

W ostatnich latach duże znaczenie przypisuje się działaniom na rzecz poprawy zdrowia i jakości życia ludności realizowanym przez różne podmioty. Ważną rolę w obszarze tych działań przypisuje się jednostkom samorządu terytorialnego. Podstawę prawną realizacji programów polityki zdrowotnej stanowi ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W 2017 r. w Departamencie Spraw Społecznych, Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego i Zdrowia przygotowany został **„Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim.”**

Upadki osób starszych stanowią poważny problem geriatryczny społeczny i ekonomiczny. Do upadków dochodzi w każdej grupie wiekowej. Jednak te, które dotyczą osób starszych stanowią problem ze względu na fakt, że w tej grupie wiekowej występuje statystycznie zwiększona podatność na urazy oraz to, że ich następstwem jest zazwyczaj pogorszenie funkcji organizmu, zwiększenie chorobowości i śmiertelności. Generują również wzrost kosztów leczenia i opieki. Upadki zwiększają ryzyko instytucjonalizacji, te bez urazu trzykrotnie, a zakończone urazem 10-krotnie. W naszym kraju nie oszacowano dotąd kosztów pomocy medycznej i opieki, jakiej wymagają starsze osoby, które doznały upadków. Jak pokazują skandynawskie raporty naukowe, aż 40% upadków kończy się poważnymi obrażeniami, szczególnie złamaniami kończyn oraz urazami czaszkowo-mózgowymi. Według szacunkowych danych pochodzących z innych krajów konsekwencje upadków pochłaniają 1/3 kosztów związanych ze wszystkimi urazami i są główną przyczyną zgonów w następstwie urazów w podeszłym wieku. Częstość upadków wzrasta z wiekiem. Według różnych doniesień upadki dotyczą 25–40% osób w wieku 65 i więcej lat, a po 80 roku życia przynajmniej raz w roku upadku doświadcza co druga osoba. Spośród osób, które upadły występuje zwiększenie o 12–40% ryzyka ponownego upadku. W tej grupie odnotowuje się pogorszenie sprawności oraz utratę samodzielności. W badaniu POLSENIOR przeprowadzonym w latach 2008-2011 dokonano m.in. oceny częstości występowania upadków w okresie ostatnich 12 miesięcy, złamań bliższego końca kości udowej oraz implantacji endoprotez stawów biodrowych w populacji osób w wieku 65 i więcej lat w Polsce, uczestników badania PolSenior.

Pośrednimi celami były:

- ocena częstości upadków w roku poprzedzającym badanie zależnie od płci, wieku i miejsca zamieszkania,

- ocena częstości upadków wielokrotnych,
- ocena najczęstszych okoliczności upadków i ich następstw,
- analiza częstości złamań bliższego końca kości udowej zależnie od płci, wieku i miejsca zamieszkania,
- ocena częstości endoprotezoplastyk i stawów biodrowych zależnie od płci, wieku i miejsca zamieszkania.

Wśród 4920 osób, 2384 kobiet (48,5%) i 2536 mężczyzn (51,5%), w ciągu ostatnich 12 miesięcy upadku doświadczyło 1138 osób, tj. 23,1% badanych w starszym wieku, spośród których 56,2% stanowiły kobiety. W tej grupie wiekowej upadki występowały ponad dwukrotnie częściej w porównaniu z osobami w wieku 55–59 lat. Wśród osób starszych upadki częściej występowały u kobiet w porównaniu z mężczyznami (26,8% vs 19,7%). Częstość występowania upadków wzrastała z wiekiem, od 12,0% w wieku 65–69 lat do 35,9% powyżej 89 roku życia ($p < 0,001$ dla zależności między wiekiem we wzrastających przedziałach wiekowych a występowaniem upadków), i w każdym przedziale wiekowym upadki częściej dotyczyły kobiet, chociaż wśród najstarszych Polaków częstość upadków była zbliżona u obu płci, 37,3% i 34,4% odpowiednio wśród kobiet i mężczyzn w wieku 90 i więcej lat.

Do najczęstszych czynników ryzyka wystąpienia upadków należą: wiek powyżej 80 lat, zaburzenia chodu i równowagi, obniżenie siły mięśniowej, upadek w przeszłości, lęk przed upadkiem, trudności w codziennym funkcjonowaniu wynikające z różnych przyczyn m.in. upośledzenie wzroku, słuchu, współistnienie przewlekłych chorób, polifarmakoterapia a także ryzyko wynikające z czynników środowiskowych. Najczęstszymi bezpośrednimi przyczynami upadków są: potknięcia, pośliznięcia, zaburzenia równowagi, wynikające z pośpiechu i czynników środowiskowych. Do najczęstszych czynności, w czasie których dochodzi do upadków, zalicza się: chodzenie, wstawanie i siadanie, pracę w ogrodzie oraz dźwiganie. Najczęstszym miejscem upadków jest dom i jego najbliższe sąsiedztwo.

W dziewięćdziesięciu procentach następstwem upadków są złamania. Statyki wskazują, że 10-15% upadków skutkuje poważnymi urazami. Połowę z nich stanowią złamania, reszta to urazy głowy i obrażenia tkanek miękkich. Najpoważniejsze w skutkach są złamania nasady bliższej kości udowej. Stanowią one 1,5–2% upadków i są typowymi złamaniami osób w podeszłym wieku.

Aby uzasadnić konieczność stosowania odpowiednich programów aktywności fizycznej należy uwypuklić, że przyczynami zwiększonego ryzyka upadków są: spadek siły

mięśniowej, gibkości i równowagi (a nie wiek). Dlatego też, należy zaproponować przede wszystkim takie ćwiczenia, które poprawiają te parametry, albo też zapobiegają ich pogorszeniu. Dodatkowo, istotnym parametrem sprawności fizycznej jest sprawność krążeniowo-oddechowa, gdyż wpływa na szybki rozwój zmęczenia, które to może dodatkowo zwiększać ryzyko upadków. Natomiast, ćwiczenia o charakterze siłowym (oporowym) zmniejszają również ryzyko rozwoju m.in. osteoporozy. Skuteczne ćwiczenia fizyczne muszą kształtować cztery główne parametry sprawności fizycznej: sprawność krążeniowo-oddechową, siłę i wytrzymałość mięśniową, gibkość i równowagę.

Do programu zostaną zaproszone osoby w wieku powyżej 60 lat, zameldowane na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Partnerami programu będą jednostki samorządu terytorialnego. Zaproszenie wystosowane zostało do wszystkich jst.

Cele programu

Cel główny: Zmniejszenie liczby osób po 60 r.ż. uczestniczących w programie u których wystąpiły upadki i urazy o 20% w stosunku do populacji ogólnej w okresie 1 roku.

Cele szczegółowe realizowane w programie to:

- poprawa sprawności fizycznej oraz wykształcenie nawyków systematycznych ćwiczeń fizycznych wśród uczestników programu;
- zwiększenie wiedzy uczestników programu dotyczącej wpływu aktywności fizycznej na zdrowie;
- Zwiększenie liczby trenerów przygotowanych do pracy z osobami powyżej 60 r.ż.

Etap przygotowawczy (0–4 miesiąc realizacji programu)

1. Zawiązanie koalicji na rzecz realizacji programu zdrowotnego na poziomie wojewódzkim – deklaracja przystąpienia do realizacji programu władz poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego. Opracowanie systemów komunikacji między ośrodkami na poszczególnych szczeblach. Akceptacja dokumentów przedstawionych przez ośrodek koordynujący po przeprowadzonym postępowaniu konkursowym.
2. Wybór w drodze procedury konkursowej realizatorów programu, w tym głównego ośrodka koordynującego realizację programu na poziomie wojewódzkim, posiadającego

niezbędne doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych. Opracowanie szczegółowego procesu współpracy między zaangażowanymi ośrodkami. Opracowanie materiałów edukacyjnych dla wszystkich interesariuszy oraz przygotowanie kampanii społecznej. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów programu i terminów szkoleń, prowadzenie listy naboru na szkolenia, monitorowanie realizacji programu,

3. Nabór trenerów aktywności fizycznej.

4. Przygotowanie materiałów edukacyjnych i kampanii społecznej na rzecz aktywności fizycznej seniorów.

5. Przygotowanie i przeprowadzenie szkolenia trenerów

Szkolenia powinny być przeprowadzone przez ośrodek koordynujący oraz realizowane przez specjalistów (lekarzy medycyny sportowej, fizjologów, psychologów). Powinny zawierać informacje również o multidyscyplinarnych potrzebach pacjenta, a także o realizowanych programach i ich skuteczności.

Etap realizacji (5-12 miesiąc realizacji programu)

1. Prowadzenie kampanii społecznej na rzecz aktywności fizycznej seniorów
2. Edukacja pacjentów.
3. Nabór uczestników programu
4. Kwalifikacja do programu (badanie ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, ocena składu masy ciała)
5. Prowadzenie zajęć aktywności fizycznej seniorów.
6. Monitoring realizacji programu.
7. Ocena stanu zdrowia (badanie ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, ocena składu masy ciała)

Początek realizacji programu – kwiecień 2018 r.