

# INHEAL: Innovation in Health Literacy

Analiza narodowościowa w Polsce,  
Wersja polska.



**INHEAL: Innovation in Health Literacy**

**PRODUKT 1: ANALIZA**

**Analiza Krajowe badania dokumentacji: POLSKA, 2022**



*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.*

## INHEAL: Innowacje w wiedzy o zdrowiu

### Zadanie 1: Analiza Krajowe badania dokumentacji

<b>Identyfikator</b>	Fundacja Zaczyn POLSKA
<b>Horyzont czasowy</b>	2012-2022
<b>Cele badawcze</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Przeprowadzenie analizy istniejących dokumentów dotyczących zdrowia, polityki społecznej (seniorskiej) oraz nowych technologii w kontekście najstarszego pokolenia Polaków, dodatkowo poszerzone o odniesienia do pandemii COVID-19 i wojny na Ukrainie.</li><li>• Przedstawienie najważniejszych wniosków z przeprowadzonej analizy.</li><li>• Prezentacja rekomendacji dotyczących osób starszych w kontekście zdrowia i nowych technologii w Polsce.</li></ul>
<b>Przedmiot badań</b>	<p>Wyszukiwanie odpowiednich źródeł literatury zostało przeprowadzone za pomocą terminów i słów:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• COVID-19 (zdrowie / COVID-19)</li><li>• Starszy</li><li>• Umiejętności cyfrowe osób starszych</li><li>• Senioralna polityka publiczna</li><li>• Rządowe i pozarządowe programy dla seniorów</li><li>• Ochrona zdrowia seniorów</li><li>• Zdrowie publiczne</li><li>• Starsi emigranci / Wojna na Ukrainie</li><li>• Opieka nad osobami starszymi i opiekunowie osób niesprawnych</li></ul> <p>Ostateczna bibliografia składa się z 40 pozycji.</p>
<b>Główne wnioski</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Polska jest krajem starzejącym się, ale tendencja ta może być (tymczasowo?) zatrzymany przez migrację Ukraińców do Polski z powodu wojny w ich kraju.</li><li>• Seniorzy w Polsce prezentują różne kompetencje cyfrowe w zależności od wieku. Im są starsi, tym mniej korzystają z technologii, ale też mniej chcą się ich uczyć.</li><li>• Nie ma spójnego, długofalowego programu, który uczyłby seniorów korzystania z nowych technologii.</li><li>• W Polsce zachodzą zmiany w opiece medycznej – elementy telemedycyny pojawiają się coraz częściej. Mimo to większość usług w mniejszych miastach i wsiach jest świadczona przez telefon.</li><li>• Choć samorządy podejmują działania telemedyczne skierowane do seniorów, często angażują one stosunkowo niewielką liczbę mieszkańców miast, lub ze względów finansowych nie są one realizowane w ramach wieloletnich działań.</li></ul>

- Telemedycyna w Polsce zapewnia sprawniejszy dostęp do najbardziej potrzebnych usług, ale nie jest w pełni dostosowana do potrzeb osób starszych, które nie korzystają z komputerów tak efektywnie jak młodsze pokolenia.
- W Polsce sygnalizowany jest problem braku wyspecjalizowanej kadry medycznej zajmującej się osobami starszymi – zarówno opiekunów w Ośrodkach Dziennego Pobytu, jak i geriatrów czy wyspecjalizowanych pielęgniarek/pielęgniarzy i fizjoterapeutów/fizjoterapeutek.

## **Starzenie się społeczeństwa i nowe technologie w Polsce**

Polska starzeje się bardzo szybko. Już dziś udział osób starszych w populacji jest wysoki – przekracza 1/5 mieszkańców. Współcześnie zwraca się uwagę na to by umacniać starzenie w zdrowiu, a to zaś wymaga nie tylko odpowiednio działającego systemu opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim odpowiednich warunków i stylów życia w różnych jego fazach. Istotną rolę w tym względzie odgrywają postawy, zachowania i kompetencje zdrowotne – zarówno osób, które jesień życia mają jeszcze przed sobą, jak i tych, które już weszły w złoty wiek. Współcześnie coraz większego znaczenia w tym kontekście nabierają kompetencje cyfrowe, również te, które zorientowane byłyby na dbałość o zdrowie własne lub bliskich.

Postępująca cyfryzacja (dygitalizacja) wielu sfer życia społecznego, przyspieszona w okresie pandemii, sprawia, że to właśnie za pośrednictwem nowych technologii informacyjnych nie tylko możemy zaspokajać coraz to szerszy zakres potrzeb, ale nieraz wręcz sytuacja w jakiej się znajdujemy to wymusza. Dotyczy to także obszaru potrzeb zdrowotnych i nie omija osób starszych, zarówno tych we wczesnych fazach życia jak i tych bardziej dojrzałych, kiedy to mogą pojawiają się zwielokrotnione potrzeby zdrowotne i nierzadko też opiekuńcze.

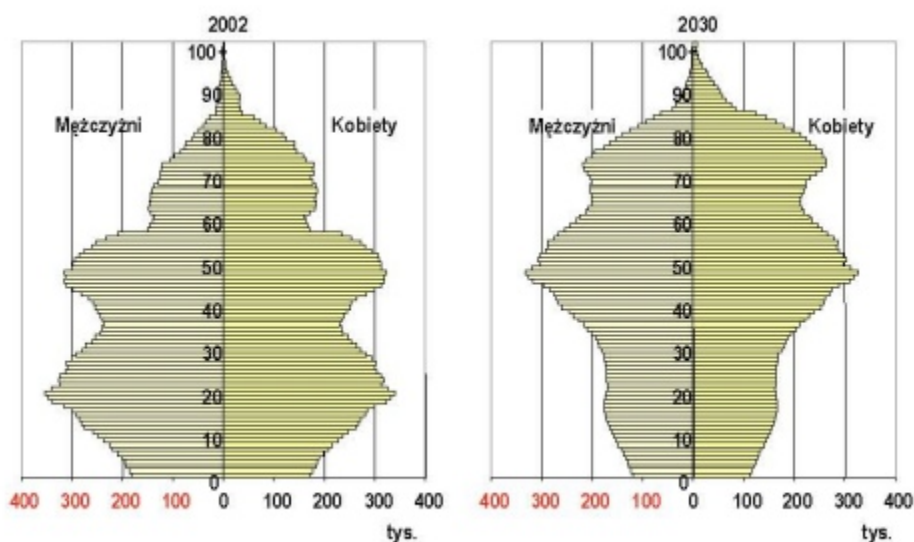
W świetle powyższych uwarunkowań zasadne jest podjęcie problematyki tzw. digital health w kontekście sytuacji osób starszych – zarówno ich potrzeb, jak i świadomości oraz kompetencji w zakresie korzystania z nowych kanałów troski o własne zdrowie. Te kompetencje należy wspierać i wzmacniać, zarówno jeśli chodzi o osoby w starszym wieku, jak i inne podmioty odpowiedzialne za ich wsparcie: od władz różnych szczebli, przez organizacje pozarządowe i prywatnych usługodawców aż po bezpośrednich opiekunów/osoby wspierające zarówno formalnie (np. pracowników opieki medycznej czy pomocy społecznej) jak i nieformalnie (osoby bliskie, opiekunowie, wolontariusze). Mamy zatem do czynienia z szerokim gronem odbiorców i interesariuszy działań w zakresie e-zdrowia, tele-medycyny i teleopieki. By je móc prowadzić, warto zacząć jednak od wyjściowej diagnozy sytuacji.

## **Spoleczno-demograficzny kontekst starzenia się polskiego społeczeństwa**

Polskie społeczeństwo podlega od wielu dekad sukcesywnemu starzeniu, czemu towarzyszy rosnąca liczba osób starszych w populacji i wzrost procentowego udziału ich w

stosunku do osób z młodszych pokoleń. Według wstępnych danych Narodowego Spisu Powszechnego osoby w wieku 60+ dziś stanowią ponad 20% wszystkich mieszkańców. Mówiąc o osobach starszych trzeba pamiętać, że ta szeroka kategoria wiekowa obejmuje osoby 60+, 70+, 80+ i 90+. Co ważne, szczególnie silna dynamika wzrostu udziału w społeczeństwie już zachodzi i będzie występować w kolejnych latach, jeśli chodzi o osoby najstarsze. Zgodnie z danymi i prognozami Głównego Urzędu Statystycznymi, udział osób w wieku grupie 80+ może wzrosnąć z 4,4% w 2020 roku do 5,9% w 2030 i 9,5% w 2040(GUS, 2014).

Przewidywana długość życia – choć w czasie pandemii uległa nieznacznemu skróceniu - sukcesywnie wydłuża. W okresie wydłużającej się starości, a zwłaszcza jej zaawansowanych fazach, kumulują się rozmaite rodzaje potrzeb zdrowotnych jak również mogą pojawiać się potrzeby w zakresie długookresowej opieki( nie tylko stricte medycznej). Ma to istotne znaczenie z punktu widzenia krajowych i lokalnej polityki zdrowotnej. kompetencje, a zarazem trudności ze skorzystaniem z nowych technologii informacyjnych i komunikacyjnych.



Rysunek 1 Struktura wieku i płci w latach 2002-2030, GUS

Mówiąc o starzeniu się społeczeństwa trzeba pamiętać o nierównomiernym charakterze tego zjawiska. W Polsce szybciej starzenie dotąd zachodziło w miastach, które są statystycznie demograficznie starsze niż obszary wiejskie i w świetle prognoz różnice mogą się jeszcze w połowie br. stulecia się utrzymać (Szweda-Lewandowska, Łuczak, 2020, s.13) Różnie też proces ten przebiega w podziale na regiony, przy czym różnice te wymykają się prostym terytorialnym podziałom (np. między wschodnią a zachodnią Polską).(Tamże, s.12). Obszary wiejskie i małomiasteczkowe różnią się od dużym miast w kontekście procesów starzenia społeczeństwa nie tylko statystyką i dynamiką zmian w strukturze wieku, ale także warunkach i stylami życia osób starszych, ich dostępem do różnych udogodnień technologicznych i usług, a także praktykami i kompetencjami zarówno pro-zdrowotnymi jak i w sferze nowych technologii.

Na możliwości osób starszych w kontekście zdrowia cyfrowego wpływa także ich indywidualna sytuacja ekonomiczna, rodzinna i społeczna oraz poziom wykształcenia. W Polsce bardzo wiele potrzeb osób starszych zaspokajanych jest za pośrednictwem rodziny, a mniej wsparcia formalnego. Tam gdzie jednak rodziny nie ma lub nie jest ona wystarczająco zapewnić pomocy, pojawia się ryzyko wykluczenia i marginalizacji osób starszych. Makro-procesami, które warto też odnotować jest feminizacja starości (tj. przewaga liczebna kobiet nad mężczyznami, rosnąca zwłaszcza w późniejszych fazach starości) oraz singularyzacja starości (zjawisko odnoszące się do samotnego zamieszkiwania osób starszych).

Niewielki okazuje się udział osób starszych w życiu społecznym, w różnych formach życia, chodzenie do kina. Osoby więc są często mocno zmarginalizowane, co również nie sprzyja ich zdrowiu, a także nabywaniu kompetencji zarówno zdrowotnych jak i cyfrowych.

### **Świadomość zdrowotna, postawy prozdrowotne osób starszych i ich kompetencje w obszarze zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.**

Osoby starsze statystycznie często doświadczają szeregu deficytów zarówno w obszarze stanu zdrowia jak i zachowań prozdrowotnych. Nie tylko chodzi o obszar tzw. digital health, ale także podstawowe aspekty życia takie jak żywienie, aktywność społeczna i ruchowa, stosowanie używek np. palenie tytoniu. Nowe technologie mogą natomiast być jednym z instrumentów wykorzystanych w potrzebnych zmianach w świadomości i stylu życia osób starszych. Należy też zwrócić uwagę na niejednorodność starszego pokolenia pod względem występowania czynników ryzyka w zakresie prowadzenia zdrowego życia. W badaniach stosowany jest choćby wskaźnik tzw. zdrowego starzenia (Healthy ageing).

W świetle badania przeprowadzonego w ramach projektu PolSenior2, kryteria zdrowego starzenia spełniał jedynie co dziesiąty senior. Spośród branych pod uwagę kryteriów najważniejszym był brak chorób lub obecność tylko jednej choroby, co odnosiło się jedynie do 5 badanego seniora. Wraz z wiekiem wskaźnik ten malał. Dotyczyło to 18% w wieku 61-64 lata i jedynie 1% osób w wieku 85+ (Grodzicki et al.2021 ) Jak pokazało badanie, szansa zdrowego starzenia zależna było też od poziomu wykształcenia, a także od tego czy dana osoba owdowiała czy nadal żyje w związku małżeńskim. W przypadku kobiet częściej występowały objawy depresji i wielochorobowość, w przypadku mężczyzn niska aktywność społeczna (Tamże.).

Jak zostało powiedziane wśród osób starszych dość powszechna jest wielochorobowość, Jak czytamy w podsumowaniu rozdziału poświęconego wielochorobowości osób starszych: „Wprowadzenie elektronicznych systemów w ochronie zdrowia oraz rozwój telemedycyny mogą ułatwić koordynację opieki medycznej oraz planowanie i wdrażanie optymalnego postępowania u starszych chorych.”(B.Gryglewska et.al, 2022, s.734).

Wśród czynników ryzyka wielu schorzeń można wymienić palenie tytoniu. Okazuje się, że w chwili przeprowadzenia badania PolSenior2 aktywnymi palaczami pozostawało około 20% mężczyzn i 10% kobiet w wieku 60+. Większość kobiet nigdy nie paliła tytoniu (61,2%), a w przypadku mężczyzn było to 31,%. Można powiedzieć, że problem bycia palaczami lub byłymi palaczami dotyczy istotnego odsetka osób starszych, co jest wyzwaniem dla polityki i profilaktyki zdrowotnej. Badania wskazują na też stosunkowo niewielki poziom aktywności ruchowej wśród osób starszych, co może nie sprzyjać ich zdrowiu.

W świetle danych Głównego Urzędu Statystycznego, prawie 3/4 osób starszych w ogóle nie uprawia sportu. Jedyną formą względnie często występującej aktywności ruchowej były spacer, choć aż prawie 50% seniorów stwierdzała, że nie praktykuje tego nigdy lub prawie nigdy (GUS, 2021). Nieco bardziej optymistyczne dane płyną z badania Pol Senior2, choć i one pokazują, że aktywność fizyczna jest dość rzadko praktykowana wśród starszych pokoleń.

Jak czytamy: "Najczęściej deklarowanymi formami praktykowanej aktywności fizycznej były: krótkie spacer w okolicach domu (74,4% seniorów), praca na działce lub w ogrodzie (53,2%), kilkugodzinne spacer, piesze wycieczki w dalszej odległości od domu lub miejsca pobytu (37,9%), zbieranie grzybów w lesie (37,7%) i jazda na rowerze (35,0%). Poziom aktywności fizycznej zmniejsza się znacząco wraz z wiekiem." (Kostka et al, 202).

Innym wymiarem stylu życia składającym się na stan zdrowia i procesy starzenia się są nawyki żywieniowe, zarówno w aspekcie ilości, jakości, sposobie przygotowania, poziomie przetworzenia oraz częstotliwości i regularności spożywania. Jak czytamy w rozdziale raportu PolSenior2 poświęconym tymże zagadnieniom: „*Wstępna analiza częstości spożycia produktów spożywczych wskazuje na niekorzystne, jakościowe tendencje w diecie seniorów. Osoby starsze często spożywały produkty z mąki rafinowanej, czerwone mięso i wędliny, masło, słodczyce oraz potrawy smażone, a także obserwowano niską częstość spożycia warzyw i owoców.*” (Wernio et al. 2021, s.829). W świetle wyników badania, najgorsze nawyki żywieniowe występowały u osób o trudnej sytuacji materialnej, najstarszych i mieszkających w małych miejscowościach.

Ograniczona aktywność fizyczna i niekiedy niekorzystne nawyki żywieniowe mogą prowadzić do negatywnych następstw, choćby w postaci chorób układu krążenia, chorób nowotworowych czy otyłości.

Problemem jest też nadwaga. Zgodnie z wynikami badania Pol Senior2, 38% osób w starszym wieku ma wskaźnik masy ciała wskazujący na otyłość (a podobny odsetek dotknięty jest nadwagą). Otyłości częściej występuje u starszych kobiet niż mężczyzn, zaś nadwaga odwrotnie). Ryzyko otyłości rośnie zwłaszcza w grupie wiekowej 70-74 lata, a w późniejszych latach życia spada. Ponadto wskaźnik otyłości jest skorelowany z takimi cechami jak niskie wykształcenie, mieszkanie na wsi lub w małych miasteczkach. Zdaniem autorów działania wobec otyłości powinny być bardziej intensywne i skierowane do wszystkich grup wiekowych, zwłaszcza powinny być one skoncentrowane na grupach o niskim statusie społeczno-ekonomicznym (także w starszym wieku) jako grupach szczególnego ryzyka. (Tamże)

Już tylko te wybrane aspekty zdrowia osób starszych pokazują, że ich zdrowie podlega czynnikom ryzyka, częściowo powiązanim z nawykami zdrowotnymi, choć te również nie pozostają bez związku z zewnętrznymi uwarunkowaniami, takimi jak status rodzinny, poziom wykształcenia, sytuacja materialna czy miejsce zamieszkania. Te okoliczności i ich zróżnicowanie powinny także być uwzględniane w polityce promocji zdrowego starzenia się z wykorzystaniem technologii cyfrowych.

## **Pandemia Cov-Sars-2 jako nowa okoliczność dla rozwoju usług e-zdrowia w Polsce**

Czas pandemii przyniósł nowe i wielowymiarowe zagrożenia i wyzwania zdrowotne tak dla osób starszych jak i dla całego systemu opieki zdrowotnej. Jednocześnie podniosła się wówczas waga kompetencji cyfrowych i zdalnych kanałów komunikacji i informacji.

Oprócz bezpośredniego zagrożenia zarażeniem koronawirusem, czas izolacji, ograniczenie aktywności i funkcjonowanie w atmosferze lęku wywołał negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego i fizycznego różnych grup wiekowych, w tym także seniorów - będących grupą szczególnego ryzyka. Badanie Instytutu Polityki Senioralnej pokazało na pogorszenie się samopoczucia psychicznego jak i mających wpływ na zdrowie aktywności ruchowej wśród seniorów.(Wiśniewski, 2021). Jak wynika z badania Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, 2/3 seniorów wskazywała na trudności w dostępie do opieki zdrowotnej (w szczególności do specjalistów), a około 1/3 część zadeklarowała przerwanie dotychczasowego leczenia ze względu na pandemię Covid-19 (KIGS, 2022). Zważywszy, że w Polsce zaspokajanie potrzeb osób starszych w dużej mierze opiera się na najbliższych (por. Abramowska-Kmon 2021), ogromna presja spadła także na rodziny osób starszych, w szczególności rodziny seniorów o ograniczonej samodzielności. Badanie przeprowadzone w tej grupie, tj. opiekunów osób starszych również pokazało pogorszenie się sytuacji psychicznej wśród przedstawicieli tej grupy, duże trudności z dostępem do opieki zdrowotnej (Bakalarczyk, Kocejko, 2021), a jednocześnie ukazało zasadniczą i wielowymiarową rolę jaką odgrywają w tym okresie technologie cyfrowych (Tamże).

## **Zdrowie, profilaktyka i kompetencje cyfrowe osób starszych w rządowych strategiach i programach zdrowotnych i społecznych**

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025, jeden z 6 celów operacyjnych to *Promocja Zdrowego i Aktywnego Starzenia się*. Są tu zadania związane z profilaktyką zdrowia, także w ramach pracujących, a także przygotowanie systemów opieki zdrowotnej. W kontekście interesującej nas problematyki na uwagę zasługuje wskazane w dokumencie: "wspieranie osób starszych poprzez umożliwienie korzystania z nowoczesnych technologii przeciwdziałających e-wykluczeniu (Ministerstwo Zdrowia, 2020).



Zagadnienia zdrowotne znajdujemy także w dokumentach strategicznych odnoszących się do polityki senioralnej/ polityki na rzecz osób starszych. W formalnie obowiązującej, a przyjętej w 2018 roku strategii „Polityka wobec osób starszych do 2030” znajdujemy podrozdział IV: *Promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji*. Wśród rekomendowanych działań czytamy: „propagowanie wiedzy w obszarze możliwości wykorzystania ICT (aplikacje, systemy, urządzenia) do wsparcia profilaktyki chorób i poprawy jakości życia; Jest też cały punkt poświęcony rozwojowi teleopieki i telemedycyny, a w jego ramach:

- upowszechnienie różnych form teleopieki i telekonsultacji;
- rozwój rozwiązań w zakresie mobile health;
- ułatwienie dostępu do materiałów i sprzętu oraz świadczeń opieki zdrowotnej, wyrobów medycznych rekompensujących utraconą sprawność;
- wykorzystanie nowoczesnych technologii dla rekompensowania utraconej sprawności i wzmacniania samodzielności;
- wspieranie opracowywania oraz upowszechniania innowacyjnych rozwiązań i technologii w obszarze zdrowia i telemedycyny oraz
- zwiększanie dostępności do terapii zajęciowej i fizjoterapii. (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2018).

W czerwcu 2021 r. Ministerstwo Zdrowia przygotowało też projekt strategii „Zdrowa przyszłość”. W dokumencie jednym z kluczowych postulowanych kierunków interwencji jest: „Rozwój usług cyfrowych w publicznym systemie ochrony zdrowia”.

Ma on być realizowany za pośrednictwem dwóch narzędzi:

- 1) rozwój publicznych usług cyfrowych e-zdrowia
- 2) budowa kompetencji cyfrowych po stronie pacjentów i kadry medycznej oraz działania na rzecz zwiększenia dojrzałości cyfrowej placówek ochrony zdrowia.

Jeśli chodzi o drugie z narzędzi, ma ono być realizowane poprzez:

- organizowanie kampanii informacyjnych, szkoleń, sesji praktycznych; • informowanie nt. korzyści osiąganych przez poszczególnych interesariuszy poprzez środki tworzone z myślą o danych grupach użytkowników;
- popularyzowanie rozwiązań w zakresie zdrowia cyfrowego na kierunkowych uczelniach wyższych;
- stosowanie zasady „simplicity by design” – korzystania z przystępnych rozwiązań w zakresie obsługi i interfejsu użytkownika dla wprowadzanych rozwiązań cyfrowych;
- wykorzystywanie znanych użytkownikom kanałów komunikacji (internet, smartfon, aplikacje mobilne);
- oferowanie pomocy i konsultacji dla administracji podmiotów leczniczych w zakresie informatyzacji placówek i zwiększania kompetencji personelu. (Ministerstwo Zdrowia, 2021).

Osoby starsze nie zostały wprost wymienione jako grupa odbiorców tego typu działań, choć wydaje się, że mogą być one jedną z grup ostatecznych beneficjentów, zarówno

pośrednich jak pośrednich. Warto też odnotować, że osobom starszym poświęcono obszerny załącznik do projektu Strategii „Zdrowa przyszłość” - zatytułowany: „Deinstytucjonalizacja. Opieka nad osobami starszymi”(Ministerstwo Zdrowia 2021). W materiale tym jednak, jak wskazuje jego tytuł, o osobach starszych myśli się głównie w kategoriach opieki, a nie profilaktyki czy promocji zdrowia. Aczkolwiek lektura pokazuje, że problematyka wykorzystania nowych mediów jest tu obecna np. w kontekście postulowanego rozwoju teleopieki. Trzeba jednak zaznaczyć, że w chwili pisania niniejszej ekspertyzy, „Zdrowa przyszłość” jest konsultowanym projektem, a nie obowiązującą i już realizowaną strategią.

## **Rządowe programy podnoszące lub uzupełniające kompetencje cyfrowe osób w starszym wieku lub wykorzystujące nowe technologie wspierające zdrowie i opiekę**

- **Program „ Aktywni+” w module poświęconym włączeniu cyfrowemu**

Program Aktywni + na lata 2021-2025, który zastąpił realizowany we wcześniejszych program „ ASOS, ” ma służyć wsparciu finansowemu inicjatyw i organizacji pozarządowych (także w ramach partnerstw z samorządami) w zakresie szeroko pojętej aktywizacji społecznej osób starszych. W ramach programu, z którego corocznie rozpisywany jest konkurs ofert na uzyskanie dofinansowania rocznych projektów, przewidziano 4 moduły tematyczne, z których jeden poświęcony jest właśnie edukacji cyfrowej starszego pokolenia. Jak czytamy w opisie program, tzw. włączenie cyfrowe ma obejmować działania na rzecz zwiększenia kompetencji seniorów w zakresie posługiwania się nowymi mediami i nowoczesnymi technologiami, a także upowszechnianie oraz wdrażanie rozwiązań technologicznych, które sprzyjałyby bezpieczeństwu funkcjonowania osób starszych i ich włączeniu w życie społeczne. Zgodnie z tymi założeniami program może nie tylko wyposażyć korzystających z niego seniorów w kompetencje cyfrowe, którego także mogą okazać się przydatne w kontekście e-zdrowia czy tele-opieki i tele-medycyny, ale także bezpośrednio pozwala na dofinansowanie inicjatyw mieszczących się w obszarze digital health. Słabością programu wydaje się jego ograniczony budżet – rocznie do podziału jest 40 mln złotych na cały kraj – co oznacza, że w ramach rocznych konkursów stosunkowo niewiele podmiotów będzie mogło z programu korzystać, a to czyni program mało powszechnym.

- **Wspieraj seniora w module „ Opaski bezpieczeństwa”**

W 2020 roku, w związku z trwającym czasem pandemii, uruchomiono też program wsparcia osób starszych, „ Wspieraj seniora – solidarnościowy korpus wsparcia”, którego jeden z modułów - „Cyfrowy wolontariusz” miał służyć właśnie wsparciu osób starszych w poruszaniu się w sferze cyfrowej( [www.gov.pl](http://www.gov.pl)) . Program „ Wspieraj Seniora” został przedłużony na 2022 roku i zmieniono jego formułę, dodając dodatkowy moduł: tzw. teleopaski. W ramach programu samorządy mogą otrzymać środki na pokrycie częściowego lub pełnego kosztu realizacji tego zadania. Pośrednimi adresatami programu są zaś osoby w wieku 65+. Głównym instrumentem

jest dystrybucja tzw. opasek bezpieczeństwa, które byłyby wyposażone w przynajmniej trzy spośród kilku wymienionych funkcji: przycisk bezpieczeństwa- sygnał SOS, detektor upadku, czujnik zdjęć opaski, lokalizator GPS, funkcje umożliwiające komunikowanie się z centrum obsługi i opiekunami oraz funkcje monitorujące podstawowe czynności życiowe (puls+ saturacja). Opaska bezpieczeństwa ma być – w myśl programu – powiązana z usługą operatora pomocy i w przypadku trudnej sytuacji bądź nagłego zagrożenia zdrowia możliwe będzie przyciśnięcie przycisku, umożliwiającego wezwanie pomocy (MRiPS, 2022).

Program „Opasek bezpieczeństwa”, jakkolwiek jest programem dopiero rozpoczynającym swoje funkcjonowanie, które będzie wymagało na bieżąco monitorowania, z pewnością warto jest podkreślić jako bodaj pierwszy systemowy mechanizm upowszechnienia rozwiązań tele-opiekuńczych wobec osób starszych. Wcześniej istniały też tego typu inicjatywy, ale realizowane bardziej na poziomie lokalnym lub regionalnym. Co istotne, opaski bezpieczeństwa mogą być przydatne zarówno dla seniorów jeszcze sprawnych (choć również narażonych na np. upadki czy nagłe pogorszenie stanu zdrowia), jak również tych o ograniczonej sprawności lub wręcz wymagających stałej opieki. Jest to też cyfrowe narzędzie monitorowania stanu zdrowia ale i mogące je wzmacniać, poprzez zwiększanie mobilności i aktywność ruchową osób starszych, które bez tego mogą czuć się mniej bezpiecznie np. podczas spacerów czy załatwiania spraw poza domem. Wyzwaniem wydaje się przekonanie osób starszych i opiekunów o korzyściach przystąpienia do programu, a także przygotowanie ich do korzystania z technologicznych urządzeń, dzięki którym się on realizuje oraz do współpracy z organami odpowiedzialnymi za realizację programu na poziomie lokalnym

Należy też odnotować, że osoby starsze mogą nabywać kompetencje zarówno cyfrowe jak i w zakresie świadomości i postaw prozdrowotnych w ramach szerokiej infrastruktury usług społecznych, które w Polsce działają (choć nie zawsze są dostępne lokalnie). Chodzi o takie instytucje jak Kluby Seniora, placówki dziennego w ramach programu Senior+ czy Uniwersytety Trzeciego Wieku. W tym ostatnim rodzaju instytucji w programie zajęć są zajęcia komputerowe, a także zajęcia ruchowe i rozmaite warsztaty związane z różnymi aspektami zdrowia.

### **Programy profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia dla osób w dojrzałym wieku.**

Nowym instrumentem wspierającym zdrowego starzenia się jest program profilaktyka 40+. Adresowany jest on nie tylko do osób starszych (choć one również mogą brać w nim udział) ale wszystkim osobom po 40 roku życia. Polega on na dostępie do bezpłatnych badań diagnostycznych, co może umożliwić szybsze zdiagnozowanie schorzeń czy osób w grupie ryzyka. Projekt ten jest pilotażowy i wprowadzony w 2021 roku został przedłużony – nadal jako pilotaż – do czerwca 2022 r. W korzystaniu z programu również mogą być przydatne kompetencje cyfrowe z uwagi na to, że zgłoszenie może odbywać się za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta.

Diagnostyka zdrowotna, nawet jeśli jest realizowana wcześniej i systematycznie, to powinien być zaledwie jeden z komponentów szeroko definiowanej profilaktyki. Istotne są też narzędzia stymulowania do aktywności fizycznej, społecznej i zdrowego życia, zaś w okresie pandemii szczególnego znaczenie nabiera ich wykorzystanie w formule zdalnej. We pierwszej fazie pandemii w Polsce (wiosna 2020 roku) Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Krajową Izbą Fizjoterapeutów program „Aktywny senior w domu” zawierający video-materiały pokazujące ćwiczenia w warunkach domowych. Program ten niestety na dalszych etapach nie był kontynuowany. Pewną barierą jego wykorzystania mógł być też wysoki poziom wykluczenia cyfrowego osób starszych w Polsce, a także ograniczone nagłośnienie w ramach publicznej debaty i ze strony instytucji publicznych. Istnieją jednak także pozarządowe inicjatywy służące wspieraniu aktywności ruchowej seniorów np. w ramach internetowej platformy Telewizja Pokolenia.

### **Zastosowanie tele-porady i ich ocena w odniesieniu do osób starszych**

Zasadniczym instrumentem tzw. e-zdrowia są tzw. teleporady medyczne. Choć wprowadzono je już we wrześniu 2019 roku, w praktyce zostały zastosowane na szerszą skalę w okresie pandemii. Już w pierwszych jej fazach, przyjęto regulacje w drodze rozporządzenia określające standardy postępowania w formie teleporad dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, czyli lekarzy rodzinnych. Ponadto konsultant krajowy ds. medycyny rodzinnej opracował wspólnie z Ministerstwem zdrowia dotyczący stosowania teleporad w okresie pandemii. W rozporządzeniu teleporada została zdefiniowana jako „*świadczenie zdrowotne udzielane na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.*”

W obecnym stanie prawnym są one zatem prawnie dopuszczone jako gwarantowane świadczenie medyczne do stosowania przez lekarzy rodzinnych, pielęgniarki czy położnej POZ. To czy jednak w danym przypadku zostanie zastosowane czy nie, formalnie rzecz biorąc zależy powinno od pacjenta. Konsultacje w ramach bezpośredniego kontaktu może - zgodnie z rozporządzeniem – być wyłącznie możliwe w odniesieniu do dzieci do lat 6, osób z podejrzeniem choroby nowotworowej, chorych przewlekle w przypadku których doszło do pogorszenia objawów, a także podczas pierwszej wizyty pielęgniarki lub lekarza POZ. O ile w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej istnieją standardy udzielania porad medycznych w trybie zdalnym, o tyle nie wprowadzono tego typu standardów w odniesieniu do świadczeń opieki specjalistycznej.

Upowszechnienie teleporad i ich przydatność była od początku analizowana w kontekście potrzeb osób starszych, z których część ma. Niektórzy mogą mieć problemy komunikacyjne, np. związane z niedosłuchem. Badania przeprowadzone w okresie pandemii potwierdziły te oceny. Badanie dotyczące jakości życia? Badanie przeprowadzone przez Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej potwierdziły ograniczoną funkcjonalność w kontekście

potrzeb przynajmniej części osób w starszym wieku. Rozważone było wprowadzenie zakazu skorzystania z teleporad między innymi wobec pacjentów w starszym wieku, ale ostatecznie nie weszły w życie te przepisy..

## **Tele-opieka wobec seniorów o ograniczonej samodzielności jako ważne wyzwanie dla rozwoju digital health w Polsce**

Ważnym segmentem tzw. digital health wydaje się rozwój teleopieki wobec osób w podeszłym wieku (a także niekiedy we wcześniejszych fazach życia) o ograniczonej sprawności i niekiedy nie w pełni samodzielnych. Ten wymiar wsparcia może służyć wykorzystaniu nowych technologii komunikacyjno-informatycznych do zaspakajania potrzeb opiekuńczych i też zdrowotnych. Może to być też narzędzie służące wsparciu opiekunów, zarówno formalnych jak i nieformalnych (np. osób bliskich starszej, niesamodzielnej osoby) oraz koordynacji różnych wymiarów usług oraz diagnozowaniu potrzeb i szybkiego na nie odpowiadania. Zagadnienia teleopieki pojawia się w szeregu przywołanych wcześniej dokumentów i programów publicznych. W rodzimej literaturze przedmiotu zagadnienie teleopieki pojawia się już od 1.5 dekady (por. np. Frączkowski 2008) Jak się okazuje, dotychczas teleopieka jest w niewielkim stopniu wykorzystana. Jak pisze „*Jedną z silnych stron Polski w budowaniu nowoczesnych usług teleopieki jest sektor ICT. Kadra informatyczna należy do ścisłej europejskiej czołówki. Połowa polskich start-upów powstaje w sektorze ICT, a wartość obrotów tego sektora rośnie średnio rocznie o 8,6%, co stanowi najlepszy wynik w Europie(...) Niniejszy potencjał pozwala sądzić, iż kadrowo i technologicznie Polska jest bardzo dobrze przygotowana do wdrażania i rozwijania teleopieki.*”.(Osman, 2018) Ci sami autorzy zwracają jednak uwagę na to, że w Polsce teleopieka jest we wczesnym stadium rozwoju.

Dotychczas stosowane rozwiązania to zazwyczaj rozwiązania zawierające czujniki bezpieczeństwa, które wykorzystując sygnał SOS do zdefiniowanych odbiorców, np. z kręgu rodziny pozwalają reagować w sytuacjach kryzysowych. Oprócz monitoringu stanu zdrowia osoby starszej czy niesamodzielnej i jego ewentualnego pogorszenia, systemy tele-opiekuńcze mogą zawierać elementy monitoringu otoczenia osoby o ograniczonej sprawności ( np. zainstalowanie odpowiednich czujników gazu, zalania, dymu lub ruchu. Dotychczas tego typu rozwiązania teleopiekuńcze bazowały na prywatnych inicjatywach lub pozarządowych praktykach, natomiast brakowało systemowym regulacji i polityk publicznych w tymże zakresie ( próbą wykorzystania jednego z narzędzi telopieki jakim są tzw. opaski bezpieczeństwa jest wspomniany wcześniej moduł programu Wspieraj Seniora.

O teleopiece można też myśleć z wykorzystaniem bardziej zaawansowanych narzędzi – w zakresie robotyki i sztucznej inteligencji. Jak pisze Z.Szweda-Lewandowska:”*Drugą gałęzią teleopieki jest wykorzystanie robotów w opiece i wspieraniu opiekunów. Roboty mogą być małe i służyć przykładowo do karmienia, ale są też wielkości człowieka, które mogą wykonać więcej czynności w gospodarstwie domowym. Nursebot (opiekun-robot) lub też RoNA (Robotic Nursing Assistant) to roboty, które mają zastępować opiekuna. Ich zadania to podawanie leków, pomoc w poruszaniu się, wstawaniu, ale także monitorowanie funkcji życiowych czy też*

*zawiadamianie opiekunów lub personelu medycznego o sytuacji nietypowej, wymagającej ich interwencji* 17. Roboty są de facto połączeniem teleopieki i telemedycyny. W Europie Zachodniej i Północnej coraz częściej są one wykorzystywane tak w opiece domowej, jak instytucjonalnej.”(Szweda-Lewandowska, 2018). W Polsce ten wymiar wykorzystania nowych technologii jest praktycznie niestosowany na zauważalną skalę w sferze opieki długoterminowej wobec osób starszych.

## **Osoby starsze w sferze cyfrowej w Polsce**

Polskie społeczeństwo się starzeje – tendencje te widoczne są od wielu lat, ale to pandemia wirusa COVID-19 ujawniła niewątpliwe braki, które pojawiają się w przestrzeni cyfrowej i luki, które dzięki nowym technologiom mogłyby zostać uzupełnione i działać na rzecz osób starszych.

Kryzys wywołany pandemią spowodował, że organizacje (zarówno rządowe, jak i pozarządowe) coraz częściej przenoszą informacje i zasoby do sieci internetowych. Ma to na celu zapewnienie ich użytkownikom szerszego i szybszego dostępu do usług. Problemem może być jednak możliwość korzystania z nowych technologii i Internetu, a także ich dostępność.

Poziom kompetencji cyfrowych osób starszych w Polsce różni się w zależności od ich wieku i statusu społecznego, co wyraźnie pokazało badanie PolSenior2 przeprowadzone w 2021 r. (*PolSenior 2, 2021*) realizowanej co 10 lat w grupie blisko 6000 Polaków w wieku 60+.

Jak podkreślają autorzy powyższego raportu, kompetencje te są silnie związane ze zjawiskiem wykluczenia cyfrowego – nowej formy wykluczenia społecznego, które definiuje się jako sytuację, w której osoby będące członkami społeczeństwa nie mogą w pełni w nim funkcjonować, ponieważ nie mają odpowiedniego dostępu do instytucji lub zasobów dostępnych dla innych osób (Uchwała nr 104 RM, 2013).

Według powyższego badania 17,7% badanych w ogóle nie korzysta z komputera czy laptopa w domu. Zauważalne są jednak znaczne różnice w kolejnych grupach. Dla osób w wieku 60-69 lat jest to 13,1%, 70-79 – 22,5%, a dla seniorów 80+ już 52,3%. Pokazuje to prawie czterokrotną różnicę między najmłodszymi i najstarszymi seniorami. 61,5% seniorów nie korzysta z możliwości wyszukiwania w Internecie informacji związanych ze zdrowiem. Szczegółowe informacje przedstawiono w tabeli.

<b>Kategorie</b>	<b>Mężczyzn</b>	<b>Kobieta</b>	<b>Razem</b>
Łącznie	65,3%	64,9%	65,1%
<b>Grupa</b>			
60-69	57,5 %	46,1%	51,3%
70-79	70,4%	77,6%	74,7%
80+	91,0%	95,0%	93,7%
<b>Edukacja</b>			
Podstawowa, niekompletna	91,2%	94,7%	93,6%

Szkoła podstawowa lub gimnazjum			
Zawodowe	71,3%	72,3%	71,7%
Średnie/policealne	56,7%	50,9%	53,0%
Wyższe	33,2%	32,4%	32,7%

*Tabela 1 Korzystanie z Internetu w sprawach związanych ze zdrowiem w ciągu ostatnich 12 miesięcy według płci, wieku i wykształcenia. (Polsenior 2 Ogłoszenia, 2021 r., s. 988)*

Seniorzy – im młodszy, tym częściej – są zainteresowani możliwością kontaktu z lekarzem na odległość (39,8%) oraz możliwością zdalnego monitorowania swojego stanu zdrowia (46,4%).

Przedstawione powyżej dane pokrywają się z tymi przeprowadzonymi we wcześniejszych latach w Polsce. W swojej pracy z 2012 roku (Szmigielska i in., 2012) Szmigielska, Bąk i Hołda podkreślają różnice płci w kontekście korzystania przez seniorów z zasobów sieciowych. Są to odpowiednio:

Dla kobiet:

- Możliwość kontaktu z bliskimi
- Korzystanie z poczty e-mail
- Możliwości grania w gry online

Dla mężczyzn:

- Możliwość czytania gazet/książek
- Wyszukiwanie niezbędnych informacji
- Przeglądanie ofert
- Dokonywanie rezerwacji online

Nowe technologie nie tylko zapewniają dostęp do informacji i możliwość bycia na bieżąco – są również bardzo ważnym elementem przyjaznego, zdrowego, niezależnego i samodzielnego życia. Pokazują to badania przeprowadzone w najstarszych demograficznie częściach Polski: województwach łódzkim, świętokrzyskim, opolskim, podlaskim, lubelskim m.in (Urbaniak, 2020, s. 16–39).

Internet daje również polskim seniorom możliwość uczestniczenia w wydarzeniach kulturalnych i edukacyjnych, co było szczególnie ważne i widoczne w raportach podsumowujących czas pandemii COVID-19 (*Badanie regionalne: oferta dla małopolskich seniorów - czas wolny, aktywność, informacje*, 2021). To także jeden z mechanizmów aktywizujących osoby starsze w działania lokalnych społeczności – np. poprzez możliwość zgłaszania swoich pomysłów do budżetów partycypacyjnych miast czy zgłaszania usterek poprzez numery i strony interwencyjne (np. Miejskie Centrum Kontakt w Warszawie).

**Inicjatywy, programy i narzędzia przygotowane przez podmioty prawne i społeczne.**

W ostatnich latach w debacie publicznej pojawiły się głosy podkreślające kryzys działań opiekuńczych czekających Polskę – zarówno w wyniku zmian demograficznych, jak i podziału ról między kobietami i mężczyznami (Zapędowska-Kling, 2021).

Jak podkreśla Zachorowska-Mazurkiewicz w swojej pracy z 2010 roku: *większość modeli ekonomicznych ignoruje działalność opiekuńczą, co w konsekwencji prowadzi do braku tej sfery w wytycznych polityki gospodarczej. W efekcie opieka jest niedoceniana – wartość nieodpłatnej opieki jest pomijana w rachunkach narodowych, pracownicy opieki są niedostatecznie wynagradzani, a ich zawód nie jest prestiżowy, a osoby świadczące usługi opiekuńcze na rzecz członków własnego gospodarstwa domowego są traktowane jako niepracujące (nieaktywne zawodowo). Te zjawiska z kolei przekładają się na kryzys opieki.* (Zachorowska-Mazurkiewicz, 2010, s. 295).

Jak podkreśla Zapędowska-Kling (Zapędowska-Kling, 2021, s. 66) *Zmiany demograficzne – choć powinny – niekoniecznie pociągają za sobą wzrost wydatków z budżetu państwa na system ochrony zdrowia i system opieki długoterminowej. Przeciężenie negatywnego systemu nie wpływa na jakość usług i generuje nierówności w dostępie do nich. Nowe technologie są postrzegane jako potencjał poprawy i ułatwienia opieki nad osobami starszymi i/lub niesamodzielnymi. Nowe technologie mogą być uzupełnieniem tradycyjnych systemów opieki i opieki zdrowotnej.*

Ważne zagadnienia prawne związane z telemedycyną podkreśla Oręziak (Oręziak, 2018, s. 136): *konstytucyjne prawo do opieki zdrowotnej wymaga równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych*, co z kolei sprawia, że konieczne jest spojrzenie na zagadnienia związane z telemedycyną znacznie szerzej niż dotychczas, ponieważ:

- *mając na uwadze, że telemedycyna z definicji wymaga dostępu do sieci ICT;*
- *osoby w wieku powyżej 65 lat są najbardziej zainteresowane dostępem do przedmiotowych świadczeń;*
- *osoby powyżej 65 roku życia są najbardziej dotknięte zjawiskiem wykluczenia cyfrowego.*

Telemedycyna w tym kontekście to zatem nie tylko kwestia zapewnienia warunków technicznych i zaplecza technologicznego danego rozwiązania, ale także przygotowania przyszłych użytkowników do korzystania z nich.

W ramach działań prowadzonych w obszarze telemedycyny w Polsce możemy wymienić (Zapędowska-Kling, 2015):

- technologie wspomagające, wspomagające codzienne funkcjonowanie osób z dysfunkcjami narządów ruchu, słuchu czy wzroku
- technologie monitorowania, w tym:
  - a. czujniki biomedyczne (umożliwiają monitorowanie funkcji fizjologicznych na odległość),
  - a. monitory oddechu,
  - b. czujki dymu i tlenu węgla,
  - c. detektory upadku,
  - d. bransoletki, które pozwalają natychmiast wezwać pomoc za pomocą jednego przycisku.



## **Przykłady działań prowadzonych przez podmioty lokalne w kontekście usług opiekuńczych**

- *"Łódź – Miejska (Tele) Opieka – program pilotażowy realizowany od maja 2018 r. do marca 2021 r.*  
*Odbiorcy: 2000 osób, seniorzy niesamodzielni, którzy mieszkają w Łodzi i nie korzystali wcześniej z teleopieki, mieszkający w jednoosobowych gospodarstwach domowych (HRP, 2020). Odbiorcy otrzymują opaski GPS, które monitorują ich codzienne czynności.*  
*40 najmniej samodzielnych osób ma możliwość otrzymania opieki pielęgniarstwa w miejscu zamieszkania.*  
*Program post-pilotażowy nie był kontynuowany ze względu na brak możliwości finansowania. W efekcie opaski zostały odebrane beneficjentom, a samemu Centrum obsługującemu wnioski, które zostały zlikwidowane.*
- *"Małopolski Tele-Anioł" – realizowany od kwietnia 2018 r. do czerwca 2022 r. (Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, 2018).*  
*Odbiorcy: 6000 osób, seniorzy 75+ lub młodsi, ale z deklaracją niepełnosprawności mieszkający w Małopolsce. Odbiorcy otrzymują opaski GPS, które monitorują ich codzienne czynności.*  
*Kryterium otrzymania bransoletki monitorującej jest brak możliwości wykonania jednej z puli poniżej wymienionych podstawowych czynności codziennych: samodzielnego przygotowywania/spożywania posiłków, zakupów, utrzymania higieny, samodzielnego ubierania się.*  
*Ponadto 1800 osób ma możliwość uzyskania usług opiekuńczych i opieki sąsiedzkiej.*
- *Telemedycyna we Wrocławiu, realizacja 2020, pilotaż*  
*Odbiorcy: 35 osób (65+) przez maksymalnie 3 miesiące.*  
*Pakiet Teleopieki seniorskiej dedykowany jest podopiecznym Dziennego Domu Opieki przy ul. Ciepłej, podopiecznym Ekumenicznej Stacji Opiekuńczej oraz Seniorom ze Szmaragdową Kartą Seniora.*  
*Dziesięć osób otrzymuje domowe terminale głośnomówiące oraz bransoletkę lub wisior z przyciskiem alarmowym (tzw. przycisk życia). Ta forma pomocy przeznaczona jest przede wszystkim dla osób, które nie wychodzą z domu. Bardziej aktywni seniorzy (25 osób) otrzymują tzw. opaski ratunkowe – które pozwalają im wezwać pomoc w przypadku nagłego omdlenia.*  
  
*Pacjenci, którzy w ramach pilotażu zostaną wyposażeni w terminal z przyciskiem alarmowym, zostaną objęci tzw. Teleopieką Plus, czyli usługą świadczoną przez zespół opiekunów Centrum Telespołecznego działającego 24h/7 dni.*

Usługa koncentruje się na m.in organizacji pomocy w sytuacjach stresu, niepokoju, potrzeby rozmowy, poczucia samotności, izolacji społecznej, sytuacji życia codziennego trudnych dla pacjentów i wymagających wsparcia osób trzecich. W przypadku zagrożenia życia lub zdrowia pracownicy Centrum Telespołecznego skontaktują się ze służbami ratowniczymi.

Projekt obejmuje: pakiet kardiologiczny, pakiet cukrzycowy oraz teleopiekę seniorów.

- "Teleopieka" w Poznaniu (AW, 2021)

Odbiorcy: ponad 700 osób (dane z 2021 roku) poznaniaków, osób mieszkających samotnie lub spędzających większość dnia samotnie. Mogą z niego korzystać również osoby znajdujące się w trudnej sytuacji życiowej (np. z powodu uzależnienia lub niepełnosprawności). Projekt będzie kontynuowany w 2022 roku.

Uczestnik wyposażony jest w bransoletkę z przyciskiem alarmowym oraz łatwy w obsłudze zestaw głośnomówiący. Dzięki takiemu zestawowi, w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia, senior może w łatwy sposób skontaktować się z telekonsultantem, który podejmuje odpowiednie działania, np. wzywa służby ratunkowe, powiadamia sąsiada z kluczami itp.

Podczas połączenia za pomocą przycisku alarmowego (tzw. "czerwone połączenie"), wyświetlana jest karta informacyjna o uczestniku. Rozwiązanie to pozwala na przekazanie służbom medycznym kluczowych informacji (np. o przyjmowanych lekach, alergiach, możliwościach wejścia do budynku itp.). Informacja ta uszczegółowiana jest ze starszym asystentem, który kwalifikuje seniora do projektu oraz szkoli w zakresie korzystania ze sprzętu umożliwiającego wezwanie pomocy.

W ramach Teleopieki uczestnik może również skorzystać z tzw. zielonych połączeń, czyli rozmów towarzyskich z telekonsultantem, np. jeśli cierpi na samotność lub potrzebuje dodatkowych informacji.

Ponadto raz w tygodniu konsultanci sami inicjują rozmowę z podopiecznym, aby sprawdzić, jak się czuje i czy jego sytuacja się nie pogorszyła.

Centrum Teleopieki czynne jest 24 godziny na dobę, również w niedziele i święta.

Usługi Domowe zaś to wsparcie specjalistów z zespołu medycznego: geriatry, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa, a także możliwość uzyskania porady prawnej od Rzecznika Praw Obywatelskich dla Osób Starszych i/lub Niepełnosprawnych. Zakres usług ustalany jest z osobistym asystentem na podstawie wywiadu oraz stworzonego indywidualnego Planu Opieki i Wsparcia. Wszystkie usługi świadczone są w domu podopiecznego lub, ze względu na zagrożenie koronawirusem, telefonicznie.

Wsparcie dla wolontariuszy, którzy zapewniają wsparcie emocjonalne, wsparcie komputerowe (np. rejestracja na szczepienie), zakup leków itp. są obecnie ograniczone ze względów bezpieczeństwa i są realizowane tylko w wyjątkowych sytuacjach.

W Polsce powstało kilka ważnych z punktu widzenia telemedycyny dokumentów i działań w ramach polityki społecznej, takich jak:

- Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO-UCZESTNICTWO-SOLIDARNOŚĆ (*Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO-UCZESTNICTWO-SOLIDARNOŚĆ*, 2018). Dokument ten formułuje 5 kluczowych celów polityki społecznej do 2030 roku. Należą do nich działania związane z wykorzystaniem nowych technologii w opiece nad osobami starszymi oraz kompleksowym monitorowaniem ich stanu zdrowia, a także wykorzystaniem nowych technologii w kontekście kompensacji braków wynikających z utraty sprawności i wzmocnienia niezależności.
- Program "Aktywni+" koncentruje się na cyfrowej aktywizacji osób starszych oraz umiejętnościach związanych z wykorzystaniem nowych technologii w różnych obszarach funkcjonowania osób starszych (Departament Polityki Senioralnej, 2021).

## **Wyzwania związane z obecnym kryzysem uchodźczym i pandemią COVID-19 w Polsce**

### ***Pandemia COVID-19***

Pandemia COVID-19 pokazała, jak ważne jest szybkie reagowanie na potrzeby osób starszych. W tzw. "pierwszej i drugiej fali" pandemii, kiedy nie było jeszcze skutecznej szczepionki, działania rządu i samorządów były bardzo skoncentrowane na osobach starszych. Były to osoby najbardziej narażone na działanie wirusa. Pandemia jeszcze bardziej uwidoczniała braki w opiece i wsparciu seniorów, które przez lata podkreślali specjaliści, zarówno w kwestiach zdrowotnych (kolejki do lekarzy, brak geriatrów, brak rozwiniętych usług telemedycznych) i opiekuńczych (domy opieki i hospicja), jak i związanych z codziennym wsparciem (braki kadrowe i przeciążenie pracowników Miejskich i Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej).

Seniorów zachęcano do pozostania w domach, unikania kontaktu z osobami spoza miejsca zamieszkania, izolowania się. Z jednej strony takie działania miały negatywny wpływ na samopoczucie osób starszych. (*Jakość życia osób starszych w pierwszym roku pandemii COVID-19*, 2021), ale także spowodowały zmiany zarówno w systemie opieki zdrowotnej, jak i w działaniach lokalnej polityki społecznej. W ciągu kilku tygodni system przeszedł na bezdotykowy styl pracy: zarówno usługi (takie jak zamawianie niezbędnych leków), jak i wizyty lekarskie można było umawiać online lub telefonicznie. Pozwoliło to osobom szczególnie zagrożonym wirusem kontynuować leczenie lub udać się do lekarza w pilnej sprawie.

Nowe technologie przydały się także w kontekście utrzymywania kontaktów społecznych – z członkami najbliższej rodziny. Seniorzy, zmuszeni izolacją i rządowymi lockdownami

korzystali z komputerów, Internetu, mediów społecznościowych i komunikatorów internetowych, aby pozostać w kontakcie ze światem. Zdaniem respondentów Instytutu Polityki Seniora Senior.HUB korzystanie z Internetu w tym kontekście wpłynęło na ich samopoczucie psychiczne (*Jakość życia osób starszych w pierwszym roku pandemii COVID-19, 2021*). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli.

#### KORZYSTANIE Z INTERNETU A KONDYCJA PSYCHICZNA BADANYCH. N = 500

Odsetek osób, oceniających swoją kondycję psychiczną jako gorszą niż przed pandemią	
Dla ogółu populacji osób 60+	59,6%
Wśród osób nie korzystających z internetu	61,2%
Wśród osób korzystających z internetu	55,6%

*Tabela 2 Korzystanie z Internetu i stan psychiczny badanych (Jakość życia osób starszych w pierwszym roku pandemii COVID-19, 2021).*

Porównanie powyższych danych z cytowanymi wcześniej, dotyczącymi literacji cyfrowej i wykluczenia cyfrowego wśród seniorów, sprawia, że w najbliższych latach konieczne jest podjęcie działań na rzecz skutecznego wprowadzenia seniorów w cyfrowy świat. Chodzi o warunki, w jakich oprogramowanie będzie dostosowane do ich możliwości psychofizycznych, ale także o to, aby sprzęt był dostępny w cenach akceptowalnych dla seniorów. Prowadzone działania powinny mieć charakter długofalowy i być realizowane nie tylko w ośrodkach miejskich, ale przede wszystkim na wsi – gdzie zarówno odsetek osób starszych deklarujących korzystanie z komputera, jak i dostęp do Internetu jest najniższy (*Polsenior 2 Ogłoszenia, 2021, s. 991–992*).

#### *Wojna na Ukrainie*

Starzenie się społeczeństwa w Polsce, rozumiane jako odsetek osób starszych w społeczeństwie, wynika przede wszystkim z widocznego od wielu lat spadku liczby ludności w Polsce. Rosyjska agresja zbrojna na Ukrainę, która rozpoczęła się 24 lutego 2022 r., może jednak zmienić te tendencje. Z szacunków przedstawionych przez Polską Straż Graniczną (dane z dnia 25 kwietnia 2022 r.) wynika, że ponad 3 mln osób przekroczyło już polską granicę (*Statystyka Straży Granicznej, 2003-2022, n.d.*). Zdaniem Kamila Sobolewskiego, ekonomisty z Związku Pracodawców RP, większość z nich to kobiety z dziećmi i osoby starsze (10 proc.) – mężczyźni nie mogą opuścić Ukrainy z powodu wojny. System polityki zdrowotnej w Polsce był obciążony jeszcze przed wybuchem wojny na Ukrainie. Raport opublikowany w 2021 roku przez Health Care Foundation potwierdza te dane. W ich świetle widoczny jest utrudniony dostęp do lekarzy specjalistów, a także długość procesu diagnostycznego wynikająca z konieczności przejścia przez pacjenta wszystkich etapów procedur medycznych – od kolejek przez diagnostykę po same zabiegi (*Raport WHC BAROMETER o zmianach w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, 2021*). Ponadto dane udostępnione przez Najwyższą Izbę

Kontroli wskazywały na kolejki do lekarzy specjalistów, niewystarczające środki profilaktyczne dla osób starszych, brak geriatrów oraz odpowiedniej opieki nad osobami starszymi, wymagających wsparcia w specjalistycznych placówkach (*System ochrony zdrowia w Polsce: obecny stan i pożądane kierunki zmian*, 2019).

W związku z pojawieniem się nagłej fali uchodźców, którzy potencjalnie potrzebują krótko- i długoterminowego wsparcia w Rzeczypospolitej Polskiej, możemy spodziewać się większego obciążenia instytucji realizujących działania w ramach systemu ochrony zdrowia. Osobom tym można pomóc, jednak nie poza kolejnością, ale w ramach kryteriów medycznych. *Problemy zgłaszane Rzecznikowi Praw Obywatelskich przez ukraińskich pacjentów*, 2022). Dodatkowym wyzwaniem jest konieczność udostępnienia pacjentom usług w ich ojczystym języku – ukraińskim lub rosyjskim – na co system ochrony zdrowia nie jest przygotowany na obecnym etapie polskiego (*Problemy z tłumaczami dla ukraińskich pacjentów*, 2022).

Źródła	<p>Bakalarczyk, R., Kocejko, M.(2021). Sytuacja opiekunów rodzinnych osób starszych w czasie pandemii Covid-19. Raport z Badnia, Warszawa.</p> <p>Frączkowski K. (2018).Teleopieka- jak społeczeństwo informacyjne może zmienić model świadczenia usług medycznych poprzez technologie informacyjno-komunikacyjne (ICT).</p> <p>Główny Urząd Statystyczny.(2014).Prognoza ludności na lata 2014-2050. Warszawa</p> <p>Grodzicki T.et al.(2021). Healthy ageing- częstość i determinanty, W: Pol.Senior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem</p> <p>Gryblewska B.et.al.(2021). Zjawisko wielochorobowości W: Pol Senior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem</p> <p>Kostka T. et al.(2021). Aktywność fizyczna.Q: Pol Senior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem</p> <p>Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej.2022. Potrzeby i zdrowie Seniorów podczas pandemii Covid-19 (IV edycja badania)</p> <p>Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.(2018). Polityka społeczna wobec osób starszych do roku 2030</p> <p>Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.(2022). Program „ Solidarnościowy korpus wsparcia – edycja 2022”</p>
--------	--

Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025

Ministerstwo Zdrowia.(2021). Projekt strategii „Zdrowa przyszłość”

Osman T.et al. (2018)., Kierunek rozwoju teleopieki w Polsce na tle doświadczeń Wielkiej Brytanii, Norwegii i Niemiec – wstęp do dyskusji., Gerontologia Polska

Rada Ministrów (2020). Uchwała nr 167 Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025

Szweda- Lewandowska, Z., Łuczak, P. (2020). Przesłanki demograficzne, społeczne i ekonomiczne zapotrzebowania na opiekę długoterminową, w: Błędowski, P.(red.).Opieka długoterminowa w Polsce. Jutro i dzisiaj. Koalicja na pomoc Niesamodzielnym. Warszawa.

Szweda-Lewandowska, Z.(2018).Nowoczesne technologie w opiece nad niesamodzielnymi osobami starszymi. Ubezpieczenie społeczne. Teoria i Praktyka, Warszawa

Szybalska A.et al.(2021).Rozpowszechnienie palenia tytoniu: W:Pol Senior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem

Wernio E.et.al.(2021) Zwyczaje żywieniowe.W:Pol Senior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem

Wiśniewski, P. (2021). Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii Covid-19. Raport z badania.Warszawa.