - Zestaw narzędzi TSTM: Kompetencje Zdrowotne w Działaniu

2.2 Stosowanie technik komunikacji

a) Narzędzia usprawniające komunikację USTNA

- **Używanie pytań otwartych** np. „Proszę powiedzieć, co Pan(i) zrobi po powrocie do domu?”
 - **Metoda „teach-back” (uczenie zwrotne)** Metoda ta pomaga pracownikom służby zdrowia potwierdzić, że pacjent zrozumiał przekazane mu informacje. Jest ona uznana za jedną z najlepszych praktyk dla bezpieczeństwa np. w pracy z pacjentami z cukrzycą o niskim wykształceniu. Pracownik służby zdrowia może np. zapytać: *„Chcę się upewnić, czy prawidłowo wyjaśniłem Panu (Pani) sposób zażywania leków. Czy może Pan(i) powiedzieć mi, jak zamierza Pani(i) zażywać leki?”* Albo: *„Co zamierza Pan(i) zrobić po powrocie do domu?”* Takie pytania pomagają ustalić, w jakim stopniu informacje zostały zrozumiane i jakich elementów planu działania pacjent mógł nie zrozumieć. Pracownik może wtedy zareagować przekazując odpowiednie informacje zwrotne i wyjaśnić pacjentowi elementy, które były niezrozumiałe. Zastosowanie tej metody przedstawiono m.in. pod poniższymi adresami www:
 - https://www.youtube.com/watch?v=puyNz4f_J3o – Teach-back dla zrozumienia, CC MI
 - https://www.youtube.com/watch?v=bzpJJYF_tKY – Czym jest Teach-back?, IHI Open School
 - <https://www.youtube.com/watch?v=lKxjimpD7vfY> – program kompetencji zdrowotnych stanu Karolina Północna
 - <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/education/curriculum-tools/shareddecisionmaking/tools/tool-6/share-tool6.pdf> - AHRQ. Metoda SHARE
 - <https://cdn.pfizer.com/pfizercom/health/help-your-patients.pdf> - Pfizer
- **Program trzech pytań (Ask Me 3)** Program ten zaprojektowano tak, aby usprawnić komunikację przez zachęcanie pacjentów do zadawania trzech pytań podczas każdej wizyty, żeby upewnić się, że zrozumieli odpowiedzi. *„Co jest moim najważniejszym problemem? Co powinienem zrobić? Dlaczego to jest ważne?”*

- **Model L.E.A.R.N** Nazwa modelu jest akronimem angielskich słów Listen (Słuchaj), Explain (Wyjaśnij), Acknowledge (Przyjmij do wiadomości), Recommend (Zalecaj), Negotiate (Negocjuj). Berlin & Fowkes Jr, 1983
- **Historyjki obrazkowe** Historyjki obrazkowe zaprojektowano tak, aby pomóc edukatorom omawiać tematy wpływające na zdrowie i samopoczucie ich klientów. Są one przydatne w edukowaniu osób dorosłych o niskich kompetencjach ogólnych, gdyż to oni zwykle mają najmniejszą świadomość i dostęp do usług opieki zdrowotnej. Tekst w historyjkach ograniczony jest do niezbędnego minimum tak, aby przekazać najmniejszą ilość informacji wystarczającą do zilustrowania pewnej koncepcji bez rozpraszania uwagi odbiorcy. Historyjki zaprojektowano jako bezpieczne, neutralne pomoce naukowe umożliwiające osobom dorosłym omawianie trudnych kwestii, zadawanie pytań i uzyskiwanie informacji. Przykład: Singleton, https://www.cal.org/caela/esl_resources/Health/

Inne wybrane strategie, jakie mogą być stosowane przez pracowników opieki zdrowotnej, aby pomóc seniorom przezwyciężyć ograniczenia wynikające z niskich kompetencji zdrowotnych przedstawiono w Tabeli 6 (Peng, Valpreda & Lechelt, 2015).

Tabela 6. Zalecenia dotyczące pomocy pacjentom posiadającym ograniczone kompetencje zdrowotne.

Strategia	Najważniejsze elementy
Przywitaj pacjenta serdecznie	Utrzymuj kontakt wzrokowy podczas ciepłego powitania i całej rozmowy, aby zachęcić do zadawania pytań i rozmowy o problemach.
Zmodyfikuj podejście kliniczne	Używaj prostego języka (np. za wysokie ciśnienie krwi zamiast nadciśnienie tętnicze, zawał serca, itp.) Mów powoli i wyraźnie. Używaj konkretnych i dokładnych określeń.
Ogranicz ilość przekazywanych informacji	Skoncentruj się na 3-5 kluczowych kwestiach podczas każdej wizyty i powtarzaj je.

Używaj różnorodnych form komunikacji	<p>Używaj więcej niż jednej formy komunikacji.</p> <p>Rysuj proste obrazki, pokazuj ilustracje, korzystaj z trójwymiarowych modeli.</p> <p>Pokazuj pacjentom materiały wideo lub interaktywne programy komputerowe.</p> <p>Dostosuj formę komunikacji do pacjentów słabo znających język.</p>
Zachęcaj	Zachęcaj pacjentów do zadawania pytań na temat ich zdrowia i planu leczenia oraz do podjęcia aktywnej roli w zarządzaniu opieką nad własnym zdrowiem.
Potwierdzaj zrozumienie	<p>Nie pytaj „Czy Pan(i) mnie rozumie?”</p> <p>Zamiast tego zapytaj: „O co chciał(a)by Pan(i) zapytać?”</p> <p>Potwierdzaj zrozumienie używając metody „teach-back” – prosząc pacjenta o wyjaśnienie przekazanych mu informacji.</p>
Zapewnij pacjentowi dodatkowe wsparcie	Promuj przestrzeganie zasad i umiejętność samodzielnego dbania o siebie przez wprowadzenie wizyt grupowych, porad telefonicznych lub online, przypomnień lub systemu monitorowania łączącego pacjentów w miarę potrzeb z jednym lub większą liczbą członków zespołu pracowników opieki zdrowotnej.

b) Narzędzia usprawniające komunikację PISEMNA

Poniżej przedstawiono najważniejsze elementy, jakie należy wziąć pod uwagę przy projektowaniu materiałów na temat podejmowania decyzji zdrowotnych dla osób starszych (CDC, 2021), <https://www.cdc.gov/healthliteracy/developmaterials/audiences/olderadults/understanding-decisions.html>:

- **Poczucie sprawczości.** Starsi dorośli chcą mieć kontrolę nad własnym zdrowiem. Komunikaty powinny być tak sformułowane, aby odbiorca był pewny, że potrafi wykorzystać informacje w taki sposób, żeby wpłynęły na jego życie.
- **Zaufane źródło.** Osoby starsze chętniej podejmują działania, kiedy informacja zdrowotna pochodzi z pewnego źródła. Aby ustalić, jakie źródła seniorzy z grupy odbiorców przekazu

uznają za wiarygodne, warto posiłkować się wynikami ankiet lub zapytać kierownictwo organizacji zrzeszających osoby starsze.

- **Samodzielność.** Osoby starsze lubią poznawać nowe informacje na temat zdrowia za pośrednictwem różnych metod. Niektórzy preferują informacje przekazywane ustnie lub na piśmie, podczas, gdy inni są „wzrokowcami”, a część osób wykorzystuje połączenie obu tych cech. Warto rozważyć wykorzystanie różnorodnych metod do przekazywania informacji, np. ulotek, broszur, materiałów wideo i nagrań audio.
- **Orientacja na rozwiązanie.** Osoby starsze często nie lubią być przytłoczone mnóstwem informacji na temat zdrowia. Wolą otrzymywać szybkie i jasne rozwiązania dla swoich problemów zdrowotnych. Należy przygotować krótkie, zwięzłe komunikaty opisujące kolejno wszystkie działania, jakie odbiorca w starszym wieku powinien podjąć, żeby osiągnąć pożądany cel.

2.3 Problemy wpływające na kompetencje zdrowotne u starszych dorosłych (CDC, 2021)

Proces starzenia się prowadzi do normalnych zmian funkcji poznawczych, w szczególności do obniżenia tempa przetwarzania informacji, zwiększonej tendencji do rozpraszania uwagi i zmniejszenia zdolności do przetwarzania i zapamiętywania nowych informacji. Wiele osób starszych zmagają się także z problemami wynikającymi z pogorszenia wzroku i słuchu. Poniższe strategie mogą być przydatne w pracy z osobami:

o upośledzonych funkcjach poznawczych:

- Powtarzanie najważniejszych informacji
- Koncentrowanie się na znaczeniu informacji, tzn. na ogólnym przekazie.
- Używanie [prostego języka](#)
- Podkreślanie koniecznych kierunków działania
- Stosowanie materiałów przypominających (np. broszur, ulotek)
- Włączanie aktywności ćwiczących umiejętności do przekazu, aby go wzmocnić.

słabo widzącymi:

- Informacje powinny być dobrze widoczne i czytelne.
- Kontrast: Tekst powinien być wydrukowany z najwyższym możliwym kontrastem. Można to osiągnąć stosując czarny druk na białym tle.

- Rozmiar czcionki: Przy przygotowywaniu materiałów dla osób starszych należy używać czcionki o rozmiarze 16-18 pkt lub większej.
- Interlinia: Osoby o słabym wzroku mogą mieć trudności ze znalezieniem początku następnego wiersza podczas czytania, więc odstęp pomiędzy kolejnymi wierszami tekstu powinien wynosić co najmniej 25 procent rozmiaru czcionki.
- Rodzaj papieru: należy unikać błyszczącego papieru kredowego ze względu na odbicia światła.
- Niewielka objętość tekstu
- Zapewnienie informacji w formie dźwiękowej

słabo słyszącymi:

- Należy ograniczyć hałas w tle
- Należy mówić wyraźnie i głośniejsz niż zwykle.
- Nie należy jeść ani żuć gumy podczas rozmowy.
- Zawsze należy zwracać się twarzą do rozmówcy.

3. Wdrażanie programów edukacyjnych i działań związanych z promocją zdrowia, ochroną zdrowia i profilaktyką chorób osób starszych

Działania rządowe skierowane do osób dorosłych, dotyczące problematyki edukacji zdrowotnej różnią się swoim zasięgiem i tematyką w krajach V4. Wytyczne dotyczące ochrony i promocji zdrowia mogą znajdować się w programach tematycznych dotyczących starzenia się, budowania kultury całościowego uczenia się – Lifelong Learning (przykład Republiki Czeskiej) czy być elementami większych choć wyspecjalizowanych programów (jak na przykład w Polsce, w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej – wieloletniego programu na lata 2020-2030).

Epidemia COVID-19 uwidoczniła dodatkowo potrzeby osób dorosłych w zakresie wiedzy zdrowotnej i potrzeb edukacyjnych w tym zakresie. Podatność na fakenewsy związane z tematami pandemicznymi, związana z nimi niechęć do szczepień i lęk przed potencjalnymi powikłaniami prowadziły do niskiego poziomu wyszczepienia w każdym z krajów Grupy Wyszehradzkiej. W Polsce odnotowano jeden z najwyższych poziom zgonów mimo tych doniesień poziom wyszczepienia populacji nie wzrósł znacząco.

Zdecydowana większość programów profilaktycznych dotyczących zdrowia kierowana jest do dzieci i młodzieży a ich tematyka przewidziana do realizacji w ramach programów szkolnych (przykład: Polska, Węgry).

W krajach Grupy Wyszehradzkiej różne są organa zajmujące się realizowaniem działań związanych z polityką zdrowotną – są to zarówno Ministerstwa Zdrowia, Sprawiedliwości, Edukacji. Powodować to może z jednej strony trudności z koordynacją działań międzyresortowych, z drugiej zaś rozkładać odpowiedzialność za założone wyniki przewidziane do osiągnięcia w ramach programów.

W poziomie Unii Europejskiej istnieje Europejskie Centrum ds. przeciwdziałania i kontroli chorób (The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)). Jego misją nie jest jednak edukowanie w zakresie zdrowia – choć działanie to realizowane jest pośrednio – a przede wszystkim gromadzenie danych o występujących zagrożeniach, analizowanie ich i przedstawianie rekomendacji dotyczących zdrowia publicznego na terenie UE.

Działania związane z edukacją – i tutaj należy podkreślić, że wyraźnie widoczny jest temat edukacji gerontologicznej w zakresie zdrowia – realizuje WHO. Jak inne agendy międzynarodowe jest ona jednak organizacją, której działania mogą, ale nie muszą być implementowane w ramach działań poszczególnych rządów. Co więcej materiały tam dostępne nie są tłumaczone na wszystkie języki, a jedynie ta najczęściej używane i najpopularniejsze na świecie (m.in. angielski, chiński, arabski czy hiszpański) – co powoduje, że mieszkańcy krajów w którym języki te nie są powszechnie znane nie mają dostępu do materiałów tam udostępnianych.

Działania realizowane na poziomie rządowym i samorządowym są realizowane w językach narodowych – a to zapewnia i skuteczniejsze dotarcie do grup docelowych i możliwość monitorowania na bieżąco potrzeb i postępów w ramach Programów. Warunkiem ich dobrego działania jest jednak to by były spójne, adaptowalne, odpowiadały na potrzeby lokalne i były prowadzone w ramach długofalowej polityki (tak się już dzieje np. w Republice Czeskiej czy na Słowacji), nie zaś krótkoterminowych programów.

Kluczowym wyzwaniem w zakresie upowszechniania świadomości zdrowotnej jest:

1. W zakresie budowania kanałów dotarcia do grup docelowych i kształtowania postaw w tych grupach:
 - dotarcie do osób z kluczowych grup (zbudowania kanałów dotarcia) w celu dostarczenia im wiarygodnej, poświadczonej za zgodność ze stanem faktycznym nauk o zdrowiu, wiedzy na temat sposobów życia w zdrowiu (tak by podtrzymać jak najdłuższą aktywność i samodzielność)

- dotarcie do osób z kluczowych grup (zbudowanie kanałów dotarcia) w celu promowania narzędzie analogowych (bezpośrednich) i cyfrowych (zdalnych) pozwalających na zdobywanie nowych informacji, wybieranie strategii prozdrowotnych, komunikowania się ze specjalistami świadczącymi wysokiej jakości porady w różnych zakresach (medyczne, żywieniowe, dotyczące aktywności fizycznej, etc).
2. W zakresie budowania wspólnej wiedzy i postaw poprzez dostępne lub nowo utworzone kanały:
- dystrybucja przez wydolne kanały komunikacji z różnymi grupami odbiorców wiarygodnych informacji i porad w kluczowych kwestiach dotyczących zdrowia, diety, aktywności fizycznej i społecznej. Ma to na celu promocję konkretnych postaw i praktyk, ale także promocję samej postawy polegającej na świadomym i uważnym podejściu do kwestii zdrowia oraz jakości życia, zarówno własnego jak i bliskich osób.
 - proaktywne animowanie postaw prozdrowotnych w drodze: kampanii społecznych realizowanych poprzez media i pracowników służby zdrowia/pracowników społecznych/branżowe NGO'sy, krajowych i lokalnych kampanii profilaktycznych, działania ambasadorów i influencerów, wspólnotowych akcji lokalnych (podobnych do działań krwiodawczych czy w zakresie badań mammograficznych często realizowanych w niewielkich miejscowościach krajów Europy Centralnej gdzie przyjazd specjalistycznego autobusu i niewielka promocja de facto kreują akcję oddawania krwi czy poddawania się badaniom mammograficznym).

Skuteczne akcje wymagają:

- znaczących budżetów uchwalanych w perspektywie minimum kilku lat
- bieżącego monitorowania i ewaluowania efektów
- prowadzenia działań według ustalonych parametrów
- dystrybuowania informacji certyfikowanych, a więc zatwierdzonych tak by były zgodne ze stanem wiedzy naukowej i pozostawiały jak najmniej wątpliwości wobec ich prawdziwości czy intencji upowszechniania
- zniuansowania kanałów dotarcia tak by docierać skutecznie do różnych grup, w tym np. starszych osób żyjących w jednoosobowych gospodarstwach domowych (kanałami mogą być: media masowe, media lokalne - telewizja, radio, internet, prasa; infrastruktura podmiotów pracowników medycznych czy społecznych; w wypadku największych krajowych programów hybrydowa i masowa kompilacja obu sposobów dotarcia).

- decentralizacji znaczącej liczby działań tak by były prowadzone jak najbliżej ostatecznych beneficjentów i by mieli oni wrażenie, iż działania wobec nich podejmowane są z troską i szacunkiem.
- wykorzystania również mediów tradycyjnych, najczęściej użytkowanych przez osoby starsze. Konieczne są działania pozwalające nie tylko emitować krótkie spoty ginące w gąszczu innych komunikatów, ale umieszczać w ramówkach programy edukacyjne i poradnikowe w tym również w pasmach wysokiej oglądalności.

3.1 Example/Case study: “The Understanding Campaign”, Poland.

Przykładem ciekawej akcji budowania świadomości zdrowotnej była przeprowadzona w Polsce kampania “Zrozumieć Starość” prowadzona w Polsce w latach 2018-2020. Kampanię zorganizowała Fundacja Zaczyn, która wraz ze sponsorami komercyjnymi zgromadziła niewielki budżet oscylujący poniżej 100 000 euro. Kampania miała kilka równorzędnych celów (każde z działań przebiegało więc w innych kanałach i wobec innych odbiorców). Stało się tak ponieważ wszystkie inne kampanie krajowe dotyczące zdrowia osób dorosłych i starszych skupiały się na wąskich tematach (np. profilaktyki konkretnych chorób) i nie przedstawiały złożonego i prawdziwego obrazu starzenia się osób w zaawansowanym wieku lub infantylizowały kwestie związane z objęciem osób starszych opieką (typowy obraz z banków zdjęć, gdzie wesóły pielęgniarz podaje tabletkę roześmianej seniorce w znakomicie ułożonych włosach).

Celem kampanii pod nazwą “Zrozumieć Starość” było:

- uświadomienie społeczeństwu, iż w Polsce funkcjonuje ponad 1 milion osób 60+, które żyją w realnej izolacji społecznej i osamotnieniu
- wzmocnienie nacisku na decydentów ws. konieczności wdrożenia nowych narzędzi w zakresie dostarczenia osobom starszym usług medycznych i opiekuńczych
- uświadomienie młodszym odbiorcom wyzwań związanych ze starzeniem się w wymiarze fizycznym i psychicznym
- dostarczenie praktycznej wiedzy i informacji osobom dorosłym, które opiekują się seniorami ze swoich rodzin (która to konieczność pojawia się najczęściej nagle, bez odpowiedniego przygotowania osób świadczących wsparcie zależnym seniorom) lub chcą świadczyć usługi opiekuńcze zawodowo - chodzi zarówno o kwestie medyczne, jak i: zagadnienia prawne w tym dostęp do usług rzeczniczych, kwestie finansowe w tym uprawnienia do finansowania opieki, kwestie dietetyczne oraz inne.

- Upowszechnienie wśród osób starszych o wysokim zakresie samodzielności pozytywnych wzorców dbałości o własne zdrowie, pozwalających na dobre starzenie się i utrzymanie jak najdłuższej samodzielności (w tym w zakresie diety, aktywności fizycznej, etc.).

Kampania trwała 2,5 roku. Prowadzona była niskokosztowo co umożliwiły szerokie kontakty instytucjonalne Fundacji Zaczyn i jej status organizacji pozarządowej nie działającej dla zysku. W ramach kampanii powołano zespół ekspercki gromadzący lekarzy specjalistów, geriatrów, gerontologów społecznych, ale także specjalistów w zakresie komunikacji społecznej. W ramach kampanii zrealizowano następujące działania mające następujące efekty i ujawniające znaczące potrzeby/deficyty w zakresie kwestii zdrowia i opieki:

DZIAŁANIE	EFEKT	Potrzeba/deficyt wskazujące na konieczność realizacji kolejnych działań na rzecz upowszechniania świadomości zdrowotnej lub wskazujący na konieczność wdrożenia działań na rzecz grup wrażliwych
<p>Przygotowanie i emisja spotu o problemach osamotnionych osób starszych żyjących w izolacji, ale najczęściej posiadających rodziny i będących w zasięgu służb społecznych.</p> <p>Zrealizowano 45 sekundowy spot. Jego emisji komercyjnej Fundacja nie mogła pokryć. Funkcjonuje jednak w Polsce prawo pozwalające na bezpłatną emisję spotów przygotowanych przez organizacje pozarządowe</p>	<p>Emisja spotów ponad 500 razy.</p> <p>Łącznie 10 milionów kontaktów z odbiorcami.</p> <p>Omówienia medialne celów kampanii i przedstawienie kwestii problemowych związanych ze starzeniem się w ponad 20 publikacjach mediów masowych ogólnokrajowych</p>	<p>Ujawniła się otwartość mediów masowych na sprawy problemów osób starszych. Wbrew powszechnemu przekonaniu media masowe gotowe są skupiać się na tematach dotyczących znaczących wyzwań i trudnych do rozwiązania tematów. Są również podatne na docieranie do grup osób 60+, które w krajach V4 nie są uznawane za "grupy komercyjne". Wydaje się, że wsparcie budżetowe kampanii czy programów misyjnych (poradniczych,</p>

<p>posiadające status Organizacji Pożytku Publicznego). Po akceptacji spotów telewizyjnych i radiowych były one emitowane we wszystkich ogólnopolskich kanałach polskiej telewizji publicznej i polskiego radia publicznego. Ogółem spot wyemitowano ponad 500 razy.</p>		<p>edukacyjnych) dedykowanych tematyce zdrowotnej, gwarantowałyby znaczące zasięgi. W celu zapewnienia efektywności kosztowej takich działań realizowanych w mediach konieczne byłoby zbudowanie z mediami dłuższej perspektywy współpracy.</p>
<p>Skonstruowanie “symulatorów starzenia” i “tournee” z nimi.</p> <p>Fundacja skonstruowała “symulatory starzenia” czyli tzw. “kombinezony geriatryczne”. Są to kombinezony złożone z materiałów tekstylnych, obciążników, usztywniaczy, specjalnych okularów i słuchawek. Po założeniu pozwalają one poczuć osobie młodszej jak zmienia się codzienne funkcjonowanie seniora i uwrażliwić na liczne ograniczenia. Kombinezony zostały skonstruowane tak by nie naruszyć rozwiązań patentowych znanych od lat i drogich kombinezonów stosowanych np. w szkoleniu opiekunów medycznych.</p> <p>Następnie z kombinezonami odwiedziliśmy ponad 50 szkół</p>	<p>Ponad 1000 osób z wielu kluczowych grup założyło kombinezony, w tym z grup decyzyjnych. Ponad 10 000 osób uczestniczyło w warsztatach eksploatujących kombinezon.</p> <p>Odczucia “z ciała osoby starszej” relacjonowano w ponad 20 materiałach dziennikarskich ogólnokrajowych i przez kilka redakcji lokalnych.</p> <p>Zasięg tych programów telewizyjnych, radiowych czy publikacji internetowych oceniamy na 6 milionów.</p>	<p>Doświadczone związane z tą osią kampanii wskazały, że media masowe, instytucje edukacyjne czy podmioty publiczne są otwarte na upowszechnianie niestandardowych komunikatów związanych ze starzeniem się. Kluczem jest ciekawa formuła i oryginalny pretekst.</p> <p>Każdy z materiałów medialnych przedstawiających “ciekawostkę” jaką jest kombinezon skupiał się też na wybranym aspekcie problemowym dotyczącym starzenia się, wyzwaniach zdrowotnych, celów do podjęcia na rzecz starzejącego się społeczeństwa przez administrację publiczną, etc.</p>

<p>(ponad 500 uczniów założyło je, a ponad 5000 obserwowało fizyczne zmiany gwałtownie typowe dla osób w wieku starszym, nasilające się u ich kolegów po założeniu kombinezonów), 15 redakcji mediów lokalnych i ogólnokrajowych, 10 start-upów projektujących rozwiązania dla osób starszych, instytucje publiczne mające realny wpływ na tworzenie legislacji i rozwiązań korzystnych dla seniorów, 15 oddziałów geriatrycznych i placówek medycznych. Odwiedziliśmy też dwa popularne programy śniadaniowe i kilka programów publicystycznych i naukowych - ich prowadzący na wizji ubierali kombinezony i omawiali pojawiające się bariery w ich funkcjonowaniu, przez co wzmocnili postawy empatyczne wobec osób starszych a zwłaszcza wobec fizycznego i zdrowotnego aspektu ich funkcjonowania.</p>		
<p>Strona poradnikowa "Zrozumieć Starość".</p> <p>Uruchomiono specjalną stronę poradnikową dedykowaną opiekunom osób starszych.</p>	<p>Aktualizowana na bieżąco strona zanotowała do tej pory ponad 1 milion wejść i ponad 100 000 niepowtarzalnych użytkowników.</p>	<p>Popularność strony i zgłaszane poprzez nią liczne zapytania ujawniły ewidentny brak rzetelnego źródła agregującego wiedzę przydatną zarówno samym seniorom jak i</p>

<p>Osoby te mają najczęściej znaczące deficyty wiedzy i umiejętności. Źródła informacji przeznaczonych dla nich są zaś rozproszone.</p> <p>Uruchomiliśmy więc holistyczny serwis poradnikowy, w którym opublikowano ponad 200 materiałów edukacyjnych przygotowanych przez ekspertów. dotyczyły one dbałości o zdrowie, zasad pielęgnacji, wsparcia psychologicznego, ale także kwestii prawnych i organizacyjnych.</p>		<p>opiekunom osób starszych. Konieczne jest uruchomienie kompleksowych serwisów prezentujących liczne wartościowe treści poradnikowe dedykowane zdrowiu i dobrostanowi osób starszych, dostosowane zwłaszcza do dwóch grup odbiorców: samych seniorów i opiekunów seniorów. Chodzi oczywiście o strony pozbawione komunikatów komercyjnych.</p>
<p>Poradnik dla opiekunów “Zrozumieć Starość”.</p> <p>Kilkunastu specjalistów opracowało pierwszy w Polsce kompleksowy poradnik dedykowany opiekunom osób starszych. Poradnik akcentuje treści związane ze świadczeniem opieki, dbałości o dobrostan zdrowotny, zasad i dobrych praktyk pielęgnacji, dbałości o kondycję psychiczną zarówno osób zależnych jak i świadczących opiekę. Ponad 200 stronicowy poradnik omawia też kwestie związane z finansami, uprawnieniami do finansowania świadczeń, komunikacją z placówkami</p>	<p>Wydrukowaliśmy i dystrybuowaliśmy ponad 3 000 egzemplarzy poradnika. Natomiast jego wersję cyfrową ściągnięto z naszej strony internetowej łącznie 89 000 razy.</p>	<p>Działanie ujawniło brak wiarygodnych, łatwo dostępnych publikacji poradniczych budujących bazę wiedzy dla opiekunów osób starszych, najczęściej zaskoczonych nagłym wyzwaniem jakim jest objęcie opieki wraz z pogorszeniem stanu zdrowia i stopnia samodzielności zależnych seniorów.</p>

medycznymi czy opiekuńczymi.		
<p>Działania z influencerami</p> <p>Zrealizowano między innymi filmy z influencerami aktywnymi na Instagramie czy YouTube, popularnymi wśród osób 15-25 lat. Zrealizowano filmy i relacje live z użytkownika kombinezonów czy zachęcające do odświeżenia kontaktów z dziadkami. Komunikaty influencerów akcentowały również kwestie profilaktyki starzenia, zwłaszcza znaczenia diety i ruchu.</p>	<p>Tylko jeden z filmów przygotowany z wpływowym młodzieżowym influencerem miał ponad 400 000 wyświetleń, a YouTube. Ogólnie akcja zaowocowała ponad 1 000 000 kontaktów.</p>	<p>Efekt tych działań wskazał, że osoby młode nie mają większych obiekcji wobec interakcji z nienachalnymi treściami uświadamiającymi im wyzwania starzenia.</p> <p>Do tej pory w Polsce nie było innej kampanii budującej wrażliwość na potrzeby seniorów dedykowanej tak młodej grupie odbiorców. A przecież mowa o grupie osób, które dziś pozostają w relacjach z osobami starszymi i które powinny mieć empatyczne podejście do seniorów, jak również powinny projektować własną strategię starzenia się obejmującą świadomość zdrowotną, podejście do diety, ruchu, aktywności społecznych etc.</p>
<p>Poradnictwo eksperckie</p> <p>Nasi eksperci udzielili ponad 1000 porad indywidualnych, zarówno seniorom jak opiekunom seniorów. Nie mieliśmy niestety możliwości udzielenia większej ilości porad, w tym zwłaszcza specjalistycznych porad z zakresu zdrowia, do których upoważnieni są wyłącznie</p>	<p>Udzielono 1000 porad. Po zamknięciu naboru zgłoszeń napłynęło do nas jeszcze 11 000 pytań, na które odpowiedzenie było logistycznie niemożliwe. Wiele osób zwracało się z pytaniami z zakresu geriatry. Wiele z nich argumentowało, że w ich regionach realnie nie ma możliwości uzyskania porad geriatry w ramach publicznego</p>	<p>Potrzeba dobrego jakościowo i dostępnego poradnictwa (online, telefon, bezpośrednio) nie była zaskoczeniem. Konieczne jest budowanie systemu pozwalającego na korzystanie z biblioteki wiedzy i doświadczeń i uzyskiwanie różnego rodzaju porad poprzez różne kanały.</p>

lekarze.	systemu ochrony zdrowia ze względu na brak tych specjalistów (poziom dostępności geriatrów jest w Polsce najniższy w całej UE).	
----------	---	--

Kampania “Zrozumieć Starość” otrzymała wiele nagród i odznaczała się rekordowym zasięgiem. Kampania nie jest działaniem wyjątkowo innowacyjnym. Raczej powiela dostępne i łatwe do skalowania elementy. Była działaniem trudnym logistycznie dla organizatora, ale jednocześnie kosztującym nawet kilkanaście razy mniej niż wąskie tematycznie kampania rządowe. Kampania jest więc przykładem tego jak budować świadomość prozdrowotną zarówno u osób starszych, jak i tych, które świadczą usługi na ich rzecz.

- supported by
- Visegrad Fund
-
-