

Wizjonerzy zmian

Przedstawiamy 10 inspirujących rozmów z osobami, które szukają nowych rozwiązań dla ochrony zdrowia w kontekście globalnych wyzwań i najbardziej palących problemów. Zdrowe społeczeństwo staje się priorytetem polityki, jako wyznacznik dobrobytu, jakości życia oraz istotny element budowania konkurencyjnej i prężnej gospodarki.

Unijne strategie dla zdrowia

PAOLA TESTORI COGGI

Dyrektor Generalna Dyrektoriatu Zdrowia i Spraw Konsumentów, Komisja Europejska

Podczas Europejskiego Forum Zdrowia w Gastein, wspólnota opieki zdrowia dowiedziała się, jak budować bardziej przężne i innowacyjne systemy zdrowotne dla Europy. Systemy zdrowotne w Europie stoją w obliczu coraz większych wyzwań w związku z procesem starzenia się spo-

łeczeństwa i wzrostem wskaźnika zachorowań na choroby przewlekłe, większych oczekiwań obywateli co do usług zdrowotnych oraz kosztownych rozwiązań technologicznych. Wyzwania te tworzą presję wyższych wydatków na zdrowie publiczne. Jednakże w efekcie kryzysu finansowego, w wielu krajach UE nastąpiła odwrotna sytuacja. Według najnowszego raportu, 10 krajów UE obniżyło budżet na opiekę zdrowotną po raz

pierwszy od dziesięcioleci. Musimy zatem dokonywać ukierunkowanych inwestycji w celu uzyskania większej opłacalności, równowagi i przężności naszych systemów zdrowotnych.

Zdrowie obywateli nie może być ceną, jaką płacimy za kryzys. Powinno być najwyższym priorytetem dla wszystkich państw, na równi zżywieniem rynku pracy. Dzięki wsparciu z funduszy UE, państwa członkowskie mogą inwestować w zdrowie społeczeństwa jako kapitał ludzki i siłę napędową wzrostu gospodarczego. Musimy również pomagać państwom członkowskim w zmniejszaniu nierówności zdrowotnych, które są przyczyną strat szacowanych pomiędzy 1,5 a 9,5 proc. PKB rocznie. Inwestowanie w przężne i zrównoważone systemy ochrony zdrowia, zdolne do radzenia sobie z przewidywanymi i nieprzewidywanymi problemami, jest kluczowym działaniem.

W trakcie Forum, wraz z Komisarzem Unijnym ds. Zdrowia – Tonio Borgiem, wezwaliśmy państwa członkowskie do dokonywania przemyślanych inwestycji w systemy zdrowotne swoich krajów w celu zapewnienia odpowiedniej opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom. Podkreślaliśmy, że musimy wydawać mądrzej, a niekoniecznie więcej, ponieważ inwestowanie w systemy opieki zdrowotnej nie oznacza wyłącznie inwestycji finansowych – wiąże się również z koordynacją, współpracą i zaangażowaniem. To nie jest prosta sprawa dla państw członkowskich, ale nasze przesłanie do uczestników Forum było jasne: Komisja jest po to, by pomagać. Wskazałam kilka obszarów, w zakresie których Komisja wspiera państwa członkowskie. Po pierwsze, od



” **Nierówności zdrowotne są przyczyną strat szacowanych pomiędzy 1,5 a 9,5 proc. PKB rocznie.** ”

2011 roku Komisja Europejska współpracuje z państwami członkowskimi nad procesem refleksji, który może pomóc im w wymianie wiedzy i dobrej praktyki, a także wskazać, gdzie UE może wnieść wartość dodaną.

W tym roku Rada Europy przyjęła zalecenia dla 11 poszczególnych państw członkowskich w zakresie zdrowia – efektywniejszego wykorzystywania środków publicznych oraz zapewniania dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Konkretne rekomendacje dotyczyły wzmocnienia opieki ambulatoryjnej oraz dołożenia starań, by systemy koncentrowały się bardziej na podstawowej opiece zdrowotnej, niż na opiece szpitalnej. Po-

nadto, Komisja powołała niedawno wielosektorowy, niezależny panel ekspertów, który na prośbę państw członkowskich udziela niewiążących porad na temat skutecznych sposobów inwestowania w zdrowie. Inne przykłady to: wspieranie współpracy w zakresie oceny technologii medycznych, wykorzystania e-Zdrowia oraz innych innowacyjnych rozwiązań, aby pomóc państwom członkowskim w przekształcaniu systemów zdrowotnych; prowadzenie dyskusji pomiędzy państwami członkowskimi i regionami na temat przeznaczania europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych na opiekę zdrowotną; współpraca z głównymi interesariuszami w inicjatywach takich jak Europejskie Partnerstwo Inno-

wacyjne na Rzecz Aktywnego i Zdrowego Starzenia Się.

Należy również dodać, że popieramy działania podejmowane w celu wyeliminowania nierówności zdrowotnych poprzez poszerzenie dostępnej bazy wiedzy oraz ułatwiamy wymianę doświadczeń w zakresie najlepszej praktyki. W trakcie Forum, Komisja zwróciła uwagę na nierówności, które mogą wynikać z dyskryminacji w dziedzinie zdrowia. Komisja jest zobowiązana do zwalczania stygmatyzacji i dyskryminacji w zakresie opieki zdrowotnej, której doświadczać może społeczeństwo. Aby rozszerzyć tę debatę, w marcu 2014 zorganizujemy konferencję na temat opieki zdrowotnej. ●

Wyzwania stojące przed systemami zdrowotnymi

ZSUZSANNA JAKAB

Dyrektor Regionalna, Światowa Organizacja Zdrowia, Biuro Regionalne dla Europy

Korzyści zdrowotne osiągnięte przez kraje europejskie w ciągu ostatnich dekad stoją w obliczu zagrożenia z powodu globalnego kryzysu finansowego. Kryzys sprawia, że długoterminowe wyzwania stawiane przed systemami opieki zdrowotnej będą jeszcze trudniejsze. Jesteśmy świadkami wzrostu zachorowań na choroby zakaźne, rosnącego obciążenia dla zdrowia psychicznego (w szczególności znacznie wzrósł odsetek samobójstw) oraz negatywnego kształtowania się determinantów zdrowia i czynników ryzyka, na przykład w postaci dochodu, zatrudnienia, poziomu edukacji, żywienia itd. Oszczędności, które miały pomóc w powstrzymaniu kryzysu, zdają się pogarszać sytuację w niektórych krajach. Przykład: skala programów profilaktyki i wczesnego leczenia została zredukowana, pensje pracowników służby zdrowia – zmniejszone, a niektóre z kosztów opieki zdrowotnej przesunięto z państwa na społeczeństwo.

Aby sprostać tym zadaniom, poszczególne państwa potrzebują bardziej prężnego i elastycznego sektora zdrowotnego, co oznacza, że muszą wzmocnić swoje systemy opieki zdrowotnej poprzez po-

litykę i zarządzanie zmianami mającymi na celu promocję zdrowia i równość w zakresie zdrowia. Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zapewnia krajom duże wsparcie w tej kwestii, szczególnie poprzez następujące aspekty:

Zdrowie 2020: praca nad bardziej prężnymi systemami opieki zdrowotnej

Projekt „Zdrowie 2020” to innowacyjny plan działań, który określa naszą nową wizję i stanowi podstawę strategicznych priorytetów zdrowotnych dla Regionu Europy na kolejne lata. Projekt oparto na platformie, która umożliwia dzielenie się wiedzą i doświadczeniem. W ten sposób, w czasach spowolnienia gospodarczego, możemy wykorzystać mocne strony i pomnożyć korzyści na rzecz zdrowia. Celem nowej europejskiej polityki zdrowotnej jest poprawa sytuacji poprzez spojrzenie na kluczowe czynniki w bardziej zintegrowany i spójny sposób, w tym na zwalczanie epidemii chorób niezakaźnych, powszechny dostęp do dobrej jakości opieki zdrowotnej oraz określenie przyczyn złego stanu zdrowia i jego uwarunkowań społecznych. Wzmocnienie systemów zdrowotnych jest nadrzędnym priorytetem Światowej Organizacji Zdrowia w Europie.

Uniwersalne ubezpieczenie zdrowotne

Dążenie do celu, jakim jest uniwersalne ubezpieczenie zdrowotne, dzięki któremu wszyscy obywatele mieliby dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, nie odczuwając dotkliwych strat finansowych, jest kluczowe dla zapewnienia zdrowia populacji i prawidłowo funkcjonujących, dobrze zarządzanych systemów zdrowotnych. Dobrze działające systemy zdrowotne mogą być postrzegane w tym zakresie jako wyznacznik sukcesu. Uniwersalne ubezpieczenie zdrowotne jest ważne dla całego Regionu, a wszystkie kraje dotknięte przez kryzys gospodarczy muszą zabezpieczyć dostęp do niezbędnych usług. W krajach należących do wschodniej części Regionu rośnie polityczne zaangażowanie względem uniwersalnego ubezpieczenia zdrowotnego. Będziemy wspierać je w kolejnych latach.

Podstawowa opieka zdrowotna jako zorientowane na społeczeństwo źródło zintegrowanych usług zdrowotnych

Podstawowa opieka zdrowotna jest kluczowym elementem innowacyjnego podejścia we wzmocnianiu systemu opieki zdrowotnej. Naszym celem jest przekształcenie formy dostarczania usług

opieki zdrowotnej tak, aby świadczone usługi cechowały się wysoką jakością i były skoordynowane/zintegrowane oraz zorientowane na społeczeństwo. W ten sposób można lepiej spełniać potrzeby i preferencje jednostki. Po wysłuchaniu apelu państw członkowskich o stworzenie narzędzi i instrumentów polityki w celach wspierania wspomnianych strategicznych kierunków, w Regionalnym Biurze rozpoczęliśmy proces aktywnego poszerzania ram działania w kierunku Skoordynowanego/Zintegrowanego Dostarczania Usług Zdrowotnych.

Wzmacnianie systemu opieki zdrowotnej mające na celu osiągnięcie lepszych wyników w zwalczaniu chorób niezakaźnych

Prężne systemy opieki zdrowotnej wymagają stabilnej i zrównoważonej re-

akcji na rosnący ciężar chorób niezakaźnych. Aby wspierać kraje w tym zakresie, Światowa Organizacja Zdrowia rozpoczęła ambitny, interdyscyplinarny program „Wzmacniania systemu opieki zdrowotnej mającego na celu uzyskanie lepszych wyników w zwalczaniu chorób niezakaźnych”. Opłacalne interwencje dotyczące chorób niezakaźnych (np. choroby odtytoniowe) wymagają zwiększenia skali w większości krajów.

Inwestowanie w zdrowie i ekonomia zapobiegania

Część działań w procesie zapewniania prężnych systemów opieki zdrowotnej stanowi wsparcie i promocja zapobiegania chorobom. Rzeczywiście, pojawia się coraz więcej dowodów na to, iż na wielu obszarach odpowiednia polityka może przynieść korzyści zdrowotne przy rozsądnych kosztach, a czasem pozwala zmniejszyć wydatki na ochronę zdrowia i jednocześnie pomaga w zwalczaniu nierówności. Są to działania mające na celu ograniczenie ryzykownych zachowań, takich jak spożycie tytoniu i szkodliwa konsumpcja alkoholu, jak również zapobieganie niezdrowej diecie i niedoborowi aktywności fizycznej. Pojawiają się coraz silniejsze argumenty ekonomiczne na korzyść inwestycji międzysektorowej w odpowiedzi na występujące zagrożenia zdrowia środowiskowego, wy-

zwania poprawy bezpieczeństwa drogowego i ochrony zdrowia psychicznego. Odnoszą się one do szerszego wachlarza czynników wpływających na zdrowie, na przykład zatrudnienia, mieszkalnictwa, transportu, ochrony środowiska oraz interwencji mających na celu wzmocnienie terenów zielonych (i są wyjątkowo opłacalną inwestycją). Interwencje w zatrudnieniu i zdrowie, mieszkalnictwo i bezpieczny transport przynoszą korzyści po 1–2 latach. Działania w zakresie promocji zdrowia, mogące zmienić zachowania, w tym poprawa zdrowia psychicznego, zapobieganie przemocy, ograniczenie spożycia alkoholu, kontrola nad spożyciem tytoniu i promowanie zdrowego odżywiania oraz aktywności fizycznej (szczególnie promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie przemocy) to inwestycje, które zwracają się również w ciągu 1–2 lat. Wiemy także, że zapobieganie chorobom poprzez szczepienia i kompleksowe badania stanu zdrowia są także opłacalne.

Prace Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia w tym obszarze pokazały, iż promowanie zdrowia i zapobieganie chorobom przewlekłym poprzez działania mające na celu zmodyfikowanie czynników ryzyka i stylu życia jest możliwe i opłacalne, jednak często wymaga fundamentalnych zmian w zachowaniach indywidualnych i zbiorowych.

” **W regionie OECD jedynie 3% wydatków na opiekę zdrowotną przeznaczonych jest na profilaktykę. To za mało.**”



Takie zmiany mogą zostać zainicjowane jedynie poprzez zakrojone na szeroką skalę strategie promocyjne i prewencyjne, skierowane na wachlarz determinantów zdrowia we wszystkich społecznych, wraz z holistycznym, podejściach do zdrowia i dobrego samopoczucia, jak zostało to określone w projekcie „Zdrowie 2020”. Jednakże w rzeczywistości rządy poszczególnych państw przeznaczają obecnie, w najlepszym przypadku, jedynie niewielką część swojego budżetu na działania zapobiegawcze – około 3%

łącznych wydatków na opiekę zdrowotną w regionie OECD.

Inwestycje w działania mające na celu zapewnienie prężności systemu: działanie w zakresie determinantów społecznych

Kolejne inwestycje, jakich powinny dokonać państwa Regionu, to działania skierowane na determinanty społeczne zdrowia. Z prac Europejskiego Biura Regionalnego WHO w ramach projektu „Zdrowie 2020” wynika, że zdrowie i do-

bre samopoczucie są najważniejszymi celami każdego społeczeństwa oraz istotnymi środkami pomagającymi promować wzajemną relację pomiędzy dobrym zdrowiem a rozwojem. Ponadto, jednym z głównych tematów jest potrzeba poszukiwania innowacji w sektorze zdrowotnym, nie tylko w interesie pacjenta, ale także w celu utrzymania przystępnych kosztów i odizolowania budżetu od przyszłych zagrożeń. ●

Zawód medyczny w Europie

Dr KATRÍN FJELDSTED
Prezydent Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (The Standing Committee of European Doctors – CPME)

Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) reprezentuje Krajowe Stowarzyszenie Medyczne trzydziestu dwóch krajów europejskich. Nasze działania mają na celu kształtowanie punktu widzenia osób wykonujących zawody medyczne w UE oraz polityki europejskiej poprzez aktywną współpracę w sferze zagadnień dotyczących zdrowia i opieki zdrowotnej.

Polityka zdrowotna jest jedną z najczęściej dyskutowanych kwestii na szczeblu europejskim. Czas i zasoby przeznaczają się na świadczenia opieki zdrowotnej, infrastrukturę oraz sferę regulacyjną, zamiast zaufać lekarzom, którzy mogliby kontynuować rozwój usług niezbędnych dla pacjentów. Zawód lekarza wymaga 10–15 lat studiów oraz szkoleń specjalistycznych i wiąże się bezpośrednio z bezpieczeństwem pacjenta. Nic zatem dziwnego, że lekarze domagają się prawa głosu, co do struktury i przebiegu swojej pracy.

Autonomia zawodowa a prawa pacjenta

Jednym z największych wyzwań, przed jakimi stoją dziś lekarze europejscy, jest bez wątpienia kwestia autonomii zawodowej. Po pierwsze, gdy podejmowanie decyzji klinicznych jest podważane na skutek ingerencji administracji w rolę lekarza, prawo pacjenta do gwarancji odpowiedzialności lekarskiej za wysoką

jakość świadczonych przez niego usług może być poważnie zagrożone. Wpływa to również na zmniejszanie zaufania do prowadzonego leczenia, skutkuje niechętnym stosunkiem pacjenta do stosowania zaleceń lekarza, a w konsekwencji – utratą zaufania społecznego w służbę zdrowia. Z tego względu, niezbędne jest uznanie jasno określonej roli zawodu medycznego w przepisach krajowych państw członkowskich UE, a także dokładne planowanie organizacji opieki zdrowotnej obecnie, jak i w przyszłości.

Po drugie, w związku z ewolucją zachodzącą w środowisku, zmieniająca się rola pacjenta stanowi dla lekarzy kolejne wyzwanie pod względem wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Lekarze muszą reagować na wydarzenia, takie jak: rozpowszechnianie się technologii informacyjnych i komunikacyjnych, zwiększanie poziomu przepływu informacji w Internecie (które są niejednokrotnie niepotwierdzone lub wprowadzające w błąd) oraz samodzielne leczenie chorób, aby możliwie jak najskuteczniej chronić in-

” **Podtrzymanie opartej na zaufaniu relacji pacjent-lekarz musi być szczególnie ważne przy wprowadzaniu nowych technologii.**”



teresy pacjentów i podtrzymać kluczowe aspekty relacji pacjent-lekarz (np. zaufanie czy niezależność zawodowa lekarzy?). W 2008 roku CPME wraz z Europejskim Forum Pacjentów (EPF) przyjął Wspólne Zasady, uznając wyżej wspomniane zagadnienia za niezwykle istotne, na które wpływ może mieć współpraca EPF i CPME na szczeblu unijnym.

Budżet a pracownicy służby zdrowia

W czasach kryzysu gospodarczego systemy opieki zdrowotnej w całej Europie poddawane są nieustannym cięciom budżetowym. Pomimo, że każda decyzja finansowa powinna być podejmowana ze szczególnym uwzględnieniem działania w najlepszym interesie pacjenta. CPME

wierzy, że nawet w obliczu poważnych ograniczeń budżetowych, jakość opieki i poziom bezpieczeństwa pacjentów – stanowiące główne filary sektora zdrowotnego – nie mogą być wystawiane na próbę czy ulec pogorszeniu. Można je skutecznie zabezpieczyć poprzez zapewnienie pracownikom medycznym, w każdym z państw członkowskich, dostępu do najlepszych szkoleń i warunków pracy oraz odpowiedniego poziomu personelu służby zdrowia. Silne zainteresowanie pracowników służby zdrowia uzasadnia wiodącą rolę CPME w realizacji ogłoszonego przez Komisję Europejską zaproszenia do składania ofert dotyczących przeglądu i nadzorowania ciągłego rozwoju zawodowego oraz uczenia się przez całe życie pracowników sekto-

ra medycznego w UE i państwach członkowskich EFTA/EEA.

Wnioski

Autonomia zawodowa na poziomie organizacyjnym oraz indywidualnym jest podstawowym narzędziem w dążeniu do osiągnięcia wysokiej jakości opieki zdrowotnej i poszanowania praw pacjenta. Ponadto, podtrzymanie opartej na zaufaniu relacji pacjent-lekarz musi być szczególnie uwzględniane przy wprowadzaniu nowych technologii, a interes pacjenta traktowany jako punkt wyjścia przy podejmowaniu każdej decyzji, zarówno w kontekście polityki, jak i leczenia. Z tych względów, efektywność w sektorze opieki zdrowotnej powinna być utrzymywana na najwyższym poziomie. ●

Wiedza o zdrowiu

KRISTINE SØRENSEN
Departament Zdrowia Międzynarodowego/
CAPHRI, Uniwersytet w Maastricht, Holandia

Wiedza o zdrowiu obejmuje zdolność do podejmowania świadomych decyzji w codziennym życiu – w domu, w społeczności, w miejscu pracy, względem systemu opieki zdrowotnej, na rynku, na arenie politycznej¹. Innymi słowy, wiedza o zdrowiu związana jest z konkretnymi umiejęt-

nościami oraz pociąga za sobą znajomość, motywację oraz kompetencje w zakresie dostępu do informacji o zdrowiu, ich zrozumienia, oceny i zastosowania. Wszystko to w celu dokonania osądów i podejmowania codziennych decyzji dotyczących zapobiegania chorobom i promocji zdrowia, aby utrzymać i poprawić jakość życia w trakcie jego trwania².

Niestety, wyniki europejskiej ankiety

na temat wiedzy o zdrowiu (ang. *European Health Literacy Survey*) pokazują, że średnio 47% respondentów z ośmiu ankietowanych państw miało problemy z dostępem, zrozumieniem, oceną i zastosowaniem informacji podczas podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, zapobiegania chorobom i promowania zdrowia³. Ankietowanym trudno było również zarządzać swoim zdrowiem oraz odnaleźć się w systemie opieki zdro-

”**Koszty niskiego poziomu wiedzy o zdrowiu mogą stanowić 3-5% całkowitych kosztów opieki zdrowotnej.**”



wotnej. Z innych badań wynika ponadto, iż niski poziom wiedzy o zdrowiu związany jest zarówno z ograniczonym korzystaniem z usług profilaktycznych i leczeniem chorób przewlekłych, jak i wyższą śmiertelnością⁴. Może to prowadzić również do: błędów w leczeniu, błędnej diagnozy z powodu słabej komunikacji między dostawcami usług medycznych a pacjentami, niskiej jakości doradztwa i zaniedbywania leczenia, ponownych hospitalizacji, niepotrzebnych przyjęć na szpitalnych oddziałach ratunkowych, dłuższych pobytów w szpitalu, fragmentarycznego dostępu do opieki zdrowotnej oraz niechęci do reagowania na zagrożenie zdrowia publicznego⁵. Chociaż konieczne są dalsze badania, z aktualnego, systematycznego przeglądu wynika, iż koszty niskiego poziomu wiedzy o zdrowiu mogą stanowić 3–5% całkowitych kosztów opieki zdrowotnej na poziomie systemowym⁶. Z kolei osoby, których poziom wiedzy o zdrowiu jest wyższy, wykazują zdrowsze zachowania, chętniej stosują się do zaleceń lekarza, rzadziej zapadają na choroby przewlekłe, czują się zdrowsze i żyją dłużej⁷.

Rola obywateli, społeczeństwa, a także podmiotów krajowych i europejskich jest kluczowa w zwiększaniu inwestycji w wiedzę o zdrowiu. Tylko dzięki wysiłkom połączonym na wszystkich trzech szczeblach, wiedza o zdrowiu będzie podtrzymywana i z czasem stanie się fundamentem zdrowia przyszłych pokoleń. Proces ten wymaga jednak akceptacji

i aktywnego uczestnictwa wszystkich zainteresowanych stron w celu ukierunkowania przyszłości na wiedzę o zdrowiu:

- obywatele powinni zaangażować się w dbanie o swoje zdrowie poprzez zwiększanie poziomu wiedzy i umiejętności w tym zakresie, ucząc się przez całe życie;
- społeczeństwa powinny zaangażować obywateli do poszukiwania odpowiednich rozwiązań mogących zwiększyć odsetek zdrowych wyborów i zmniejszyć bariery w kwestii uczestnictwa w opiece zdrowotnej, zapobiegania chorobom i promocji zdrowia na szczeblu lokalnym;
- państwa powinny ujednoczyć badania, politykę i praktykę, aby stymulować działania krajowe, które mogą zwiększyć poziom wiedzy o zdrowiu. Mechanizmy monitorowania wiedzy o zdrowiu powinny być wdrażane wraz z ankietami, interwencjami oraz ocenami zapewniającymi zrównoważone podejście;
- podmioty europejskie powinny promować europejską strategię dotyczącą wiedzy o zdrowiu oraz analizę porównawczą wśród państw członkowskich UE.

W celu podniesienia poziomu wiedzy o zdrowiu w Europie, należy zminimalizować bariery, które panują w społeczeństwie oraz ułatwić tym samym korzystanie z wiedzy i umiejętności w celu ogólnej poprawy stanu zdrowia. Ciężar zmian spoczywa zatem na systemach, które muszą być dostosowane do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i wiedzy o zdrowiu

niż odwrotnie – gdy to pacjenci muszą dopasować się do złożoności systemu. Patrząc w przyszłość, musimy zadać sobie pytanie: kto pełni rolę nadrzędną? ●

1 Kickbusch I & Maag D. (2008): Health Literacy. W: Kris Heggenhougen and Stella Quah, editors International Encyclopedia of Public Health, Vol 3. San Diego: Academic Press; s. 204–211

2 Sorensen K., et al. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12:80 doi:10.1186/1471-2458-12-80

3 HLS-EU Consortium (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey (HLS-EU). Zob. www.health-literacy.eu

4 Berkman N.D., et al. (2004): Literacy and Health Outcomes. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); Rockville, MD

5 Neilsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA (2004): Health Literacy: A Prescription to End Confusion. National Academies Press; Washington DC; and Vernon JA, Trujillo A, Rosenbaum S, DeBuono B (2007). Low health literacy: Implications for national policy. w: http://www.gwumc.edu/sphhs/departments/health-policy/chsrp/downloads/LowHealthLiteracy-Report10_4_07.pdf (retrieved: 30/11/2008)

6 Eichler K., Wieser S., Bruegger U. (2009): The costs of limited health literacy: a systematic review, International Journal of Public Health, 54 (5):313–24

7 Bopp M., Minder C.E. (2003): Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990–1997: results from the Swiss National Cohort; International Journal of Epidemiology; 32:346–354

Systemy opieki zdrowotnej: zmiana i prężność

MONIKA KOSIŃSKA
Sekretarz Generalna, Europejski Sojusz
Zdrowia Publicznego (EPHA)

W czasie, gdy Europa wkracza w piąty rok największego kryzysu gospodarczego, jaki pamięta obecne pokolenie, odczuwamy ogromną potrzebę nabrania dystansu i chwili refleksji. Wiele podmiotów w obrębie społeczności zdrowotnej pilnie wzywa decydentów do wysłuchania dowodów na to, że zdrowie i społeczeństwo odniosło ogromne stra-

ty w ciągu ostatnich pięciu lat. Straty te często okazywały się obciążeniem nie do udźwignięcia. Był apel o przewodnictwo, większe zrozumienie powodów stojących za pewnymi decyzjami i pytania dotyczące tego, jak społeczeństwo może wpływać na coś, co zdaje się być swego rodzaju tsunami zmian, tak w sposób arbitralny, jak i siłami natury.

Powoli dostrzegamy postęp: systemy opieki zdrowotnej zaczęły się adaptować, reformować, rozumieć i dostosowywać

swoje główne aspekty, aby odnieść sukces w czasach zmian. To jednak nie wystarczy. Należy spojrzeć w głąb instytucjonalizacji procesów i mechanizmów, na które społeczeństwu nie udało się łatwo wpłynąć (czasem nawet wcale nie wpłynęło). Kolejnym krokiem jest stworzenie poziomu zarządzania zdrowiem, który do tej pory był poza zasięgiem.

W sercu obecnych zmian, fundamentalną, demokratyczną kwestię stanowi zdrowie i samopoczucie ludzi oraz społeczeństwa. To priorytet europejskiej po-

pulacji. A jednak kwestia ta nie jest poruszana – istotnie i celowo – w dyskursie, ani środkach alokowanych przez najwyższe szczeble Unii Europejskiej ani też, zbyt często, przez rządy krajowe. Nie dziwi zatem fakt, że zwykli ludzie, pacjenci i obywatele, czują się coraz bardziej odłączeni od rządu, który nie rozumie, co jest dla nich ważne.

Ignorując wspomniane wartości i priorytety, decydenci tworzą, wspierają i bronią procesów instytucjonalnych i mechanizmów zarządzania, które utrwalają i pogarszają problem. Temat zdrowia nie jest poruszany, a przez to nie jest uznawany za istotny. Na poziomie Komisji Europejskiej przejawia się to przez niepowodzenie w kwestii przedstawienia nowej Strategii Zdrowotnej czy Strategii Alkoholowej i sformułowania 1000-stronicowego procesu oceny wpływu ekonomicznych zmian w Dyrektywie w sprawie wyrobów tytoniowych, na podstawie której na opakowaniach wyrobów tytoniowych pojawiłby się komunikat ostrzegawczy. Te same instytucje promują ideę innowacji, a mimo to żadna z nich nie stwarza warunków do rozwoju prawdziwych innowacji – które są w stanie coś zmienić, kwestionować istniejące metody i narzędzia – ani warunków, w których innowatorzy mogą tworzyć i rozwijać rewolucyjne technologie, procesy czy metody.

Właściwe zarządzanie obejmuje elastyczność w stosunku do reformy fundamentalnej polityki, a nie tylko poruszanie się po jej obrzeżach. Prężność buduje się z elastyczności, a nieelastyczny system

„Instytucje ochrony zdrowia promują innowacje, jednak nie stwarzają warunków do ich rozwoju.”



jest bardziej podatny na niepowodzenia. Nareszcie nadszedł czas na to, by polityka zdrowotna oddaliła się od obrzeży gospodarki i myślenia, że wkładając zdrowie publiczne w ramy gospodarcze i dyskutując na ten temat, odniesiemy sukces we wprowadzaniu zmian. To się nie powiodło. Zdrowie publiczne musi zmierzyć się z ekonomią polityczną, a nie tylko ekonomią zdrowia, odnosząc się do wzajemnego oddziaływania między eko-

nomią, prawem, polityką i tym, jak instytucje podtrzymują ideologie gospodarcze i założenia, które ukształtowały nasz system zarządzania zdrowiem. To stanowi największe wyzwanie dla społeczności zdrowotnej w czasie, gdy wiele instytucji pochłoniętych jest wewnętrznym i zewnętrznym zarządzaniem kryzysowym, próbując poradzić sobie ze skutkami – w kategoriach ludzi i systemu – kryzysu, który nie my spowodowaliśmy. ●

Zdrowie psychiczne w Europie a OECD

MARK PEARSON

Dyrektor Wydziału Zdrowia, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD)

Co roku z zaburzeniami psychicznymi boryka się od jednej czwartej do jednej trzeciej Europejczyków. Zaburzenia psychiczne są silnie skorelowane z wyższym ryzykiem ubóstwa, przedwczesnym rzuceniem szkoły, wyższym bezrobociem i gorszym stanem zdrowia. Koszty ekonomiczne zaburzeń psychicznych są wy-

sokie, w tym nie tylko koszty leczenia, ale również (co ważniejsze) straty gospodarcze spowodowane zmniejszoną wydajnością w pracy i większą liczbą nieobecności. Zaburzenia psychiczne stanowią wysoki odsetek urlopów zdrowotnych i rent inwalidzkich. Szacuje się, że łączny globalny koszt zaburzeń psychicznych wyniósł 2,5 bln dolarów w 2010 roku, a do 2030 roku ma on wynieść 6 bln dolarów (Bloom, 2011). To wystarczające powody, dla których kraje europejskie powinny podjąć działania mające na celu zapewnienia chorym psychicznie

dostępu do właściwego i skutecznego leczenia – od łagodnych, poprzez umiarkowane przypadki, do ciężkich i skomplikowanych chorób jak schizofrenia.

W ciągu ostatnich lat niektóre z krajów europejskich rozwinęły wysoce innowacyjne modele dostarczania opieki osobom z powszechnymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak depresja czy lęki. Symptomy tych powszechnych zaburzeń psychicznych określa się jako „łagodne po umiarkowane”, niemniej jednak stanowią one znaczny ciężar choroby i wyso-



„Łączny globalny koszt zaburzeń psychicznych wyniósł 2,5 bln dolarów w 2010 roku, a do 2030 roku ma on wynieść 6 bln dolarów.”

kich kosztów pośrednich. W przeszłości były zaniebdywane przez systemy ochrony zdrowia psychicznego, które koncentrowały się zwykle na bardziej poważnych zaburzeniach. Opracowany w Anglii Program Zwiększenia Dostępu do Terapii Psychologicznych (ang. *the Increasing Access to Psychological Therapies, IAPT*) dedykowany jest leczeniu łagodnej do umiarkowanej depresji i stanów lękowych, dawniej leczonych jedynie poprzez kognitywną terapię behawioralną, dziś także w połączeniu z innymi formami terapii. Wspierany przez dużą inwestycję początkową od rządu, IAPT jest bardzo innowacyjnym programem, zarówno z uwagi na wdrażanie opartych na dowo-

dach terapii kierowanych do bardzo dużej liczby odbiorców, jak i model ich dostarczania. IAPT promuje model „stopniowej opieki”, co oznacza, że intensywność opieki rośnie wraz z nasilaniem się objawów. IAPT zapoczątkował prowadzenie kognitywnej terapii behawioralnej przez personel, który nie przeszedł kompleksowego szkolenia psychologicznego, a raczej specjalistyczne szkolenie IAPT. Na podstawie tych doświadczeń inne kraje mogą nauczyć się, że silny model nadzoru i kontroli nad wszystkimi przeprowadzonymi terapiami przynosi efekt w postaci zorientowanej na wyniki kulturze opieki oraz zachęca terapeutów do ścisłego przestrzegania zasad modelu opar-

tego na dowodach. Wszystkie te aspekty oznaczają, że IAPT zapewnia skuteczną opiekę dla osób dotkniętych zaburzeniami od łagodnych po umiarkowane, a także oferuje dobry stosunek jakości do ceny służby zdrowia.

W kwestii chorób psychicznych większość krajów europejskich kontynuuje działania mające na celu poprawę świadczenia opieki środowiskowej i zmniejszenie stopnia zależności od opieki szpitalnej. Zaobserwować można coraz większe zrozumienie tego, iż w przypadku osób cierpiących na choroby psychiczne, aby osiągnąć znaczącą poprawę wyników, należy położyć nacisk na aspekty poza chorobą. Zatrudnienie jest uznawane za szczególnie ważny obszar. Wsparcie zatrudnienia zakłada, że ludzie cierpiący na ciężkie choroby psychiczne są w stanie pracować w normalnym, opartym na współzawodnictwie środowisku i aktywnie promuje integrację opieki nad zdrowiem psychicznym z urzędami pracy (OECD, 2011), a także jest związane z poprawą wyników odbiorców, w tym z lepszymi wynikami w zatrudnianiu, mniejszą częstotliwością hospitalizacji i mniejszą ilością interwencji pogotowia ratunkowego. Lepsze wyniki w zakresie zdrowia psychicznego w Europie wymagają innowacyjnego podejścia w sektorze zdrowotnym, jak również strategii, które docierają do innych sektorów. ●

Bloom, D.E. et al. (2011), *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.

Wittchen, H.-U., F. Jacobi et al. (2011), “The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010”, *European Neuropsychopharmacology*, Vol. 21, ss. 655–679.

OECD (2011), *Sick on the Job: Myths and Realities about Mental Health and Work*, Paris, OECD Publishing.

Wydajność systemu zdrowotnego. Tajwan vs. Europa

SHU-TI CHIOU
Doktor medycyny, doktor nauk, Dyrektor
Generalna Administracji Promocji Zdrowia,
Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej,
Tajwan

Porównaliśmy wydajność systemu zdrowotnego w Tajwanie z systemami w 43 innych krajach za pomocą szeregu wskaźników opracowanych przez prof. Johana P. Mackenbacha oraz prof. Mar-

tina McKee. W skład zestawu wchodzi 27 wskaźników „procesowych” i „wynikowych” dla 10 różnych obszarów, jak również łączny wynik pokazujący ogólny sukces kraju we wdrażaniu skutecz-



” **Porównanie systemów opieki zdrowia pozwala uczyć się wzajemnie i korzystać z pozytywnych doświadczeń innych krajów na świecie**

nej polityki zdrowotnej. Oprócz porównania bezpośredniego, dokonaliśmy też porównania uwzględniającego inne istotne czynniki, jak np. dochód narodowy i zdolność do przetrwania/samoekspresji, aby dostosować się do sytuacji gospodarczej i społecznej.

Nigdy wcześniej ten zestaw wskaźników nie został wykorzystany poza Europą. Łączny wynik wydajności systemu zdrowotnego w Tajwanie znalazł się na 17 miejscu spośród 44 krajów, czyli niżej niż większość krajów Europy Zachodniej, ale wyżej niż 27 pozostałych. Rozpatrując indywidualnie wynik społeczeństwa w kwestii przetrwania/samorealizacji oraz PKB per capita, wydajność systemu zdrowotnego Tajwanu jest znacznie wyższa niż można by oczekiwać w obu sytuacjach, tj. Tajwan osiągnął lepszy wynik niż kraje europejskie o podobnym stopniu zdolności przetrwania/samorealizacji czy PKB per capita.

W przypadku tych 27 wskaźników Tajwan osiągnął lepsze wyniki niż wyniosła średnia 43 europejskich krajów w przypadku 19 wskaźników. Tajwan poradził sobie znakomicie m.in. w kwestii kontroli rynku wyrobów tytoniowych (tuż za Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii), spożycia alkoholu per capita (niżej niż wszystkie europejskie kraje OECD), cięż wśród nastolet-

nich dziewcząt (przed Szwajcarią, Słowenią, Holandią i Danią), stopnia bezpieczeństwa dzieci (jedynie za Islandią i Holandią), średniego ciśnienia skurczowego u mężczyzn (niżej niż wszystkie państwa unijne należące do OECD). Stopień kontroli rynku tytoniowego w Tajwanie jest znacznie wyższy niż w przypadku państw europejskich o podobnym wyniku pod względem zdolności przetrwania/samorealizacji, a odsetek cięż wśród nastoletnich dziewcząt znacznie niższy niż w państwach europejskich o podobnym PKB per capita.

Tajwan znalazł się poniżej średniej europejskiej w przypadku 8 wskaźników (tj. przewagi liczby palaczy wśród mężczyzn, polityki alkoholowej, śmiertelności wśród mężczyzn z powodu marskości wątroby, niedoboru jodu, całkowitej energii z tłuszczów, przypadków zachorowań na AIDS, zakażenia MRSA oraz odsetka szczepień przeciw grypie wśród osób starszych).

Analiza potwierdziła obserwację w Europie, iż pomimo tego, że skuteczność polityki zdrowotnej związana była z gospodarką, społeczeństwem i polityką w kontekście lokalnym, wysiłki mogą przynieść skutek nie tylko pomiędzy państwami, ale także pomiędzy obszarami polityki na terenie danego państwa. Dzięki analizie regresji w zakresie efektywności wskaźników względem ich kluczowych determinantów zauważyć można, że istnieją ele-

menty uzyskujące świetne wyniki. W odróżnieniu od innych krajów, w których odpowiedzialność za kontrolę chorób niezakaźnych jest albo niejasno zdefiniowana, albo połączona z kontrolą chorób zakaźnych (przy czym ta druga jest bardziej przejrzysta i skupiająca uwagę), Tajwan posiada oddzielną agencję (Administrację Promocji Zdrowia) powiązaną z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej, która odpowiedzialna jest wyłącznie za zapobieganie i kontrolę chorób niezakaźnych oraz zdrowie Matki i Dziecka. Wygląda na to, że obszary o wyższej wydajności, jak wynika z tej analizy, to obszary zarządzane właśnie przez tę agencję. Możliwe, że tego typu „chroniony” schemat organizacji wiąże się z konkretnymi wynikami.

Podsumowując, wynik Tajwanu znajduje się powyżej europejskiej średniej, ale nie jest tak wysoki jak wyniki niektórych krajów Zachodniej Europy. Istnieją jednak wewnętrzne różnice w wyżej wymienionych kwestiach, a lepsze wyniki mogą być powiązane z lepszym schematem organizacji. Należy włożyć więcej wysiłku w poprawienie wyników tych obszarów, które radzą sobie gorzej. Aby osiągnąć ogólną, długotrwałą prężność w tych obszarach, proponujemy kompleksowe monitorowanie i ciągłe porównywanie oraz powiązanie wyników z przejrzystością i odpowiedzialnością. ●

Przygotuj się na samoopiekę

JACQUELINE BOWMAN-BUSATO
Dyrektor, EPPSI

Jaka jest rola samoopieki w opiece zdrowotnej?

Europejska opieka zdrowotna stoi przed poważnymi wyzwaniami. Odsetek osób z chorobami przewlekłymi rośnie, a populacja starzeje się. Cały czas brakuje pracowników zdrowia, a wydatki publiczne znalazły się pod presją kryzysu. Znalezione bardziej zrównoważonego sposobu na spełnienie potrzeb społecznych obywateli jest jednym z najważniejszych zadań.

Samoopieka może pomóc w pozyskiwaniu korzyści z zapobiegania chorobom, wczesnej interwencji i zarządzania swoim zdrowiem przez jednostkę. Spełnia ona również potrzebę przejęcia odpowiedzialności za swoje zdrowie i samopoczucie. Przy odpowiednim wsparciu, samoopieka przyczynia się do utrzymania jakości życia obywateli, korzystając w jak najlepszy sposób z ograniczonych środków.



Jak zmienia się samoopieka?

Pojęcie samoopieki zyskuje rosnącą akceptację systemów opieki zdrowotnej w Europie. Jednak niewiele wiadomo o tym, jak społeczeństwo odbiera kwestię samoopieki. Barometr samoopieki, pierwszy tego rodzaju, będzie stanowić punkt odniesienia dla przyszłych badań, pozwalając na śledzenie trendów w postawach społeczeństwa i potrzebie samoopieki. Badania będą przeprowadzane co dwa lata. Koncepcja samoopieki jest jedną z tych, które ewoluowały wraz z upływem czasu i zmianami w przestrzeni geograficznej Europy. Badania pojawiają się w momencie, gdy samoopieka jest tematem burzliwych debat decydentów w Europie. Dyrekcje Generalne Komisji Europejskiej ds. Przedsiębiorstw i Przemysłu oraz ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów przygotowują dokument w sprawie samoopieki, który ma zostać opublikowany pod koniec 2013 roku. Komisja współpracuje również z interesariuszami w kwestii promowania świadomego użytkowania leków bez recepty.

”Zdecydowana większość społeczeństwa nie ma dostępu do informacji o zdrowiu, które mogłyby posłużyć do wprowadzania zmian we własne życie.”

Jak zmienić złe nawyki zdrowotne i zwyczaje ludzi?

Nasza inicjatywa ma na celu raczej śledzenie postrzegania przez społeczeństwo kwestii samoopieki, niż nakazywanie, jak ludzie powinni lub mogliby zmienić swoje zachowania. Zbadaliśmy trzy główne filary, mianowicie: samoleczenie, umiejętności i możliwości w zakresie wiedzy o zdrowiu oraz zmiany w stylu życia (odżywianie, dobry sen, samopoczucie fizyczne). Na podstawie tych danych oczywistym jest, że im bardziej ludzie są pewni siebie i im bardziej polegają na sobie w kwestii podejmowania decyzji, tym skuteczniejsze są ich działania w kierunku zachowania dobrego zdrowia. Ustalenia Eppsi można podzielić na dwa poziomy: konieczna zmiana sposobu postępowania w polityce oraz zarządzanie zmianami w zachowaniu społeczeństwa.

Pacjenci i pracownicy ochrony zdrowia

Badania wskazują na potrzebę znalezienia strategii poprawy wzajemnego zaufania w grupie pacjentów i lekarzy oraz poprawy standardów komunikowania się pracowników ochrony zdrowia z obywatelami, wykorzystania nowoczesnych technologii, które mogą wspierać rozwój samoopieki. Kluczem do optymalizacji własnych nawyków zdrowotnych jest zrozumienie związku pomiędzy przyczyną a rezultatem. Podam teraz przykład najnowszych badań dotyczących odżywiania i aktywności fizycznej. Ankietowani, którzy wraz z menu otrzymali listę ćwiczeń, które musieli wykonać, aby spalić spożyte kalorie, robili to systematycznie i poradzili sobie dużo lepiej niż ci, którzy otrzymali wraz z menu jedynie wartość kaloryczną posiłków.

Wyzwaniem, na które wskazuje Barometr Samoopieki Eppsi, jest to, że większość badanych sądzi, iż nie ma odpowiedniego dostępu do informacji, które może zrozumieć i zastosować do własnej sytuacji. Poza lekarzem internistą, obywatele czerpią informacje z Internetu dużo częściej niż od farmaceutów z lokalnych aptek.

Po drugie, potrzebna jest nowa polityka mająca na celu określenie roli pracowników służby zdrowia w samoopiece. Należy położyć większy nacisk na wspól-

ną opiekę, zapobieganie, zarządzanie stylem życia i zaangażowanie jednostki. Szkolenia są kluczowe w zainicjowaniu zmian kulturowych w postrzeganiu pracowników służby zdrowia jako dostarcycieli opieki oraz pacjentów jako pasywnych odbiorców. Rządy poszczególnych państw muszą zintegrować pojęcie samoopieki z polityką zdrowotną, a in-

teresariusze dołożyć starań, by opracować niedrogie, praktyczne i trwałe rozwiązania. Powinny one obejmować inwestycje w promocję zdrowia i zapobieganie chorobom. Należy ponadto dążyć do partnerstwa z interesariuszami, takimi jak przemysł farmaceutyczny i ubezpieczyciele zdrowotni – w celu poprawy wyników poprzez dzielenie się informacjami

i środkami. Wraz z rosnącymi kosztami opieki zdrowotnej, osoby indywidualne i rodziny muszą być zachęcane do profilaktyki, odpowiedniego samoleczenia oraz przyjęcia zdrowych alternatyw, aby zapobiec długoterminowym i drogim interwencjom. ●

Znaczenie aplikacji zdrowotnych

ALEXANDRA WYKE

PatientView, Zjednoczone Królestwo

Każdy człowiek – bez względu na to, czy cieszy się zdrowiem, czy też zмага się

z niepełnosprawnością bądź przewlekłą chorobą – pragnie być zdrowy i sprawny. W tym dążeniu spotyka się codziennie z wieloma wyzwaniem. Bycie zdrowym wymaga czasem zmiany stylu życia,

otoczenia, a nawet pracy. Niektórzy muszą zażywać lekarstwa kilka razy w ciągu dnia, uważnie obserwować symptomy choroby (na wypadek, gdyby ich stan się pogorszył) lub korzystać z pomocy opiekuna medycznego, przyjaciół, rodziny. Ludzie cierpiący na pewne schorzenia doświadczają stygmatyzacji i dyskryminacji społecznej. Zaskakująco niewielka liczba osób otrzymuje stałe wsparcie, dzięki któremu jest w stanie poradzić sobie ze skomplikowanymi czynnościami. W większości krajów brakuje funduszy na system opieki zdrowotnej albo czasu na sprostanie różnym potrzebom samoopieki społecznej. Według Kate Lorig, profesor medycyny z Uniwersytetu Medycznego w Stanford, nawet osoby cierpiące na choroby przewlekłe zwykle muszą same o siebie zadbać w 99%.

” Zdrowie mobilne umożliwi 185 milionom pacjentów w Unii Europejskiej dostęp do sprawniejszej i bardziej skutecznej opieki zdrowotnej.”

To właśnie z tej przyczyny aplikacje zdrowotne zostały uznane za jedno z najważniejszych narzędzi technologicznych w promowaniu „samoopieki” i zapobieganiu chorobom, w szczególności w dzisiejszych czasach, gdy technologia jest tak wszechobecna. Liczba telefonów komórkowych sięga już 6,8 mld i jest niemalże równa liczbie mieszkańców całej Ziemi. Szacuje się, że istnieje nawet 100 tys. aplikacji zdrowotnych możliwych do pobrania na mobilne urządzenia telekomunikacyjne. Jak uważa Sameer Pujari, urzędnik ds. technicznych (ang. *Technical Officer*) ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): „technologia jeszcze nigdy nie była tak bliska ludziom”. GSM Association, organizacja reprezentująca interesy operatorów sieci komórkowych z całego świata, szacuje, że m-Zdrowie umożliwi 185 milionom pacjentów w Unii Europejskiej dostęp do sprawniejszej i bardziej skutecznej opieki zdrowotnej, jak również pomoże zapobiec w około 589 tys. przy-



padków zapadnięciu na chorobę przewlekłą. Mohammad Chowdhury z przedsiębiorstwa PriceWaterhouseCoopers (PwC) twierdzi, że m-Zdrowie może zwiększyć PKB Unii Europejskiej o 100 mld dolarów (75 mld euro/62 mld funtów brytyjskich). Zatem nic zaskakującego, że kwestia potencjału aplikacji zdrowotnych wywołuje tak ogromne emocje.

Niestety, z punktu widzenia użytkownika technologia ta może przynieść odwrotny skutek. Według raportu Instytu-

tu Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (ang. *Institute for Healthcare Informatics*) z października 2013 roku: „zdecydowana większość dostępnych aplikacji ma ograniczoną funkcjonalność i nie ma udowodnionego faktycznego wpływu na podnoszenie poziomu świadczeń opieki zdrowotnej czy jej wyników”. Organy regulacyjne i decydenci [m.in. Agencja Żywności i Leków (ang. *Food and Drug Administration*) oraz Komisja Europejska] zaczęli dostrzegać potrzebę podwyższenia jakości aplikacji

zdrowotnych. Największy nacisk położono na aplikacje mające na celu diagnozę i wsparcie w leczeniu chorób, czyli aplikacje skierowane głównie do lekarzy i innych pracowników medycznych. Dziesiątki tysięcy aplikacji zdrowotnych wymknęło się jednak nowej sferze regulacyjnej. A co z ich standardami oraz znaczeniem dla użytkowników, pacjentów i społeczeństwa? Mają to na uwadze, stworzyliśmy portal myhealthapps.net, który ułatwia wybór aplikacji zdrowotnej. ●

Mobilnie i zdrowo

DAVID SAINATI
medappcare

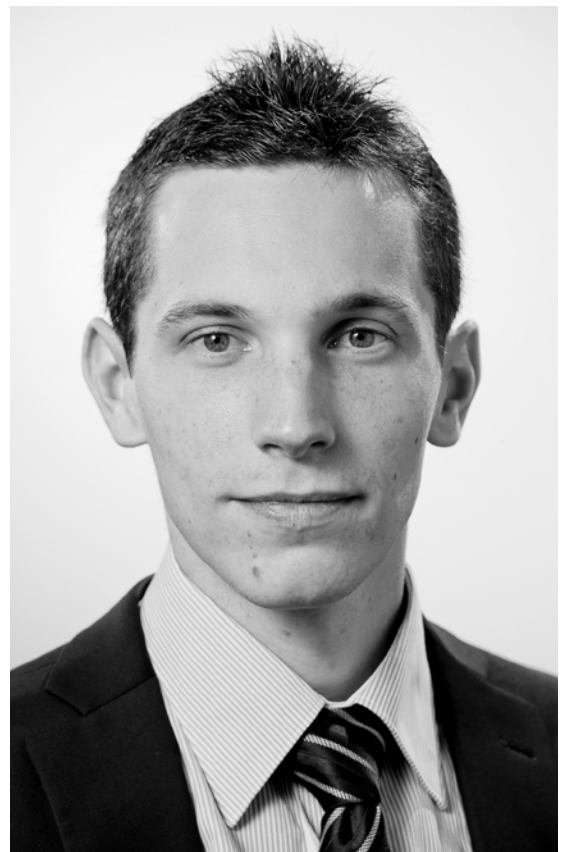
m-Zdrowie wpływa na poprawę stanu zdrowia i samopoczucia użytkowników oraz może pomóc w zmniejszaniu wydatków na opiekę zdrowotną (99 mld euro oszczędności w Europie w 2017 roku, wg badań PwC). Obecnie istnieje wiele mobilnych aplikacji zdrowotnych, które służą bardziej celom rozrywkowym niż wspomagającym. Jakość ponad 97 tys. tego typu aplikacji dostępnych na całym świecie stanowi zatem istotny problem dla sektora medycznego. Ocena jakości aplikacji zdrowotnych jest bardzo ważna z trzech głównych powodów. Pierwszym i najbardziej oczywistym powodem jest ogromna liczba dostępnych aplikacji. Według badań grupy Research2Guidance, istnieje około 97 tys. aplikacji zdrowotnych i aplikacji typu „wellness” dostępnych w sklepach takich jak AppStore, Google Play, itp. W 2012 roku na całym świecie aplikacje te zostały pobrane przez użytkowników 44 miliony razy. Szacuje się, że do 2017 roku liczba ta wyniesie 142 mln. Pacjenci i pracownicy służby zdrowia, poszukując najlepszych aplikacji czują się obecnie zagubieni, stając przed tak dużym wyborem. Kolejnym, drugim powodem dla którego należy ocenić jakość aplikacji zdrowotnych jest fakt, iż wiele z nich zawiera błędy. Aplikacje podają użytkownikom nieprawidłowe i niepotwierdzone dane, które mogą być wręcz niebezpieczne dla ich zdrowia. Informacje uzyskane z aplikacji zdrowotnej nie są zgodne z praktykami medycznymi w zakresie wytycznych. Na przykład, według badań opublikowa-

nych w „Amerykańskim Dzienniku Medycyny Zapobiegawczej” (ang. *American Journal of Preventive Medicine*), żadna z 47% aplikacji mających pomóc w rzuceniu palenia nie była zgodna z oficjalnymi wytycznymi amerykańskich organów publicznej służby zdrowia.

Aplikacje zdrowotne są także oparte na mitach medycznych, według których

istnieje możliwość np.: wyboru płci potomstwa, powiększenia piersi u kobiet poprzez słuchanie odgłosów dziecka, itd. Problem w tym, że aplikacje zdrowotne umieszczane w sklepach z aplikacjami nie są oficjalnie zatwierdzane. Każdy może tam umieścić niebezpieczną aplikację bez jakiegokolwiek kontroli. Trzecim powodem jest brak zabezpieczeń. Według badań dotyczących kon-

” **Żadna z 47% aplikacji mających pomóc w rzuceniu palenia nie była zgodna z oficjalnymi wytycznymi amerykańskich organów publicznej służby zdrowia.**”



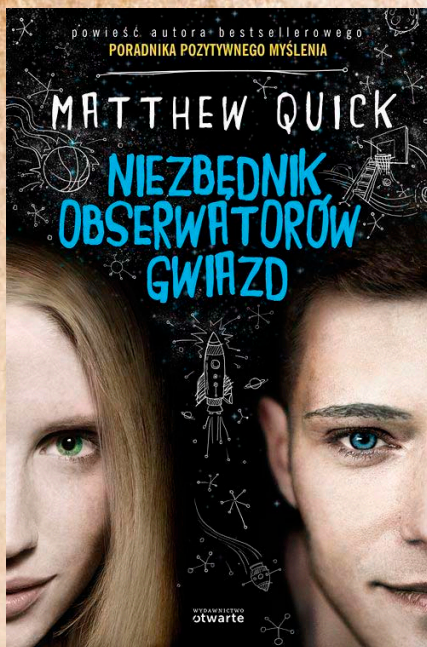
kretnych aplikacji zdrowotnych przeprowadzonych przez Kalifornijską Fundację Ochrony Konsumentów (ang. *the California Consumer Protection Foundation*), w 40% płatnych aplikacji brak jest polityki prywatności, 30% aplikacji wysyła informacje do osób, które nie wyraziły zgody na warunki Polityki Prywatności, a 90% nie szyfruje transferu danych i komunikacji. Należy pamiętać, że stawką jest tu bezpieczeństwo pacjentów.

Aby rozwiązać problem braku jakości i zabezpieczeń, opracowaliśmy w Medappcare pierwszą w Europie metodę oceny aplikacji zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem wyboru i rekomendacji użytkownikom (zarówno pacjentom, jak i pracownikom służby zdrowia) najlepszych z nich. Ustaliliśmy ponad 50 kryteriów opartych na technicznych, medycznych i prawnych aspektach aplikacji. Wierzymy, że osoby wykonujące zawody medyczne (farmaceuci, leka-

rze, pielęgniarki itd.) zaczną „przepisywać” aplikacje swoim pacjentom, a dzięki temu ich dostęp będzie taki sam, jak w kanale dystrybucji leków. Jesteśmy również przekonani, że firmy ubezpieczeniowe będą polecać swoim klientom najlepsze aplikacje, ponieważ zostały one stworzone po to, aby wspierać promocję profilaktyki zdrowotnej, poprawiać jakość opieki zdrowotnej oraz zmniejszać wydatki z nią związane. ●

od redakcji

PREZENTY DLA CZYTELNIKÓW



„Niezbędnik obserwatorów gwiazd”
Matthew Quick



„Szczypta smaku”
Agata Ziemnicka-Łaska / Olga Kwiecińska

Jak otrzymać prezent?

Wystarczy napisać do nas e-mail na adres czasopismo@osoz.pl z krótkim uzasadnieniem, dlaczego chcielibyście Państwo otrzymać wybrany prezent. Te najbardziej przekonujące nagrodzimy. Na e-maile czekamy w terminie do 31 stycznia 2014 r.

„Przysłanie korespondencji e-mail stanowi zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w korespondencji do celów związanych z rozstrzygnięciem konkursu i przez czas jego trwania. Administrator Danych Osobowych, to jest KAMSOFIT S.A. (wydawca miesięcznika OSOZ) z siedzibą w Katowicach przy ul. 1 Maja 133, wpisana przez Sąd Rejonowy Katowice – Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy KRS do Rejestru Przedsiębiorców pod nr KRS 0000345075 informuje, iż przesłanie danych osobowych jest fakultatywne, dane wykorzystane zostaną wyłącznie na potrzeby rozstrzygnięcia konkursu, po zakończeniu konkursu dane zostaną usunięte. Przez czas trwania konkursu osobie, której dane dotyczą przysługuje uprawnienie do dostępu do treści przekazanych w korespondencji e-mail danych oraz ich poprawienia”.