

Raport z rekomendacjami z przebiegu debaty eksperckiej oraz badania fokusowego



Monika Przygucka-Gawlik
Magdalena Krysińska
Hanna Marczak

Narodowy Program Zdrowia
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny

Warszawa 2018

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO
- PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Cel operacyjny nr 5: Promocja zdrowego i aktywnego starzenia

EDUKACJA ZDROWOTNA W PROFILAKTYCE URAZÓW I W PROMOCJI BEZPIECZEŃSTWA

© Copyright by Ministerstwo Zdrowia, 2018

Przedruk materiałów w całości lub części jest możliwy wyłącznie za zgodą Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła.

Koszty związane z przygotowaniem i publikacją zostały pokryte ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020

Opracowanie graficzne i skład:

Marta Kaczanowska

Wydawca:

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
tel. 22 54 21 245
e-mail: edukacjazdrowotna@pzh.gov.pl
e-mail: mkrysinska@pzh.gov.pl

Raport z rekomendacjami z przebiegu debaty eksperckiej oraz badania fokusowego

Monika Przygucka-Gawlik

Magdalena Krysińska

Hanna Marczak

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020

Warszawa 2018

Spis treści

Spis treści	5
Wstęp	7
I. Debata	8
1. Założenia i metodologia debaty	8
2. Ustalenia debaty	10
a) Panel I - Wyzwania demograficzne i organizacyjne opieki senioralnej	10
b) Panel II – Opieka stacjonarna nad seniorami	11
c) Panel III – Terapia i opieka domowa seniora	14
3. Wnioski	17
II. Badanie jakościowe w celu przygotowania materiałów edukacyjnych dla opiekunów osób starszych	19
1. Założenia, metodologia badania i grupy docelowe	19
2. Ustalenia z badania	21
a) Ocena użyteczności konkretnych przedmiotów lub sprzętu do ćwiczeń	21
b) Problemy, z jakimi opiekunowie spotykają się w swojej codziennej pracy	22
c) Problemy, z jakimi seniorzy spotykają się na co dzień	31
d) Problemy w społecznościach lokalnych, z jakimi najczęściej spotykają się osoby odpowiedzialne za opiekę nad seniorami	35
e) Działania informacyjno-promocyjne stosowane wobec seniorów	37
3. Wnioski	38
III. Rekomendacje	49

Wstęp

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) jest ustanawiany w drodze rozporządzenia Rady Ministrów. To jeden z podstawowych dokumentów polityki zdrowia publicznego, który wyznacza cele strategiczne i operacyjne oraz najważniejsze zadania do realizacji na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa. NPZ sporządza się na co najmniej 5 lat.

Celem strategicznym NPZ jest wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Cel strategiczny można osiągnąć dzięki realizacji celów operacyjnych. W NPZ są one ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia dla zdrowia. NPZ łączy różne programy profilaktyczne, realizowane dotychczas na podstawie przepisów kilku ustaw o różnych terminach realizacji oraz różnych źródłach i poziomach finansowania.

W związku z realizacją zadań dotyczących Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020, w szczególności celu strategicznego nr 5 - Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny realizuje działania dotyczące edukacji i profilaktyki urazów w kontekście działań na rzecz osób starszych. W zakresie zaplanowanych prac znalazły się działania edukacyjne skierowane do osób starszych i ich opiekunów.

Biorąc pod uwagę planowane działania i grupy docelowe należy uwzględnić specyfikę odbiorców. Grupy docelowe działań to:

- osoby starsze - po 60 roku życia,
- lekarze,
- opiekunowie osób starszych, pracownicy instytucji opiekuńczo – leczniczych oraz pielęgniarzy,
- osoby współuczestniczące w projektowaniu i tworzeniu infrastruktury społecznej, z której korzystają osoby starsze,
- eksperci i specjaliści z zakresu gerontologii, opieki długoterminowej, wsparcia

społecznego, polityki społecznej.

W tym kontekście w działaniach uwzględniono następujące aspekty:

- w odniesieniu do osób starszych: czytelność, adekwatność, zrozumiały język przekazu, dostępność;
- w odniesieniu do opiekunów: specyfikę ich pracy/zajęcia, potrzeby osób starszych, specyfikę chorób typowych dla wieku podeszłego, kontekst społeczny i etyczny starości;
- w odniesieniu do osób projektujących i tworzących infrastrukturę: potrzeby osób starszych, specyficzne choroby typowe dla wieku podeszłego, ograniczenia społeczne seniorów;
- w odniesieniu do lekarzy i ekspertów: wyzwania dla starości, kontekst demograficzny, społeczny i zdrowotny starości.

Zrealizowano dwie formuły:

- **Debatę**

Zrealizowano debatę z udziałem ekspertów, dotyczącą problematyki starości, terapii, rehabilitacji i opieki domowej osób po 60-tym roku. Celem debaty było zbadanie problemów związanych z organizacją wsparcia dla osób starszych w wyżej wspomnianym zakresie (zwłaszcza w odniesieniu do terapii i opieki domowej) oraz ustalenie priorytetów w zakresie prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa. Efektem debaty są rekomendacje w omawianym obszarze.

- **Badanie**

Zrealizowano badanie w celu uzyskania danych do opracowania materiałów edukacyjnych, w ramach profilaktyki przeciwapadkowej, przeciwurazowej i promocji bezpieczeństwa. Realizacja badania jest także powodowana dążeniem do zmniejszenia ryzyka urazów i wypadków w grupie osób 60+.

I. Debata

1. Założenia i metodologia debaty

W dyskusji nad problematyką starości uwzględniono trzy zmienne, aby możliwa była poprawa jakości i poziomu życia dla godnego starzenia się:

- stan zdrowia i potrzeby osób starszych,
- zagrożenie utratą zdolności do pracy,
- ryzyko braku zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych.

Celem debaty było ustalenie kierunków dla wypracowania modelowego rozwiązania (standardów) w zakresie usług opiekuńczo-rehabilitacyjnych nad osobami starszymi, modelu finansowania takich usług, aktualizacji założeń w zakresie profilaktyki zdrowotnej dla osób starszych, jak również promocji zdrowia wśród osób starszych nakierowanej na choroby typowe dla wieku podeszłego.

Tematem debaty były „**Wyzwania dla aktywnego i zdrowego starzenia się**”.

Zastosowano model mieszany, łączący elementy dyskusji panelowej z elementami dyskusji plenarnej i nieformalnej. Uczestnicy debaty mogli zadawać pytania panelistom, komentować ich wypowiedzi, a także prezentować indywidualny punkt widzenia. Moderator koordynował przebieg debaty udzielając głosu ekspertom i publiczności.

Uczestnicy debaty i role:

Eksperci:

- lekarze: geriatrzy i lekarze POZ;
- przedstawiciele samorządu zaangażowani w organizację opieki dla osób starszych;
- przedstawiciele Domów Pomocy Społecznej, Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych;
- przedstawiciele organizacji pozarządowych, zaangażowanych w problematykę opieki nad seniorami, ale także wspierających osoby niepełnosprawne i osoby po wypadkach;
- przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia;
- przedstawiciele NIZP-PZH;
- przedstawiciele środowiska naukowego.

Role:

- Organizator (Dyrektor NIZP – PZH);
- Koordynator debaty (dziennikarz z doświadczeniem w tematyce zdrowotnej i społecznej);
- Paneliści;
- Uczestnicy debaty (publiczność).

Ramy czasowe i zasady:

- debata trwała 4 h;
- czas paneli był nie dłuższy niż 45 minut każdy;
- wypowiedzi panelistów trwały ok. 10 minut każda;
- pytania i tezy uczestników debaty (publiczność) trwały nie dłużej niż 1 minutę każda.

2. Ustalenia debaty

a) Panel I - Wyzwania demograficzne i organizacyjne opieki senioralnej

Paneliści: Tomasz Grodzicki, Michał Szczerba, Bogdan Wojtyniak

Panel miał charakter ogólny i wprowadzający.

W toku panelu poruszono podstawowe problemy dotyczące opieki zdrowotnej i społecznej nad seniorami w Polsce. Wskazano, że system opieki medycznej nad pacjentami w podeszłym wieku jest słabo rozwinięty, brakuje geriatrów, specjalistycznych poradni i oddziałów szpitalnych. Wskazano m.in., iż barierą jest metoda rozliczania świadczeń medycznych przez NFZ, która zakłada finansowanie tylko jednej choroby, choć ludzie starsi z reguły cierpią na kilka schorzeń jednocześnie i wymagają holistycznego podejścia. Omawiano dowody na to, iż pacjent w podeszłym wieku kompleksowo prowadzony przez geriatrę funkcjonuje lepiej, a jego leczenie kosztuje mniej, ponieważ geriatryka kompleksowo łączy fizyczne, psychiczne, funkcjonalne i społeczne problemy starszych pacjentów, pozwalając całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego. Wskazano także na niewielką liczbę kompleksowych i zstandaryzowanych procedur postępowania dedykowanych osobom w starszym wieku. Kolejną trudność to brak oddziałów geriatrycznych. Jak wynika z danych GUS, nieliczne istniejące łóżka geriatryczne są zwykle częścią oddziałów innych niż geriatryczne, np. internistycznych. Konsekwencją nieodpowiedniej liczby - łóżek, oddziałów i lekarzy - jest wyraźne zróżnicowanie dostępu do świadczeń geriatrycznych w zależności od województwa.

Omawiano potrzebę wdrożenia „Standardów postępowania w opiece geriatrycznej”, które powinny stanowić podstawę dla tworzenia systemu opieki geriatrycznej. Pokazują one, krok po kroku, jak należy zorganizować opiekę nad pacjentem

w podeszłym wieku - począwszy od poradni geriatrycznej, poprzez oddział geriatryczny, po opiekę nad pacjentem już po wyjściu ze szpitala. W Standardach znajduje się także opis Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG), która jest fundamentalną procedurą postępowania w geriatric. Służy ona precyzyjnemu rozpoznaniu problemów zdrowotnych i opiekuńczych osób w podeszłym wieku. Stosowanie Całościowej Oceny Geriatrycznej pozwala skutecznie rozpoznawać problemy, programować leczenie i postępowanie poprawiające sprawność fizyczną oraz umysłową pacjentów w wieku podeszłym. Umożliwia także korzystne dla pacjenta zmniejszenie liczby przyjmowanych leków i ograniczenie innych, dodatkowych świadczeń, np. ponownych hospitalizacji.

Podczas panelu ustalono, że starzenie się społeczeństwa stanowi wyzwanie organizacyjne dla całego systemu opieki zdrowotnej i wskazano potrzebę kontynuacji budowania skutecznego systemu opieki nad osobami w podeszłym wieku oraz sieci wsparcia dla ich rodzin. Podkreślono także, że rzetelna analiza potrzeb leży w gestii zarówno organizatora systemu, jak i płatnika świadczeń. Powinna w krótkim czasie wskazać rejony szczególnego deficytu opieki geriatrycznej. Ponadto, organizatorzy systemu opieki geriatrycznej dla osób w podeszłym wieku, m. im. z uwagi na specyfikę tej grupy pacjentów, winni również zadbać o właściwy przekaz informacji dotyczących opieki medycznej dla osób starszych, ponieważ brak zrozumienia w społeczeństwie idei i racji tworzenia systemu opieki geriatrycznej również stanowi ograniczenie w korzystaniu z tych świadczeń.

b) Panel II – Opieka stacjonarna nad seniorami

Paneliści: Bartosz Mikołajczyk, Zuzanna Grabusińska, Ryszard Olszański

Panel miał charakter szczegółowy i dotyczył form organizacji opieki stacjonarnej (całodobowej i dziennej), funkcjonowania placówek stacjonarnych, w tym opieki długoterminowej, domów pomocy społecznej, teleopieki oraz wsparcia w niepełnosprawności.

W toku panelu uwzględniono poniższe tezy, dane statystyczne oraz doniesienia naukowe.

Europa – w tym Polska – starzeje się. Proces ten w perspektywie najbliższych dwudziestu kilku lat będzie gwałtownie postępował – w związku z przewidywanym niskim współczynnikiem dzietności oraz wydłużającą się przeciętną długością życia. Co za tym idzie – ludność w wieku produkcyjnym będzie w coraz większym stopniu obciążona pracą na rzecz pokolenia w wieku poprodukcyjnym. Według Głównego Urzędu Statystycznego, w 2035 r. na jedną osobę w wieku powyżej 65 roku życia będą przypadały dwie osoby w wieku produkcyjnym. Obecnie na jedną osobę w wieku powyżej 65 r. ż. przypadają niecałe cztery osoby w wieku produkcyjnym. Oznacza to, że zwiększa się presja na systemie zabezpieczenia społecznego. To ogromne wyzwanie dla polityki społecznej, a szczególnie dla polityki senioralnej i pomocy społecznej. Długość życia nie idzie w parze z jakością życia, szczególnie w późnym wieku. Polscy seniorzy nie oceniają dobrze swojego stanu zdrowia i częściej niż mieszkańcy innych krajów europejskich doświadczają chorób przewlekłych i wielochorobowości. W 2014 roku przyjęte zostały założenia „Długofalowej polityki senioralnej”, której założenia oscylowały wokół głównych obszarów takich jak m.in. samodzielność i zdrowie, warunki pracy, zapotrzebowanie na usługi w okresie starości, działania na rzecz umożliwienia osobom starszym prowadzenia jak najdłużej niezależnego życia przy ograniczeniach funkcjonalnych, usługi opiekuńcze, usługi społeczne, wolontariat, aktywność edukacyjna osób starszych, zaangażowanie obywatelskie, kultura i seniorzy, aktywność zawodowa, relacje międzypokoleniowe, srebrna gospodarka. Możemy i powinniśmy zadać pytanie: w jakim stopniu zadania długofalowej polityki senioralnej zostały zrealizowane i na ile przybliżyliśmy się do celów jej stawianych? Jak wzrost świadomości swoich praw przez osoby starsze wpływa na rozwój usług w tych obszarach?

Bardzo istotnym zagadnieniem w związku ze starzeniem się społeczeństwa jest rozwój systemu usług opiekuńczych, a zwłaszcza nowych form indywidualnej opieki pozainstytucjonalnej zgodnie z ideą tzw. ageing in place, czyli zapewnienia osobie starszej wsparcia w jej miejscu zamieszkania. W MRPiPS od wielu lat prowadzona jest dyskusja w dotycząca systemu usług adresowanych do osób starszych, jednak brak jest konkretnych rozwiązań. Usługi opiekuńcze w 1993 roku weszły do katalogu zadań własnych samorządu terytorialnego i w zasadzie poza wydzieleniem usług specjalistycznych finansowanych z budżetu państwa nie nastąpiła żadna modyfikacja, która wsparłaby niewydolnie ekonomicznie małe gminy, a tym samym zwiększyła dostępność osób samotnych, niepełnosprawnych to tego rodzaju wsparcia. Od lat jedyną alternatywą dla osób niesamodzielnych jest dom pomocy

społecznej. Na drodze dynamicznego rozwoju systemu usług opiekuńczych stoi brak środków finansowych, niedostatecznie rozwinięta infrastruktura lokalna w niewielkim oddaleniu od miejsca zamieszkania, niska świadomość społeczna wagi problemów osób starszych, a także często niewysoki poziom zamożności rodzin, w których funkcjonują osoby wymagające wsparcia w codziennym życiu. Skutkiem tego jest dominacja nieformalnej opieki, którą wyróżnia brak profesjonalnego przygotowania, brak ponoszenia odpowiedzialności, brak limitów świadczenia opieki w ciągu doby. Opiekunkom nieformalnym nie przysługują także żadne uprawnienia.

Unia Europejska w programie rozwoju społeczno-gospodarczego pn. Strategia Europa 2020 uznała starzenie się społeczeństw europejskich za jedną z trzech głównych słabości strukturalnych Europy. Dlatego też ważne jest sprostanie wyzwaniu jakim jest promowanie zdrowego i aktywnego starzenia się.

Jednym z największych wyzwań, a także jednym z najważniejszych celów dla współczesnej polityki społecznej i zdrowotnej w Polsce jest jak najdłuższe zachowanie szeroko pojętej sprawności przez osoby starsze, zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Zdrowie to szczególnie zasób, który warunkuje funkcjonowanie we wszystkich aspektach życia. Jest m.in. niezbędnym warunkiem wydłużania aktywności zawodowej i społecznej osób starszych. Kwestie mające największe znaczenie dla zdrowia osób starszych to: środowisko, odżywianie, aktywność fizyczna, zapobieganie urazom, zdrowie psychiczne i dobre samopoczucie w późniejszych latach życia, usługi profilaktyczne.

Zdaniem Pani Zuzanny Grabusińskiej, bardzo ważne jest podejście holistyczne w opiece zdrowotnej (zdrowie psychiczne, fizyczne, funkcjonalność, aspekt społeczno-ekonomiczny), którego brak niestety możemy zaobserwować (wpływa na to m.in. brak dostępu lub ograniczony dostęp do geriatrów). Problem stanowi także nieuwzględnianie standardu opieki w procesie leczenia, szczególnie szpitalnego i wypisywanie ze szpitala osoby niemającej elementarnego zabezpieczenia codziennej egzystencji w środowisku rodzinnym. Z tego względu kluczowe wydajesie doprowadzenie do powszechnego stosowania procedury Całościowej Oceny Geriatrycznej, która – poza stanem zdrowia – pokazuje także ewentualną potrzebę usług opiekuńczych.

Zdaniem wszystkich panelistów, niestety nadal rośnie poziom nierówności w dostępie do usług medycznych, warunkowany przez poziom dochodów. Należy podkreślić,

że stan zdrowia bardzo często pozostaje w bezpośrednim związku z doświadczaniem ubóstwa. Zły stan zdrowia może w dłuższej perspektywie prowadzić do ubóstwa, np. poprzez obniżenie zdolności do pracy, a jednocześnie ubóstwo przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia. Zgodnie z badaniem POLSENIOR szacuje się, że w Polsce 11% osób o najniższych dochodach deklaruje, że ich potrzeby związane z opieką medyczną pozostają niezaspokojone. Odsetek ten rośnie wśród osób starszych.

Powyższe wyzwania generują potrzeby w opiece nad osobami starszymi, przede wszystkim:

- profesjonalizację usług opiekuńczych,
- profilaktykę i edukację.

Obserwuje się:

- brak wystarczającej ilości wykwalifikowanego personelu opiekuńczego/niedostateczną ilość personelu pielęgniarstwa,
- kilka różnych zawodów opiekuńczych z brakiem wyraźnie zaznaczonych granic,
- brak koordynacji pomiędzy usługami świadczonymi przez pielęgniarstwo a długoterminową a usługami opiekuńczymi świadczonymi przez OPS,
- brak realnego włączenia opiekuna medycznego w opiekę długoterminową domową (w zakresie kompetencji).

c) Panel III – Terapia i opieka domowa seniora

Paneliści: Mirosław Wysocki, Ewa Kądalska, Marzena Rudnicka, Ewa Przybyło

Panel omawiał kwestie zwiększenia dostępności, podniesienia jakości usług opiekuńczych, rehabilitacyjnych i społecznych oraz wspierania działań na rzecz samopomocy i samoorganizacji seniorów (rehabilitacja stacjonarna dzienna, rehabilitacja domowa, długoterminowa opieka domowa). Omówione zostały kwestie wsparcia i opieki środowiskowej, zwiększenia różnorodności i poprawy jakości oferty terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób starszych. Istotnym elementem panelu były kwestie tworzenia warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej osób starszych („aktywne i zdrowe starzenie się”).

W toku panelu uwzględniono poniższe tezy, dane statystyczne oraz doniesienia

naukowe. Polskie społeczeństwo należy do najszybciej starzejących się w Europie. W 2017 r. odsetek osób w wieku powyżej 65 r.ż. wynosił ok. 17%, a w 2035 r. odsetek ten może wynosić ok. 24%. Odpowiednio liczba osób w wieku 85+ wynosiła w 2017 r. ok. 700 tys. a w 2035 r. może wynosić ok. 1,5 mln. Równocześnie zmniejszać się będą odsetki młodszych grup wiekowych, wzrastać będzie umieralność ogólna i stopniowo obniżyć się będzie liczba ludności do ok. 36 mln w 2035 r. Według danych Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, szacuje się, że liczba osób z zaawansowaną chorobą Alzheimera w naszym kraju wynosi obecnie ok. 250-300 tys. Taki demograficzny obraz społeczeństwa wymaga dobrze zaplanowanych i zorganizowanych działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa i zdrowia seniorów.

Proces starzenia się człowieka rozpatruje się jako powszechny, naturalny, powodujący zmiany strukturalne i funkcjonalne, o charakterze postępującym, dynamicznym, jednak nieodwracalnym i niekorzystnym. Warto zatem podejmować wysiłki w poszukiwaniu rozwiązań, które mogłyby przyczynić się do zapewnienia godnego i satysfakcjonującego życia osób w starszym wieku, a przebieg procesu starzenia się mógł być pomyślny i niezakłócony chorobą lub niepełnosprawnością. Podejmowane próby w tym zakresie w wysoko rozwiniętych krajach świata koncentrują się wokół wdrażania modeli opieki proaktywnej i całościowej, skupionej na pacjencie. Wysoką efektywność tej opieki uzyskuje się dzięki podejściu zintegrowanemu i międzysektorowej współpracy. Mając na uwadze fakt, że w życiu starszego człowieka jego zdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego może być zagrożona, ograniczona lub utracona, warto przyrzeć się różnym poziomom opieki i ich znaczeniu w perspektywie czasowej, w aspekcie umacniania zdrowia, opóźniania wystąpienia choroby, utraty mobilności, zapobiegania niepełnosprawności i w efekcie zależności od innych osób. Model opieki tzw. „Kaiser triangle” ujęty został jako piramida, u podstaw której umieszczono działania prewencyjne, dotyczące stylu życia starszego człowieka, jego odżywiania, aktywności fizycznej, unikania używek, podtrzymywania kontaktów społecznych i rozbudzania świadomości zdrowia poprzez indywidualnie zaplanowaną edukację.

Drugim poziomem działania jest samoopieka wspierana („supported self care”), która dotyczy 70-80% ludzi starszych, pozostających przeważnie we własnych domach. Wsparcie świadczone przez profesjonalistów w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej, poprzez rozwijanie zdolności do samoopieki, nabywanie kompetencji w zakresie wiedzy, umiejętności i przekonań dotyczących troski o własne

zdrowie oraz pozostawanie pod stałą opieką może skutkować zmniejszeniem ryzyka wystąpienia chorób i zaburzeń. Ważna jest już na tym etapie dostępność do lekarza geriatry i pielęgniarki geriatrycznej oraz wykonywanie Całościowej Oceny Geriatrycznej, z możliwością przeprowadzenia badań przesiewowych np. w kierunku zespołu słabości/kruchości (frailty syndrome). Gdy wystąpi choroba przewlekła lub wielochorobowość, działania wymagają koordynacji i udziału wielu specjalistów, a także interdyscyplinarnego podejścia. Koncepcja „case management” w założeniu zapewnia „jeden punkt wejścia”, zarządzanie opieką przez „case managera” (którym może być lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny) oraz działania skierowane do różnych zaangażowanych podmiotów i świadczeniodawców, co gwarantuje skuteczność opieki i niezakłócony, niezaburzony jej przebieg. Realizowany jest jeden, wspólny plan opieki, funkcjonuje wspólnie przyjęty, dostępny dla wszystkich elektroniczny protokół, a obszary podlegające ocenie to m.in. funkcjonowanie fizyczne, psychiczne, zidentyfikowane problemy zdrowotne/geriatryczne, przegląd realizacji świadczeń.

W efekcie wdrażania modelowych rozwiązań wykazano zmniejszone zużycie leków przez osoby w starszym wieku w ich własnych domach, poprawę wdrażania rehabilitacji, zmniejszenie ryzyka wystąpienia stanów nagłych (majaczenie, upadki) i powikłań chorób przewlekłych. Odnotowano mniej przyjęć do szpitali i punktów opieki w trybie nagłym oraz zmniejszenie instytucjonalizacji.

Coraz większym wyzwaniem w opiece geriatrycznej pozostaje patologiczne starzenie się i występowanie wielkich problemów geriatrycznych, w tym zespołu słabości/kruchości. Zespół kruchości jest najbardziej problematycznym wyrazem starzenia się społeczeństwa.

To stan zaburzenia homeostazy organizmu po zadziałaniu czynnika stresowego. Zespół ten rozwija się w następstwie skumulowanego osłabienia wielu procesów fizjologicznych w ciągu trwania życia (w tym regulacji neuroendokrynej i immunologicznej). Prowadzi do ciężkich zaburzeń funkcjonalnych oraz postępującego pogorszenia stanu zdrowia. Zmiany te mogą być jednak odwracalne, jeśli zostaną dostrzeżone w odpowiednim czasie i zostaną podjęte działania zaradcze. Jest to przykład, który dowodzi, jak istotna jest wczesna diagnostyka i interwencja oraz zintegrowana, wielowymiarowa opieka, świadczona przede wszystkim w domu starszego człowieka. Polska jest partnerem 21 krajów Unii Europejskiej i 34

światowych instytucji uczestniczących w projekcie JA ADVANTAGE MANAGING FRAILTY, w latach 2017-2019, którego celem jest m. in. przyjęcie do realizacji wspólnie określonych działań w zakresie zapobiegania i postępowania w zespole kruchości/słabości.

3. Wnioski

SZKOLENIE I EDUKACJA

- A. niezbędne jest zwiększenie nacisku na profilaktykę zdrowotną i edukację wśród seniorów,
- B. niezbędne jest zwiększenie priorytetu opieki domowej,
- C. konieczne jest wzmocnienie rozwoju i szkolenia personelu opiekuńczego oraz zastosowanie narzędzi w celu stałego powiększania wykwalifikowanej kadry,
- D. konieczna jest skoordynowana edukacja, wczesna profilaktyka i łatwy dostęp do ochrony zdrowia będącej kluczem do wydłużania samodzielności własnej do późnej starości,

ETYKA I PRAWA CZŁOWIEKA

- E. konieczne jest włączenie udziału osób starszych we wdrażaniu rozwiązań prawnych i praktycznych w kształtowaniu zdrowego i aktywnego starzenia oraz polityki senioralnej,
- F. niezbędne jest zwalczanie dyskryminacji ze względu na wiek oraz przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, której ofiarami są osoby starsze oraz wypracowanie standardów solidarności międzypokoleniowej w realizowanej polityce społecznej,
- G. konieczne jest traktowanie prawa do opieki długoterminowej na równi w prawem do opieki zdrowotnej, a więc poziom dostępności do opieki długo terminowej powinien być zdecydowanie wyższy,
- H. w zakresie wszelkich aspektów opieki domowej konieczne jest zapewnienie bezpieczeństwa, komfortu oraz przeciwdziałanie samotności seniorów,

FINANSOWANIE

- I. należy skorelować koszt leków z poziomem zamożności seniorów oraz

wprowadzić mechanizmy kontroli przepisywanych leków, których działania - przy wielochorobowościach - niejednokrotnie wzajemnie się wykluczają, przyczyniając się do powikłań jatrogennych,

J. konieczna jest dobra koordynacja opieki zdrowotnej i socjalnej, w tym lepsza standaryzacja usług stacjonarnych i usprawnienie mechanizmów finansowania usług stacjonarnych,

K. niezbędna jest zindywidualizowana ocena pacjenta i odpowiednie planowanie opieki indywidualnej w celu ekonomizacji opieki w zestawieniu z jej właściwą jakością,

L. konieczne jest uwzględnienie zadań polityki senioralnej w zadaniach własnych gminy,

SYSTEM, FORMY USŁUG I KOORDYNACJA OPIEKI

M. pilną potrzebę stanowi zbudowanie, ujednoczenie oraz stosowanie długofalowej polityki senioralnej wraz ze zmianą modelu opieki nad seniorami,

N. niezbędny jest jednolity system z koordynacją opieki domowej i środowiskowej w ramach ciągłości opieki, wspieranej przez partnerską, ścisłą współpracę case managera z lekarzem rodzinnym, z uwzględnieniem nowej formy opieki przejściowej (między szpitalem a placówką opieki stacjonarnej),

O. niezbędne jest wzmocnienie roli specjalistów zdrowia publicznego jako menadżerów w ochronie zdrowia,

P. konieczne jest ukierunkowanie na wielowymiarowość opieki – interwencje w wymiarze fizycznym, poznawczym, socjalnym i funkcjonalnym, oferowane przez zespół interdyscyplinarny zarówno w szpitalu, jak też w środowisku życia osoby starszej – w tym także gerontologię prewencyjną,

Q. do rozważenia pozostaje wprowadzenie w skali ogólnokrajowej nowych form opieki np. rodzinnych domów seniora,

R. niezbędne jest rozwijanie pozainstytucjonalnych form usług opiekuńczych oraz zapewnienie do nich dostępu niezależnie od miejsca zamieszkania i od wskaźnika odsetka osób starszych,

S. konieczne jest wsparcie ludzi starszych w ramach działań samorządów i systemu opieki społecznej tak, aby jak najdłużej byli w stanie funkcjonować samodzielnie i „pozainstytucjonalnie” tzn. w domach swoich i rodziny - należy unikać hospitalizacji, o ile nie jest ona absolutnie niezbędna i uruchomić mechanizmy przeciwdziałające poczuciu samotności seniorów i ich

utrudnionego dostępu do usług publicznych,

T. niezbędne jest uwzględnianie w polityce senioralnej monitoringu zmian potrzeb seniorów, zwłaszcza w kontekście zmian profili zachowań osób starszych,

U. w sferze terapii konieczna jest koordynacja terapii ambulatoryjnej i domowej, z wiodącą rolą lekarza geriatry i odpowiednim wykorzystaniem pielęgniarek geriatrycznych, a także poprawienie dostępu do specjalistycznej opieki geriatrycznej, w tym leczenia na podstawie standardów,

V. odrębne wyzwanie stanowi zwiększenie liczby oddziałów geriatrycznych, a także organizacja opieki nad chorymi na chorobę Alzheimera, których liczba będzie nieuchronnie wzrastać,

SPRZĘT I NOWE TECHNOLOGIE

W. wskazane jest korzystanie z elektronicznych narzędzi informacyjnych i technologii, celem wdrażania optymalnych rozwiązań w zakresie opieki zintegrowanej,

X. konieczne jest poprawienie jakości sprzętu, w który wyposażone są placówki opiekuńcze,

Y. celem jest wyposażenie placówek opieki stacjonarnej dla seniorów w sprzęt teleinformatyczny, sprzęt obsługujący w ramach procedur ratunkowych oraz monitoring wizyjny,

Z. celem jest wprowadzenie monitoringu pracy personelu opiekuńczego.

II. Badanie jakościowe w celu przygotowania materiałów edukacyjnych dla opiekunów osób starszych

1. Założenia, metodologia badania i grupy docelowe

Celem badania było zbadanie problemów związanych z terapią i opieką domową w wybranych grupach osób oraz analiza ryzyka w opiece nad osobami starszymi.

Osiągnięto spodziewany efekt badania w postaci ustalenia priorytetów w zakresie terapii i opieki domowej, jak również prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa.

2. Ustalenia z badania

Dane do analizy zostały zebrane wykorzystując jakościową technikę badania jaką stanowią zogniskowane wywiady grupowe mini FGI. Zogniskowany Wywiad Grupowy (ang. Focus Group Interview – FGI), łączy w sobie cechy wywiadu jakościowego oraz obserwacji. Jest to metoda polegająca na dyskusji grupy respondentów/uczestników wywiadu na wybrany temat lub grupę tematów. Badanie fokusowe zostało zrealizowane w oparciu o przygotowany przez zespół badawczy scenariusz wywiadu. Scenariusz zawierał zestaw wątków, zagadnień, które moderator przedstawiał do omówienia uczestnikom badania. Scenariusz miał formę niestandardyzowaną. W zależności od przebiegu dyskusji, moderator miał możliwość zmiany kolejności poruszanych tematów, pomijania pewnych zagadnień lub wzbogacenia dyskusji o kolejne wątki, tak, aby cele badawcze zostały w pełni osiągnięte. W trakcie wywiadu grupowego podejmowane były pytania o charakterze eksploracyjnym w celu wyjaśnienia i zrozumienia zjawisk, motywacji, postaw i zachowań. Badania zostały przeprowadzane przez doświadczonych moderatorów, przygotowanych merytorycznie i psychologicznie do nadzorowania dyskusji oraz do wydobywania z badanych osób rzeczywistych opinii i odczuć. Przebieg badania fokusowego był rejestrowany na dyktafonie, a następnie dokonywana była transkrypcja rozmowy.

Badania jakościowe w ramach dwóch lokalizacji (tj. Warszawa i Kielce) miały następującą strukturę:

Grupa nr 1 – czyli osoby sprawujące opiekę nad seniorami – liczba wywiadów: 4

a) Opiekun osoby starszej – 1 osoba

b) Pielęgniarka – 1 osoba

c) Pracownik opieki społecznej – 1 osoba

Grupa nr 2 – czyli osoby starsze 60+ (3 osoby) – liczba wywiadów: 4

Grupa nr 3 – osoby odpowiedzialne za opiekę osób starszych – liczba wywiadów: 2

a) Przedstawiciel gminy/powiatu – 1 osoba

b) Przedstawiciel samorządu wojewódzkiego – 1 osoba

c) Ekspert, przedstawiciel środowiska medycznego (np. geriatra) – 1 osoba

a) Ocena użyteczności konkretnych przedmiotów lub sprzętu do ćwiczeń

Prozdrowotne cele aktywności fizycznej były przede wszystkim uwypuklane przez seniorów uczestniczących w badaniu. Dla nich każdy rodzaj ruchu jest traktowany w ten sposób. Zastrzegają jedynie, że należy wiedzieć jakie aktywności są wskazane dla osób starszych, aby nie zaszkodzić swojemu zdrowiu. Trzeba przy tym wskazać, że owa świadomość i prezentowane postawy są relatywnie bardziej popularne wśród osób z Warszawy. W trakcie prowadzonych dyskusji podjęty został temat oceny użyteczności różnego rodzaju sprzętu do ćwiczeń oraz ułatwiających codzienne funkcjonowanie (kije do nordic walking, mata antypoślizgowa do wanny, taśma do ćwiczeń czy brelok – lokalizator kluczy z alarmem). Jak się okazuje, w większości przypadków seniorzy uczestniczący w badaniu znali prezentowane przedmioty. Uznali je za przydatne i praktyczne, ale nie każdy senior z nich korzystał – w największym stopniu korzystali z mat antypoślizgowych oraz kijków do nordic walking. Najbardziej pozytywne opinie seniorzy zgłaszali wobec tych ostatnich, co może wynikać z faktu, że pozwalają one w prosty sposób, bez konieczności nauki skomplikowanego sposobu stosowania, uprawiać aktywność fizyczną na świeżym powietrzu. Seniorzy znają więc sprzęt z uwagi na to, że na co dzień się nim posługują.

Dla tej grupy osób aktywność fizyczna to sposób na podtrzymanie zdrowia i na utrzymywanie ciała w sprawności pozwalającej na zmniejszenie ryzyka upadków czy wypadków w trakcie wykonywania codziennych obowiązków. Osoby uprawiające sport (ćwiczące) robią to regularnie. Uprawianie aktywności fizycznej jest szczególnie popularne wśród osób mieszkających w Warszawie, którzy uprawiają ją w przeważnie około 2-3 razy tygodniowo.

Seniorzy wybierają wspomniany sport ze względu na jego prostotę, niskie koszty sprzętu, a także ze względu na możliwość interakcji, spotkań, z innymi osobami. Nie można zatem zapominać o ważnym aspekcie socjalizacyjnym, bowiem jest to zawsze okazja do spotkań z innymi ludźmi, co w przypadku osób starszych, często żyjących samotnie bądź ograniczających relacje społeczne, jest szczególnie cenne. Co również ważne – jest to sport, który można uprawiać zarówno na co dzień jak i na wakacjach. W mniejszym stopniu badani seniorzy korzystali z pozostałych przedmiotów, jak mata antypoślizgowa (alternatywą są uchwyty), czy sprężyny rozciągające i lokalizator. O ile

maty i kijki są używane i montowane samodzielnie, to w przypadku sprężyn seniorzy wskazują konieczność konsultacji co do ich użytkowania. Badani zauważają ryzyko nieumiejętnego obchodzenia się ze sprzętem, które może stać się przyczyną kontuzji i większych urazów. Seniorzy używają także hantli, piłek dmuchanych i lekarskich oraz masażerów. Sprawiają wrażenie osób otwartych na wszelkie nowinki, które mogą w ich przypadku mieć istotne zastosowanie prozdrowotne.

Co ważne również opiekunowie potwierdzają przydatność wyżej wymienionych przedmiotów. Zwracają przy tym szczególną uwagę na maty antypoślizgowe stosowane w wannach. Kąpiele to czynność, która generuje dużo wypadków wśród osób w podeszłym wieku. Niektórzy (trzeba podkreślić, że stanowiący mniejszość) badani podczas dyskusji prowadzonej w trakcie badania dopiero dowiedzieli się o istnieniu tych przedmiotów i ich funkcjonalności. Uznali przy tym, że rozważą zakup tego typu przedmiotów.

Z przeprowadzonej rozmowy wynikają dwie przesłanki:

- uprawianie aktywności fizycznej staje się coraz powszechniejsze wśród osób w starszym wieku. Rozumieją oni zalety i korzyści wynikające z tego rodzaju aktywności. Należy przy tym zwrócić uwagę na różnice występujące pomiędzy respondentami z Warszawy oraz Kielc. Ci pierwsi relatywnie częściej spędzają czas aktywnie ćwicząc np. z kijkami do nordic walking;
- bardzo istotną rolę odgrywają działania promocyjno-informacyjne, szczególnie te, kiedy następuje bezpośrednia styczność z osobą opowiadającą (np. gdy badacz w trakcie prowadzonego wywiadu bezpośrednio zaprezentował sprzęt i jego użyteczność). Stanowi to dla seniorów zachętę do skorzystania z danego sprzętu. Może to wynikać z faktu, iż osoby starsze relatywnie rzadziej korzystają z nowoczesnych źródeł informacji, toteż polecenie przez osoby zaufane (rodzina czy opiekunowie) może korzystnie wpływać na ich codzienne zwyczaje w zakresie uprawiania aktywności fizycznej.

b) Problemy, z jakimi opiekunowie spotykają się w swojej codziennej pracy

Z punktu widzenia codziennego funkcjonowania osób starszych, szczególnie tych dotkniętych niepełnosprawnościami czy chorobami ograniczającymi sprawność fizyczną, ważna jest praca opiekunów osób starszych. Ich funkcjonowanie w gminach wynika z działania Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

(Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.), zawierającej katalog świadczeń przysługujących osobom, które z względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych. Przysługują one osobie samotnej, która wymaga pomocy innych osób, a jest tej pomocy pozbawiona. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Możemy mówić o czynnościach takich jak: mycie, kąpanie, zmiana pościeli, pomoc w dotarciu do lekarza, podawanie leków, karmienie, robienie podstawowych zakupów, bieżące porządki. Jeśli chodzi o starsze osoby, to mieli oni trudność z oceną liczby opiekunów osób starszych w ich gminie. Raczej operowali wiedzą pozyskaną ze swoich doświadczeń. Wskazywali, że opiekunów bardzo trudno pozyskać, przysługują tylko tym seniorom, którzy mają najgorszy stan zdrowia.

Niektórzy respondenci, bazując na swoich osobistych doświadczeniach, wskazywali, że pod tym względem w ich gminie nie jest najgorzej. Obserwowali, że do sąsiadów przychodzą opiekunowie, ale nie potrafią ocenić z jakiej instytucji (poradnia, OPS czy inne). Słyszeli natomiast głosy i opinie ludzi, którzy starali się o opiekę bezskutecznie. Część badanych wskazała, że w ostatnich latach dostęp do opieki dla seniorów jest coraz lepszy. Obserwują zmiany rozmawiając ze znajomymi i sąsiadami. Seniorzy podkreślali jednocześnie, że znają w swojej okolicy instytucje zajmujące się opieką społeczną i wsparciem osób starszych. W razie potrzeby wiedzieliby, gdzie zadzwonić lub udać się po pomoc. Jednakże nie każdy w ich otoczeniu taką wiedzę posiada, zatem informacje o ośrodkach i domach pomocy społecznej powinny być umieszczane w poradniach, u lekarzy pierwszego kontaktu, na tablicach ogłoszeń czy chociażby w kościołach i ich okolicy.

Więcej wiedzy na temat dostępności do opieki nad osobami starszymi mieli natomiast sami opiekunowie osób starszych, co wynika z ich zaangażowania w pracę i rozeznania w środowisku. Ich znajomość problemu jest z tego powodu z pewnością szersza niż seniorów, którzy oceniają przede wszystkim na podstawie swoich osobistych doświadczeń i obserwacji w najbliższym otoczeniu rodzinnym czy sąsiedzkim. Opiekunowie wskazali, że pracowników w instytucjach jest zbyt mało, aby zaspokoić potrzeby seniorów w gminie.

Według opiekunów niedostatki w liczbie osób sprawujących opiekę nad osobami

starszymi wynikają z wielu czynników, m.in. niskich zarobków w sektorze, specyfiki pracy, podejścia młodego pokolenia niezainteresowanego ciężką i słabo płatną pracą oraz niedofinansowania sektora (brak środków na zwiększenie liczby etatów). Opiekunowie osób starszych z Kielc podkreślali, że jakkolwiek system opieki nad seniorami jest mocno rozbudowany (obejmuje podmioty lecznicze, OPS i jednostki podległe czy organizacje pozarządowe), to nadal brakuje opiekunów i miejsc, gdzie seniorzy mogą się spotykać. Największe deficyty są przy tym w obrębie grupy pracowników socjalnych i pielęgniarek, a relatywnie najmniejsze właśnie wśród opiekunów osób starszych.

Niskie środki finansowe przeznaczane na zatrudnianie opiekunów (mała liczba pracowników), czy trudność w znalezieniu odpowiednich kandydatów skutkują tym, że często opieka jest sprawowana w sposób niewłaściwy. Bazując na swoich doświadczeniach opiekunowie wskazują, że opieka jest często sprawowana z częstotliwością mniejszą niż powinna, np. rehabilitant przychodził do seniora tylko raz w tygodniu, choć stan seniora wymagał zabiegów codziennych. Zatem w pozostałe dni zabiegi musieli prowadzić niewykwalifikowani członkowie rodziny, co niekoniecznie (mimo zapewne szczerych chęci i intencji) musiało dać efekt podobny, jak w przypadku usługi profesjonalnej.

Kwalifikacje opiekunów także oceniono różnie, w zależności od osobistych doświadczeń. Respondenci wskazują, że im większe kwalifikacje i lepsze podejście do seniora tym lepsze efekty zdrowotne seniora. Seniorzy i ich rodzina powinni być przy tym edukowani przez opiekunów, aby pod jego nieobecność móc zapewnić choć minimalne wymagania co do opieki, higieny i rehabilitacji osoby starszej.

Jednak takie podejście, zdaniem niektórych respondentów, może prowadzić do sytuacji w której dysponujący pracą opiekunów ośrodek pomocy społecznej uzna, że rodzina potrafi samodzielnie opiekować się seniorem i odstąpi od zapewnienia opieki z urzędu. Takie rozwiązanie działa zawsze na niekorzyść seniora i jego rodziny. Respondenci podkreślają przy tym, że członkowie rodziny nie są w stanie zastąpić wykwalifikowanego opiekuna, choćby z powodu braku profesjonalnej wiedzy czy odpowiedniego doświadczenia.

Oceniając prace opiekunów należy spojrzeć na problem również z drugiej strony. Opiekunowie wskazują, że skargi na system opieki zgłaszane przez seniorów czy ich

rodziny czasami są niezasadne, jak również występuje typowa postawa roszczeniowa. Oczekuje się bowiem nie tylko opieki nad samym seniorem, ale chociażby pomocy w sprzątaniu czy gotowaniu posiłków dla całych rodzin. Nie są to jednak przypadki na tyle częste, aby można było mówić o właściwości całego systemu.

W kontekście dostępności fachowej pomocy opiekunów osób starszych wypowiedzieli się także decydenci, m.in. przedstawiciele samorządu terytorialnego i środowiska medycznego, którzy na co dzień zajmują się poruszaną problematyką od strony organizowania podaży usług opiekuńczych. Wskazali, że w gminach liczba opiekunów jest niewystarczająca. Świadczy o tym fakt, że opiekun poświęca dziennie jednemu seniorowi zbyt mało czasu, zwłaszcza jeśli odniesiemy to do standardów jakie panują w krajach Europy Zachodniej. Przyczyny takiego stanu to rosnąca liczba seniorów w społeczeństwie (starzenie się populacji, mała liczba urodzeń), brak chętnych do pracy w zawodzie, ale także zbyt mała dostępność instytucji szkolących w tym zakresie. Poza tym urzędnicy wskazali na niskie zarobki w sektorze opieki zdrowotnej. Są to jednak problemy systemowe, które występują w całym kraju.

Odrębną kwestią, poruszaną zresztą w szcątkowy sposób w trakcie wcześniejszej analizy są szeroko rozumiane kwalifikacje zawodowe opiekunów. Ocena problemu różniła się oczywiście w zależności od osób, które jej dokonywały.

Seniorów zaś można podzielić na dwie grupy. Pierwsza grupa – seniorzy z Warszawy – nie mieli w swojej ocenie doświadczeń z opiekunami osób starszych, wystarczających do tego, aby oceniać ich kompetencje. Nie chcą opierać się na wiedzy pozyskiwanej z telewizji lub prasy, gdzie opiekunowie są przeważnie krytykowani za niskie kwalifikacje i złe podejście do podopiecznych. Z kolei osoby starsze z Kielc, jakkolwiek miały podzielone zdanie na temat kwalifikacji opiekunów osób starszych, to jednak przeważały osoby z negatywnymi doświadczeniami, które chętniej dzieliły się swoimi opiniami i doświadczeniami podczas dyskusji grupowej.

Respondenci zarzucali opiekunom zarówno brak przygotowania zawodowego (podstawowe czynności higieniczne, udzielanie pierwszej pomocy), ale też empatii. Wskazywali, że odpowiednie podejście do seniora, rozumienie jego potrzeb i stanu jest kluczowe do tego, aby opieka była sprawowana w sposób właściwy. Seniorzy wskazywali, że ewentualne braki w umiejętnościach mogą być

zrekompensowane właśnie podejściem i odpowiednim nastawieniem do seniora.

Respondenci wskazali, że osobami starszymi powinny opiekować się osoby z doświadczeniem, które będą gotowe poradzić sobie w różnych, nagłych przypadkach. Nie powinny to być z pewnością osoby, dla których to będzie pierwsza praca. Seniorzy dostrzegali braki w kompetencjach opiekunów. Według nich wynikają one w dużej mierze z niskiego prestiżu społecznego zawodu opiekuna osoby starszej oraz niskich zarobków w tym sektorze. Rolę opiekunów – ich zdaniem – pełnią często osoby przypadkowe, które być może nie powinny wykonywać tego zawodu. Warto wyraźnie podkreślić, że seniorzy oceniając kompetencje opiekunów w dużym stopniu skupili się na ich podejściu do podopiecznych i empatii. Wynika z tego, że dla seniorów opiekun staje się osobą, która nie tylko pomaga, ale także staje się partnerem do rozmowy, towarzyszem na co dzień.

Również opiekunowie różnie oceniali kompetencje swoich kolegów po fachu w zakresie postępowania i profilaktyki przeciwwypadkowej czy przeciwurazowej. Wskazali, że nie istnieją w tym obszarze jasne i opisane standardy, co może utrudniać proces szkolenia, jak również w późniejszym czasie wykonywanie obowiązków zawodowych. Z tego względu opiekunowie nie mają usystematyzowanej wiedzy, co w ostateczności może działać na niekorzyść seniorów.

Opiekunowie wskazywali, że opiekę nad seniorami często pełni personel firmy, która wygrała przetarg na świadczenie tego typu usług w gminie. W związku z tym nikt nie ma pełnej kontroli nad kwalifikacjami personelu, bo dobór kadry opiekującej się seniorami zależy już tylko i wyłącznie od danej firmy. Co prawda musi ona wykazać, że ma dostęp do pracowników o pożądanym kwalifikacjach, ale nie zawsze przekłada się to na ich rzeczywistą fachowość. Respondenci wskazują, że spotykali różnych opiekunów: takich, którzy mają wieloletni staż w szpitalu, ale także takich, którzy odbyli półroczne przyuczenie i jest to ich pierwsza praca. Znacznie lepiej oceniono kwalifikacje opiekunów, którzy przychodzą z instytucji publicznych.

Badani podkreślali, że jest to także wynik ogólnego podejścia do stanu zdrowia seniorów w Polsce, zarówno na poziomie władz centralnych, jak i podmiotów leczniczych w gminach. Decydenci ani personel medyczny nie dbają o komfort seniorów, nie przywiązują uwagi do uśmierzenia ich bólu, znieczulania podczas zabiegów czy proponowania mniej inwazyjnych zabiegów. Badani wskazują, że to od osobistego zaangażowania opiekuna zależy czy będzie rozmawiał z podopiecznym na temat

jego potrzeb, aby zaproponować jakieś działania profilaktyczne, doradzić dodatkowe zabiegi czy aktywności.

Opiekunowie mówiąc o kompetencjach opiekunów osób starszych wskazali, że z ich poziomem jest bardzo różnie. Znają instytucje (np. DPS), gdzie są prowadzone regularne szkolenia, ale są też ośrodki, gdzie zatrudniane osoby mają zbyt niskie umiejętności, są bez doświadczenia. Jednakże w tym obszarze, według tej grupy badanych, widać zmiany zmierzające w dobrym kierunku. Władze narzucają konieczność podnoszenia kwalifikacji. Podkreślają, że dużo szkoleń czy projektów w tym zakresie zostało sfinansowanych w ramach środków unijnych w latach 2007-2013.

Na różnorodność w poziomie kompetencji opiekunów osób starszych wskazywali także urzędnicy i przedstawiciele środowiska medycznego. Podkreślali, że poziom kompetencji u opiekunów osób starszych jest różny. Niskie kwalifikacje opiekunów wynikają wg nich przede wszystkim z niskich zarobków oferowanych w sektorze. Respondenci sugerowali, że opieką nad osobami starszymi często zajmują się osoby o najniższych kwalifikacjach, niepotrafiące znaleźć lepszej czy lepiej płatnej pracy. Lepiej wykształceni szukają zatrudnienia w szpitalach i prywatnych klinikach.

Ze względu na ograniczoną sprawność ruchową lub problemy zdrowotne, seniorzy często doznają urazów będących efektem wypadków, jakie przytrafiają im się nawet w czasie pobytu w domu. Przykładem mogą być wspomniane wcześniej wypadki zdarzające się podczas kąpieli. Kluczowe jest, aby w takiej sytuacji mogli liczyć na fachową opiekę ze strony opiekunów, zwłaszcza, jeśli mieszkają samotnie. W razie sytuacji wymagającej interwencji (np. w przypadku urazu), seniorzy zgłaszają się przede wszystkim na pogotowie. Zaledwie niektórzy wskazują, że dzwoniłoby w pierwszej kolejności do swojego lekarza czy pielęgniarki (do których mają dane kontaktowe) oraz do rodziny.

W opinii respondentów pierwsza pomoc na pewno byłaby im udzielona (szpital, SOR). Nie wiedzieli jednak, co z dalszą opieką w domu i obawiali się o jej ewentualną jakość. Pod tym względem na pewno nie czuli się bezpiecznie. W większym stopniu ufają w jakość opieki szpitalnej, a będąc w szpitalu czują się bezpiecznie. Na oddziale są bowiem pod całodobową opieką lekarską i pielęgniarską. Kontakt z pogotowiem wynika z tego, że respondenci nie są pewni czy uzyskaliby nieodpłatnie opiekę

pielęgniarską w domu. Wskazywali także, że bardzo trudno zamówić wizytę lekarza w domu. Omawiając kwestie szpitali seniorzy wskazywali przy tym na relatywnie wyższą jakość obsługi w szpitalach prywatnych, gdzie personel wykazuje najwięcej empatii i troski o osoby starsze. Doświadczenia ze szpitalami państwowymi oscylują wokół kompetentnych lekarzy oraz pielęgniarek, których jest zbyt mało i opiekują się seniorami od niechcienia.

Z opisanych wyżej względów szczególnie cenna wydaje się być rola opiekunów, którzy jednak nie są oceniani jako kompetentni w tym zakresie. Wskazuje się na różnice w kwalifikacjach i kompetencjach, których nie da się zastąpić wyższym poziomem empatii czy chęci niesienia pomocy. Co ciekawe, podobny punkt widzenia prezentowali także opiekunowie osób starszych. Oni również wskazywali, że najlepsza opieka w przypadku urazu zapewniona jest przez szpital. Niestety w szpitalu seniorzy nie są trzymeni zbyt długo, a opieka w warunkach domowych jest znacznie bardziej utrudniona. Szpitale udzielają pomocy, ale gorzej wygląda sytuacja seniorów na dalszym etapie leczenia i rehabilitacji: kolejki w przychodniach i poradniach specjalistycznych, długi czas oczekiwania na rehabilitację.

Opiekunowie zwracali jednak uwagę także na to, że rodziny również dążą do tego, aby senior jak najdłużej przebywał w szpitalu. Uważają, że senior ma tam najlepszą opiekę, z której sami są odciążani; może przyczyniać się to do zaistnienia sytuacji, w której na oddziałach będą znajdować się także osoby, które właściwie nie potrzebują hospitalizacji.

Niektórzy badani stawali jednak w obronie rodzin wskazując, że nie można wymagać, aby pełniły całodobową opiekę nad seniorem. Taka opieka odbywa się bowiem kosztem życia zawodowego oraz prywatnego członków rodziny, jak również jest dużym wyrzeczeniem z ich strony. Dlatego to władze powinny być obciążone odpowiedzialnością za opiekę nad seniorami i tak organizować system, aby zapewnić odpowiedni poziom i zakres opieki nad potrzebującymi jej seniorami.

Opiekunowie podkreślali także, że w przypadku urazu bardzo ważna jest komunikacja seniora z personelem medycznym. Senior powinien dokładnie opisać okoliczności wypadku, aby był dobrze zdiagnozowany. Dlatego opiekunowie apelują do rodzin, aby asystowały seniorom podczas przyjazdu pogotowia i wizyty w szpitalu. Podobnie jest z opieką w domu – tu też konieczna jest obecność członka rodziny, by przekazał

personelowi wszystkie informacje dotyczące dolegliwości seniora. Problemem natomiast jest to, że personel szpitala chce bardzo szybko wypisywać pacjentów, aby zwolnić łóżka dla kolejnych. W takich sytuacjach rodzina lub opiekun dostaje telefon w godzinach porannych, że w ciągu dnia musi odebrać ze szpitala przebywającą tam osobę starszą. Wszystko to odbywa się kosztem zdrowia i komfortu seniora.

Jednym z sposobów na zapobieganie wypadkom i urazom jest odpowiednia profilaktyka i prewencja. Jakkolwiek można zrozumieć prezentowany wcześniej punkt widzenia, zgodnie z którym leczenie urazów na pewno jest bezpieczniejsze i bardziej efektywne w wykonaniu personelu medycznego, tak sama profilaktyka może być już udziałem opiekunów osób starszych. Seniorzy uczestniczący w prowadzonych wywiadach, zarówno w Warszawie, jak i w Kielcach wskazali, że nie spotykają się z działaniami w zakresie profilaktyki i prewencji urazów dla swojej grupy wiekowej. Podkreślają, że powinno być inaczej, bo profilaktyka przecież jest ich zdaniem tańsza niż leczenie czy pobyty w szpitalach. Wskazywali ponadto, że poradnie, które mają bazy pacjentów powinny na podstawie danych, którymi dysponują same wysyłać informacje o możliwej profilaktyce czy zapraszać na badania i spotkania.

Seniorzy w zdecydowanej większości nie byli odbiorcami działań dotyczących profilaktyki medycznej. Nie przypominali sobie, aby spotkali się z tego typu kampaniami, reklamami i zachętami w mediach. Wyjątkiem są jedynie badani, którzy kiedykolwiek korzystali z zajęć rehabilitacyjnych, otrzymywali instrukcje na temat aktywności fizycznej czy zakresu ruchów jakie powinni wykonywać. Ponadto taką wiedzę można uzyskać na spotkaniach seniorów organizowanych przez różne instytucje. Jednak to też uwarunkowane jest od dostępności tego typu podmiotów w danej dzielnicy czy gminie.

Badani wskazywali, że komunikują się między sobą i to jest dla nich główne źródło wiedzy. Wiedzę w tym temacie pozyskują, gdy zachodzi taka potrzeba – dopytują znajomych, sąsiadów, dzwonią do instytucji lub szukają w internecie. Inni respondenci podkreślali, że podstawy dotyczące aktywności fizycznej powinien znać każdy (wiedza która powinna być przekazywana w szkole podstawowej). Zatem nie powinno się tego wymagać od instytucji publicznych.

Poza rekomendacjami znajomych, najlepszym źródłem jest internet, ale jak wskazują badani, niewielki procent seniorów korzysta w tym wieku sprawnie z tego rodzaju

narzędzi. Potwierdzają ten fakt seniorzy z innych grup fokusowych. Często, członkowie rodziny są proszeni o pomoc w tym zakresie. Należy zatem pamiętać, że komunikacja z tą grupą docelową, w tym także w zakresie profilaktyki, musi bazować na innych kanałach informacyjnych.

Część badanych korzystało z zajęć gimnastycznych (np. basen). Chwalą sobie tego typu aktywność jednak wskazują, że trudno się na zajęcia dostać bezpłatnie. Osoby dowiedziały się o takiej możliwości od lekarza prowadzącego. Respondenci wskazują, że lekarze obsługują pacjentów w bardzo krótkim czasie, niejako automatycznie, więc nie mają czasu na porozmawianie o tego typu zajęciach. Pod tym względem seniorzy także nie czują się dostatecznie zaopiekowani. Chcieliby z takiej oferty zajęć skorzystać, ale rozumieją, że jest zbyt duża liczba chętnych względem dostępności miejsc. Rekomendują, aby działania profilaktyczne były promowane i prowadzone zarówno przez podmioty lecznicze, ale także przez stowarzyszenia i organizacje dedykowane dla osób starszych. Każda dzielnica powinna mieć osiedlowy klub, gdzie seniorzy mogliby wymieniać się doświadczeniami i wzajemnie edukować. Preferują promocję i docieranie do seniorów w formie bezpośredniej: spotkania, telefony. Respondenci wskazywali, że to lekarz w poradni powinien być inicjatorem takich działań, wskazywać jakie możliwości ma senior, z czego może bezpłatnie skorzystać.

Pozytywną obserwacją wynikającą z prowadzonych dyskusji jest to, że seniorzy bardzo chętnie spędziliby czas na aktywnościach fizycznych. Aktywność fizyczna uznawana jest za coś pożądanego i potrzebnego. Jednak nie mają wiedzy na temat formy aktywności, która dla nich jest optymalna ze względu na wiek i dolegliwości. Nie wszyscy seniorzy posiłkują się w tym zakresie internetem – oczekują rozmowy i porady specjalisty. Seniorzy potrzebują wsparcia trenera lub instruktora, który pokaże im bezpieczne aktywności. Seniorzy, którzy są już aktywni najczęściej odważyli się skorzystać z aktywności za poradą lekarza lub rodziny. Inni aktywni fizycznie seniorzy deklarują, że biorą regularnie udział w zajęciach w klubach seniora. Wskazywali również na obecność instruktorów w klubach, którzy prowadzą cykliczne zajęcia i motywują seniorów. Z wypowiedzi badanych wynika, że preferują aktywności grupowe, ćwiczenia w grupie. Aktywność sportowa jest dla seniorów również formą aktywności towarzyskiej. Opiekunowie wskazywali, że seniorzy bardzo chętnie wspólnie spacerują, a nawet chodzą na zajęcia gimnastyczne, fitness czy zumbę. Aktywność fizyczna czy wspólne zajęcia zapewniają seniorom swoistą rozrywkę, nierzadko jedyną.

Opiekunowie podkreślali, że osoby starsze trzeba zachęcać do wychodzenia z domu, spotkań towarzyskich, aktywności, gdyż tego typu działania wpływają pozytywnie na ich samoocenę i samopoczucie.

Na brak profilaktyki przeciwurazowej i przeciwwypadkowej wskazywali także opiekunowie osób starszych, którzy kategorycznie zaprzeczyli, jakoby dla seniorów prowadzone były działania profilaktyczne lub dotyczące prewencji urazów. Tylko jeden opiekun wskazał przykład ośrodka wsparcia dla seniorów, w którym prowadzone są spotkania obejmujące zakres edukacji i profilaktyki dla seniorów. Jak widać takie działania są zatem możliwe do realizacji.

Opiekunowie wskazywali, że seniorzy są w różnym stopniu chętni do aktywności fizycznej. W części przypadków wstydzą się tego, krępują, ponieważ społeczeństwo traktuje ich jako „staruszków”, którym wręcz nie wypada aktywnie spędzać czasu. Inni nie znają rodzajów aktywności, jakie są możliwe w ich wieku. Według opiekunów ten obszar jest wręcz tematem tabu, nie mówi się o nim. Wydaje się więc, że kwestia promocji aktywnego trybu życia oraz uprawiania różnych form rekreacji jest działaniem pożądanym, właśnie z punktu widzenia zapobiegania wypadkom czy urazom, poprzez podnoszenie ogólnej sprawności fizycznej seniorów. Sami respondenci rekomendują więcej promocji i komunikacji w tym zakresie.

c) Problemy, z jakimi seniorzy spotykają się na co dzień

Codziennosc seniorów to nie tylko omawiana wyżej kwestia zwiększonego ryzyka wypadków czy urazów, ale także doświadczanie problemów z wykonywaniem czynności, które dla osób młodszych czy sprawniejszych nie stanowią kłopotu. Są to często proste czynności dnia codziennego, których uciążliwość objawia się właśnie w sytuacji ograniczeń na poziomie sprawności fizycznej.

Dla seniorów ryzykowne są zatem wszystkie czynności, które wiążą się z ruchem, wchodzeniem po schodach, wsiadaniem do tramwaju, czy wejściem na jakiegokolwiek podwyższenie (np.: na krzesło podczas wieszania firan). Ponadto ryzykowne dla seniorów jest także korzystanie z wanny. Niektórzy podkreślali, że urazu można nabawić się wszędzie, o każdej porze dnia, w różnych porach roku. Aby uniknąć wypadków seniorzy stosują maty antypoślizgowe, podesty, uchwyty, drabiny. Respondenci podkreślają, że seniorów jak i rodziny, trzeba edukować w tym zakresie.

Często senior uważa, że jest w stanie coś zrobić, nie zdając sobie sprawy z tego, że jego ciało nie jest gotowe na daną czynność. Oprócz przestrzeni domowej osoby starsze są także narażone na wypadki w przestrzeni publicznej, w której napotykają na szereg barier, zarówno architektonicznych, jak i wynikających z podejścia ludzi. Wśród barier architektonicznych wymieniano niedostosowane windy (lub ich brak), trudne do pokonania schody (brak podjazdów), ograniczoną dostępność publicznych toalet i miejsc siedzących (ławek na osiedlach), czy brak przejść dla pieszych. Poziom ryzyka wzrasta w zimie, gdy poruszają się po zaśnieżonych bądź śliskich ulicach.

W zakresie barier wynikających z podejścia otoczenia, to wskazuje się przede wszystkim na brak wsparcia i empatii w otoczeniu, na ulicy, w sklepie czy w środkach komunikacji publicznej.

Każde złamanie czy uszkodzenie ciała może generować długotrwałe, nieodwracalne zmiany zdrowotne. Respondenci wskazują, że w okresie jesienno-zimowym placówki zdrowia bądź opieki społecznej powinny na podstawie bazy pacjentów (np. rejestru PESEL) kontaktować się z seniorami i weryfikować czy nie mają oni szczególnych potrzeb które należałoby zaspokoić.

Seniorzy mają doświadczenia z urazami ciała. Podkreślali, że najwięcej problemów doświadczają z zalecaniem urazów. Urazy nie wywołują w nich lęku, a raczej obawę, refleksję na przyszłość. W efekcie urazów seniorzy częściej proszą o pomoc rodzinę i sąsiadów. Niektórzy wskazywali, że edukację dotyczącą urazów powinni prowadzić nawet lekarze pierwszego kontaktu. Badani nie spotkali się z tego typu przekazem kierowanym do seniorów lub ich rodzin, o czym już zresztą wcześniej wspomniano.

Według osób starszych trzeba – pod względem zapobiegania wypadkom i urazom – uświadamiać zarówno seniorów, ich rodziny, jak i otoczenie seniorów, aby świadomie byli w stanie oszacować z jakimi czynnościami sobie nie poradzą, a rodziny i otoczenie – aby mieli wiedzę, w jakich czynnościach seniorów wesprzeć lub co może im sprawiać większą trudność.

Respondenci w trakcie rozmów wskazywali na czynności, które seniorzy są w stanie zrobić, a także te, w których powinni ich wesprzeć członkowie rodziny lub instytucje opieki. Często do wypadków dochodzi, gdy seniorzy wykonują niektóre pozornie proste czynności samodzielnie, ponieważ wstydzą się prosić o pomoc członków

rodziny. Badani wskazali, że kampania promocyjna powinna obejmować zarówno seniorów, jak i rodziny. Działania promocyjne powinny być prowadzone przez władze gminy, jak i w podmiotach leczniczych.

Niepożądanym efektem wypadków czy urazów bywa lęk przed kolejnymi urazami. Tego rodzaju lęk wymusza zmianę zachowania seniorów i zwrócenie się o pomoc do rodziny czy bliskich sąsiadów. Dopiero uraz powoduje, że senior uświadamia sobie swoje ograniczenia oraz jest impulsem do zmiany nastawienia i szukania pomocy lub wsparcia w otoczeniu.

Respondenci negatywnie oceniali także dostosowanie opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych. Wskazali przede wszystkim na kolejki do specjalistycznych badań, zabiegów oraz długi czas oczekiwania na możliwość wyjazdu do sanatorium. Zwracali także uwagę na wspomniane wcześniej nastawienie personelu medycznego do osób starszych i traktowanie seniorów jako osób niechcianych czy wręcz zbędnych.

Podobnie nisko seniorzy ocenili dostępność do usług opiekuńczych i rehabilitacyjnych. Pomimo posiadania wiedzy gdzie po taką pomoc się zgłosić, respondenci byli pewni, że czekaliby na pomoc bardzo długo. Niekiedy okres oczekiwania jest tak długi, że wymusza to na nich korzystanie z prywatnych usług lekarskich.

Na podobne okoliczności predysponujące do wystąpienia wypadków czy nabawienia się urazów wskazują także opiekunowie osób starszych. Podkreślają oni, że seniorzy mogą się nabawić urazu w zasadzie podczas każdej czynności domowej, np. podczas sprzątania, kąpieli. Z tego względu należy ich instruować jak korzystać z wyposażenia domowego, jak zapobiegać wypadkom. Nieznacznie większe ryzyko jest jednak podczas przebywania poza domem.

Jako specyficzny rodzaj zagrożenia wymienia się też urządzenia elektryczno-gazowe i kłopot z ich obsługą. Jakikolwiek zaniedbania w tym zakresie mogą nie tyle spowodować bezpośredni uraz fizyczny, ale także doprowadzić do sytuacji, w której ucierpi nie tylko sam senior, jak również jego otoczenie (np. w efekcie pożaru).

Inną kwestią związaną z trudnościami napotykanymi przez seniorów jest dofinansowanie likwidacji barier (np. architektonicznych). Dotyczy to przede wszystkim o dofinansowania na usprawnienia rozwiązań w gospodarstwie domowym, tj. windy,

podjazdy, progi. Opiekunowie z Warszawy wskazują, że tego typu dofinansowanie dedykowane jest dla osób niepełnosprawnych w Warszawskim Centrum Pomocy Rodzinie. Jest to podejście, które wyklucza i dyskryminuje seniorów, którzy mają podobne ograniczenia ruchowe jak osoby niepełnosprawne.

O ile bariery architektoniczne są i zawsze będą, to należy pracować nad otoczeniem, podejściem społeczeństwa, o czym wspominali także sami seniorzy. Pod tym kątem opiekunowie obserwują szereg niepokojących sytuacji.

Edukowane w tym obszarze powinno być całe otoczenie seniora, szczególnie rodzina. Rolą opiekunów i rodziny jest bowiem rozmawianie z seniorem i rozpoznawanie czynności, które sprawiają mu najwięcej trudności. Na podobne aspekty jak seniorzy i opiekunowie wskazywali także przedstawiciele środowiska urzędniczego oraz medycznego. Oni również uznali łazienkę za miejsce, gdzie dochodzi do największej ilości urazów w grupie seniorów.

Respondenci sugerowali, że seniorzy to osoby, które mają swoje nawyki i przyzwyczajenia. Bardzo trudno z nimi rozmawiać o ich zmianie, zatem wszelkie działania promujące profilaktykę i przeciwdziałanie urazom muszą być skonstruowane w delikatnym i zrozumiałym dla seniorów języku. Nie mogą być napastliwe, aby nie zrazić seniorów. Obszar edukacji seniorów i ich rodzin (profilaktyka) został uznany za kolejny zaniedbany obszar w systemie opieki zdrowia. Działań profilaktycznych dla seniorów jest mało, np. program Senior Plus. Poza tym funkcjonują kluby seniora, które są miejscem spotkań i swoistym forum wymiany doświadczeń.

Przedstawiciele tej grupy respondentów podkreślali jednocześnie, że miasta zapewniają coraz więcej miejsc, gdzie można spędzać czas lub uprawiać sport: sale gimnastyczne, siłownie na świeżym powietrzu, trasy dla pieszych i biegaczy. Jednak seniorzy nie zawsze mają śmiałość z nich skorzystać lub nie wiedzą, jak się obsługuje poszczególne urządzenia na takiej publicznej siłowni. Nie wszyscy seniorzy są gotowi do aktywnego trybu życia, zastaniają się swoimi dolegliwościami i generalnie są niechętni do zmiany swojego trybu życia.

Przedstawiciele urzędów oraz środowiska medycznego dostrzegali także problem barier architektonicznych, jak również społecznych w codziennym życiu seniorów. Widzą jednak postępy w tym zakresie.

d) Problemy w społecznościach lokalnych, z jakimi najczęściej spotykają się osoby odpowiedzialne za opiekę nad seniorami

We wcześniejszych częściach analizy poruszane były różne aspekty związane z ograniczeniami, na jakie seniorzy napotykają w swoim otoczeniu. Zwracano uwagę przede wszystkim na ograniczenia fizyczne czy kwestię dostępności, choć pojawiały się także wskazania na problemy wynikające z niechętnych postaw otoczenia wobec seniorów i niedostrzeganie ich potrzeb oraz brak empatii.

Generalnie funkcjonowanie w lokalnych społecznościach generuje w życiu seniorów szereg problemów. Seniorzy wskazali chociażby na zbyt długi czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty, rehabilitację czy miejsce w sanatorium.

W dalszej kolejności wymieniali zbyt krótkotrwałe i niedające szansy na wyczerpującą diagnostykę wizyty u lekarzy. Seniorzy nie czują się tym samym odpowiednio zaopiekowani. Inną kwestią jest opieka lekarza w domu. Podstawowym problemem jest tu brak rzeczywistej dostępności tego rodzaju usług, ponieważ niezwykle trudno zamówić lekarza na wizytę domową.

Generalnie seniorzy podkreślali, że system opieki zdrowotnej jest niedofinansowany i nie spełnia potrzeb seniorów. Wskazali, że personel medyczny nie jest odpowiednio motywowany, a na dodatek jest przeciążony (duża liczba pacjentów na godzinę). W związku z tym, pomimo wiedzy i chęci ze strony personelu medycznego, pacjenci często nie otrzymują odpowiedniej jakości usług.

Innym istotnym problemem jest opieka nad seniorem sprawowana przez członków rodziny. Wynika ona z coraz „gorszych” relacji w rodzinach, braku czasu wśród młodego pokolenia oraz emigracji. Nawet liczne rodziny niekiedy nie są w stanie zaopiekować się starszym pokoleniem. W konsekwencji zatem osoby starsze, jak wynika z wywiadów, nie otrzymują wystarczającego wsparcia ani od instytucji temu dedykowanych, ani od najbliższych.

W kontekście problemów napotykanym w społecznościach lokalnych, opiekunowie seniorów podkreślali po raz kolejny, że istotną kwestią jest ograniczony dostęp do opieki domowej i rehabilitacji, który jest zdecydowanie niewystarczający w stosunku do istniejących potrzeb. Podobnie zresztą ocenili ogólny stopień

dostosowania opieki zdrowotnej do potrzeb seniorów – przede wszystkim jest to brak lekarzy, długie kolejki do lekarzy specjalistów oraz długi czas oczekiwania na zabiegi. Z tego względu seniorzy często dopłacają za rehabilitację lub korzystają z usług medycznych w prywatnych klinikach. Poza tym pozostaje do dyspozycji osób starszych opieka w domach seniora czy ośrodkach opieki, która jest jednak bardzo kosztowna. Bywa, że z punktu widzenia osób starszych to właśnie zamieszkanie w domu opieki jest najlepszym rozwiązaniem zarówno dla samego seniora, jak i jego rodziny. Przy czym tu pojawia się kwestia opłaty za pobyt seniora. Dość często zdarzają się przypadki, gdy rodzina uchyla się od finansowania pobytu członka rodziny, a senior najczęściej z własnej emerytury nie jest w stanie sfinansować kosztów pobytu. Zdarza się, że tego rodzaju sytuacje doprowadzają do konfliktów rodzinnych i spraw sądowych.

Pojawił się tu dość drażliwy problem nastawienia rodzin do osób starszych. Seniorzy z uwagi na swoje ograniczenia (brak umiejętności obsługi internetu, brak mobilności) muszą liczyć na wsparcie rodziny, które według opinii opiekunów, nie zawsze jest satysfakcjonujące. Rodzina, jeżeli się już zaangażuje, to pomaga w zrobieniu zakupów czy umówieniu do lekarza. Członkowie rodziny jednak rzadko, zdaniem opiekunów, spędzają czas ze starszymi osobami, rozmawiają czy udzielają im wsparcia psychicznego. Znacznie lepiej te relacje wyglądają podczas świąt, wtedy rodzina czuje się zobligowana spędzić czas z seniorem, pomóc mu w zrobieniu zakupów i posprzątanii domu.

Kilku badanych wskazało, że spotkało się z sytuacją, gdy rodzina oddała seniora na wakacje, na czas urlopu do szpitala, a potem już nie chcieli go odebrać.

Dla porządku należy także dodać, że są i pozytywne doświadczenia, kiedy rodziny nie mając warunków do opieki nad seniorem oddają go co prawda do domu opieki, ale regularnie odwiedzają, zabierają na weekendy czy przywożą niezbędne artykuły. Nie można zatem generalizować, choć jak przyznają uczestnicy wywiadów, przytaczane negatywne przypadki wynikają z tego, że takie zdarzenia szczególnie zapadają w pamięć.

Kolejną kwestią podejmowaną przez opiekunów była niewystarczająca w stosunku do rzeczywistych potrzeb liczba lekarzy specjalistów z zakresu geriatricy.

Ponadto podejście do seniorów w przychodniach POZ pozostawia dużo do życzenia. Jak już wcześniej wspomniano, są traktowani mało empatycznie i ze zniecierpliwieniem, choć oczywiście zależy to od jednostkowo identyfikowanych postaw ludzkich.

Opiekunowie podkreślali także i oceniali jako dyskryminujące, że lekarze przed udzieleniem konsultacji patrzą często na wiek pacjenta, a na jego podstawie wskazują, że pewnych dolegliwości lub chorób nie warto lub nie można już wyleczyć. Z oczywistych względów jest to podejście niewłaściwe, ponieważ metryka nie powinna być wyznacznikiem oceny dostępności do leczenia.

Ostatnia z poddanych badaniu grup respondentów – urzędnicy oraz przedstawiciele środowiska medycznego – wskazali, że najgorzej jest z dostępem do rehabilitacji. W sytuacji długiego oczekiwania na wykonanie, zabiegi rehabilitacyjne niekiedy okazują się po prostu zbędne i nie przynoszą zamierzonych efektów. Ponownie podkreślano także brak zasobów kadrowych, instytucji oferujących szeroko rozumiane usługi opiekuńcze dla seniorów, a przede wszystkim środków finansowych dedykowanych opiece nad seniorami. Z tego powodu ciężar opieki nad seniorem spoczywa w znacznym stopniu na rodzinie, a bywa, że nawet na sąsiadach.

e) Działania informacyjno-promocyjne stosowane wobec seniorów

Kwestia promocji wśród seniorów odpowiednich postaw czy zwyczajów odnoszących się do codziennego życia (np. aktywności fizycznej) była spontanicznie podejmowana przez respondentów przy okazji omawiania różnych zagadnień związanych z funkcjonowaniem osób starszych. Biorąc pod uwagę zakres analizowanych wcześniej tematów wydaje się, że odpowiednie informowanie w obszarze promocji aktywnego trybu życia (skierowane do seniorów), czy zrozumienia potrzeb seniorów (kierowane do lokalnych społeczności) mogłoby w istotny sposób przyczynić się do podniesienia komfortu życia osób starszych.

Powyższa uwaga ma o tyle duże znaczenie, że w opinii samych seniorów są oni grupą, do której łatwo dotrzeć w formie akcji profilaktycznych promujących np. odpowiednie postawy prozdrowotne. Planując rozmieszczenie materiałów promocyjnych należy brać pod uwagę miejsca i kanały przekazu, z którymi osoby starsze najczęściej mają styczność. To przede wszystkim punkty opieki zdrowotnej, telewizja, radio, tablice z ogłoszeniami, ale także informacje i ulotki dystrybuowane przez listonosza czy w parafiach.

Niektórzy respondenci podkreślali, że chcieliby, aby takie zaproszenia przychodziły do nich pocztą lub były przekazywane telefonicznie (w tym SMS). W ten sposób zaproszenie na badanie nie zniknie pomiędzy innymi reklamami i ulotkami, które dostają z różnych instytucji czy sklepów. Taki rodzaj zaproszenia miałby formę bardziej indywidualną i dzięki temu senior poczułby, że do jego potrzeb i problemów przykładana jest odpowiednio duża uwaga. Podkreślają także, że ważne jest, aby w miarę możliwości działania miały formę zindywidualizowaną, najlepiej bezpośrednią (spotkania, warsztaty itp.). Nie jest bowiem regułą, że seniorzy spędzają czas jedynie w domach, ale część z nich aktywnie uczestniczy w życiu lokalnych społeczności czy utrzymuje liczne kontakty społeczne. Wizerunek „seniora spędzającego czas tylko przed telewizorem” to stereotyp.

Specyfika życia seniorów z którą wiążą się częste wizyty u lekarzy sprawia, że dobrym miejscem do prowadzenia akcji informacyjnych są wszelkiego rodzaju poradnie i apteki. Nie należy przy tym zapominać, że seniorzy dowiadują się dużo od znajomych, sąsiadów czy nawet obcych osób spotkanych np. przy okazji zakupów. Wspólnym mianownikiem (w mniejszym może stopniu dotyczącym ostatniej z wymienionych kategorii) jest to, że informacje pochodzą od osób cieszących się zaufaniem seniorów, bądź mających w ich oczach autorytet. Mogą to być lekarze, księża czy osoby bliskie i dobrze znane. Za najmniej efektywną formę promocji seniorzy uznają natomiast plakaty i ulotki.

Opiekunowie – podobnie jak sami seniorzy – podkreślają, że pierwszym źródłem informacji powinien być lekarz pierwszego kontaktu oraz przychodnia rejonowa. Opiekunowie rekomendują, że to POZ powinien prowadzić wywiady środowiskowe z seniorami w swoim rejonie, aby diagnozować ich potrzeby i weryfikować, kogo należy wesprzeć w pierwszej kolejności.

3. Wnioski

Ocena użyteczności konkretnych przedmiotów lub sprzętu do ćwiczeń.

Przeprowadzone wywiady ukazały rosnącą świadomość osób starszych w kontekście znaczenia aktywności fizycznej jako czynnika profilaktyki prozdrowotnej. Przeprowadzone wywiady ujawniły, że uprawianie aktywności fizycznej staje się coraz powszechniejsze wśród osób w starszym wieku. Rozumieją oni zalety i korzyści wynikające z tego rodzaju aktywności. Należy przy tym zwró-

cić uwagę na różnice występujące pomiędzy respondentami z Warszawy oraz Kielc. Ci pierwsi relatywnie częściej spędzają czas aktywnie (ćwicząc np. z kijkami do nordic walking), co wskazuje, że świadomość w zakresie prozdrowotnych walorów aktywności fizycznej jest relatywnie większa w przypadku Warszawy. Może to sugerować konieczność podjęcia większych starań promocyjno-informacyjnych w mniejszych miejscowościach.

Bardzo istotną rolę mogą w tym kontekście odgrywać szczególnie działania promocyjno-informacyjne, w których następuje bezpośrednia styczność z osobą opowiadającą – jak badacz w trakcie prowadzonego wywiadu. Bezpośrednie zaprezentowanie sprzętu i jego użyteczności stanowi dla seniorów zachętę do korzystania z niego. Może to wynikać z faktu, że osoby starsze relatywnie rzadziej korzystają z nowoczesnych źródeł informacji, toteż polecenie przez osoby zaufane (rodzina czy opiekunowie), jak również fizyczny kontakt z prezentowanymi przedmiotami i poznawanie sposobów ich użytkowania może korzystnie wpływać na ich codzienne zwyczaje w zakresie uprawiania aktywności fizycznej.

Problemy opiekunów osób starszych w codziennej pracy

SENIORZY	OPIEKUNOWIE	URZĘDNICY
DOSTĘPNOŚĆ OPIEKUNÓW OSÓB STARSZYCH W GMINACH		
- osoby starsze dysponują wiedzą bazującą na swoich obserwacjach i informacjach przekazywanych „pocztą pantoflową”. Podstawowa wiedza, jaka z tego wynika, to świadomość trudnej dostępności do usług opiekunów osób starszych oferowanych w gminach w ramach systemu opieki społecznej;	- wg opiekunów osób starszych istniejące niedostatki w liczbie osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi w gminach wynikają z wielu czynników, m.in. niskich zarobków w sektorze, specyfiki pracy, podejścia młodego pokolenia niezainteresowanego ciężką i słabo płatną pracą oraz niedofinansowania sektora. Konieczna jest zatem akcja informacyjna, uświadamiająca lokalne społeczności zarówno o znaczącej roli opiekunów osób starszych (i nie tylko - również niepełnosprawnych), jak również zachęcająca do podejmowania tego rodzaju pracy nie	- w gminach jest niewystarczająca liczba opiekunów osób starszych, co wynika zarówno z postępującego procesu starzenia się społeczeństw (rosnąca liczba osób starszych), jak i braku chętnych do pracy w ciężkim i nisko opłacanym zawodzie; w efekcie opiekunowie poświęcają dziennie swoim podopiecznym zbyt mało czasu;

SENIORZY	OPIEKUNOWIE	URZĘDNIICY
DOSTĘPNOŚĆ OPIEKUNÓW OSÓB STARSZYCH W GMINACH		
	<p>tylko przez osoby młode, ale także doświadczone życiowo, mogących wykazać się większą empatią wobec podopiecznych;</p> <p>- opiekunowie mogą stanowić istotny element w procesie edukowania seniorów oraz ich rodzin, w zakresie potrzeb seniorów i sposobów ich zaspokajania, aby móc na co dzień zapewnić przynajmniej minimalne wymagania względem opieki, higieny czy rehabilitacji seniorów;</p> <p>- konieczne jest uświadczenie seniorów oraz ich rodzin na temat zakresu usług świadczonych przez opiekunów, tak aby uniknąć niepotrzebnych nieporozumień wynikających z ewentualnych zbyt dużych oczekiwań podopiecznych czy ich rodzin;</p>	
KWALIFIKACJE I UMIEJĘTNOŚCI OPIEKUNÓW OSÓB STARSZYCH		
<p>- wśród seniorów dominowały osoby oceniające kwalifikacje i umiejętności opiekunów jako niewystarczające do właściwego sprawowania opieki nad seniorami; byli oni także krytykowani za nieodpowiednie podejście do swoich podopiecznych (brak empatii);</p> <p>- dla seniorów istotne jest nie tylko sprawowanie typowej opieki (pomocy w codziennych obowiązkach), ale także wsparcie psychologiczne polegające na gotowości do rozmowy;</p>	<p>- wg opiekunów, nie istnieją w obszarze opieki nad seniorami jasne i opisane standardy, co może utrudniać proces szkolenia, jak również w późniejszym czasie wykonywanie obowiązków zawodowych; z tego względu opiekunowie nie mają usystematyzowanej wiedzy, co w ostateczności może działać na niekorzyść seniorów;</p> <p>- w sytuacjach, kiedy opieka nad osobami starszymi jest realizowana przez podmioty wygrywające w przetargach nie ma - wg opiekunów -</p>	<p>- wg przedstawicieli administracji samorządowej oraz środowiska medycznego, niskie kwalifikacje opiekunów wynikają przede wszystkim z niskich zarobków oferowanych w sektorze. Respondenci sugerują, że opieką nad osobami starszymi często zajmują się osoby o najniższych kwalifikacjach, niepotrafiące znaleźć bardziej prestiżowej czy lepiej płatnej pracy;</p>

SENIORZY	OPIEKUNOWIE	URZĘDNIICY
KWALIFIKACJE I UMIEJĘTNOŚCI OPIEKUNÓW OSÓB STARSZYCH		
	<p>pełnej kontroli nad sposobem wykonywania opieki i jej jakością;</p> <p>- wskazuje się na przeważnie niedostateczny poziom uwagi przywiązywanej do zdrowia i sytuacji seniorów w polskim systemie opieki zdrowotnej i społecznej;</p> <p>- jakkolwiek poziom kompetencji zawodowych opiekunów osób starszych jest zbyt niski, to jednak w ostatnich latach sytuacja uległa poprawie, w dużej mierze dzięki szkoleniom realizowanym w ramach funduszy unijnych w perspektywie 2007-2013; może to sugerować, że dalsza poprawa sytuacji w tym względzie wymaga przedsięwzięcia po stronie administracji samorządowej czy rządowej oraz dodatkowego wysiłku w postaci szkoleń dla opiekunów;</p>	
OPIEKA W SYTUACJI WYSTĄPIENIA URAZU		
<p>- seniorzy w sytuacjach wymagających interwencji, w przypadku urazu zgłaszają się przede wszystkim na pogotowie. Wiąże się to z zaufaniem do opieki, jaką może zapewnić im szpitalna opieka zdrowotna;</p> <p>- kontakt z pogotowiem wynika także z obaw o trudność w uzyskaniu nieodpłatnej opieki pielęgniarzkiej w domu; w opinii seniorów opieki takiej nie są w stanie zapewnić opiekunowie osób starszych z uwagi na zbyt niskie zdaniem seniorów kwalifikacje i umiejętności;</p>	<p>- również opiekunowie uważają, że najlepsza opieka w przypadku wystąpienia urazu u osoby starszej zapewniona jest przez szpital; problemem jest jednak sytuacja seniorów na dalszym etapie leczenia i rehabilitacji: kolejki w przychodniach i poradniach specjalistycznych, długi czas oczekiwania na rehabilitację.</p> <p>- zdaniem opiekunów nie można wymagać, aby rodziny pełniły całodobową opiekę nad seniorem, bo jest to dla nich dużym obciążeniem utrudniającym chociażby</p>	

SENIORZY	OPIEKUNOWIE	URZĘDNICY
OPIEKA W SYTUACJI WYSTĄPIENIA URAZU		
	prace zawodową; dlatego to system opieki społecznej powinien być obciążony odpowiedzialnością za opiekę nad seniorami i tak zorganizowany, aby zapewnić odpowiedni poziom i zakres opieki nad potrzebującymi jej seniorami.	
DZIAŁANIA W ZAKRESIE PROFILAKTYKI I PREWENCJI URAZÓW		
<ul style="list-style-type: none"> - seniorzy wskazują, że nie spotykają się z działaniami w zakresie profilaktyki i prewencji urazów dla swojej grupy wiekowej; w zdecydowanej większości nie byli odbiorcami działań dotyczących profilaktyki medycznej, czy to w postaci kampanii informacyjnych, czy to reklam lub zachęt w mediach; - wskazują ponadto na istotną rolę poradni, które na podstawie danych o pacjentach, jakimi dysponują mogłyby same wysyłać informacje o możliwej profilaktyce czy zapraszać na badania i spotkania; - podstawowym kanałem przekazywania informacji jest „poczta pantoflowa”, stąd też informacje dotyczące prewencji urazów (jak zresztą wszelkie inne istotne dla seniorów) powinny przede wszystkim docierać do miejsc, które skupiają seniorów; rekomendują zatem, aby działania profilaktyczne były promowane i prowadzone 	<ul style="list-style-type: none"> - wg opiekunów nie są prowadzone dla seniorów żadne działania profilaktyczne lub dotyczące prewencji urazów; - opiekunowie często dysponują wiedzą na temat oferty pobliskich jednostek leczniczych i innych placówek (np. basen dla seniorów), ale ich podopieczni nie korzystają z tej oferty z uwagi na długi czas oczekiwania lub trudności z dojazdem; - wśród seniorów często występuje swoista blokada przed rozpoczęciem aktywności fizycznej, ponieważ społeczeństwo traktuje ich jako „staruszków”, którym wręcz nie wypada aktywne spędzanie czasu; kwestia promocji aktywnego trybu życia oraz uprawiania różnych form rekreacji ruchowej jest więc działaniem pożądanym, właśnie z punktu widzenia zapobiegania wypadkom czy urazom poprzez podnoszenie sprawności fizycznej seniorów; 	

SENIORZY	OPIEKUNOWIE	URZĘDNICY
DZIAŁANIA W ZAKRESIE PROFILAKTYKI I PREWENCJI URAZÓW		
<ul style="list-style-type: none"> zarówno przez podmioty lecznicze, ale także przez stowarzyszenia i organizacje dedykowane dla osób starszych; - seniorzy mają w niewielkim stopniu dostęp do informacji na temat możliwości uczestniczenia w rehabilitacji czy zajęciach sportowych (np. korzystanie z basenu), zwłaszcza tych oferowanych bezpłatnie; - seniorzy bardzo chętnie spędzaliby czas na aktywnościach fizycznych; aktywność fizyczna uznawana jest za coś pożądanego i potrzebnego; osoby starsze nie mają wiedzy na temat formy aktywności, która dla nich jest optymalna ze względu na wiek i ewentualne dolegliwości; pożądanym jest z ich punktu widzenia wsparcie trenera lub instruktora, który pokaże im bezpieczne aktywności; 	<ul style="list-style-type: none"> - dla seniorów aktywność fizyczna czy wspólne zajęcia są swoistą rozrywką, nierzadko jedyną; wg opiekunów konieczne jest zachęcanie osób starszych do wychodzenia z domu, spotkań towarzyskich, aktywności, ponieważ tego typu działania wpływają pozytywnie na ich samoocenę i samopoczucie; 	

Problemy opiekunów osób starszych w codziennym życiu

SENIORZY	OPIEKUNOWIE	URZĘDNICY
PODSTAWOWE PROBLEMY I OGRANICZENIA, NA JAKIE NAPOTYKAJĄ SENIORZY W CODZIENNYM ŻYCIU		
<p>- wg seniorów ryzykowne są wszystkie czynności, które wiążą się z ruchem, wchodzeniem po schodach, wsiadaniem do tramwaju czy wejściem na jakiegokolwiek podwyższenie;</p> <p>- celem zapobiegania urazom seniorzy stosują maty antypoślizgowe czy montują uchwyty do podtrzymywania, tym niemniej konieczna jest akcja informacyjna uświadamiająca zarówno seniorom, jak i ich rodzinom zagrożenia, jakie mogą napotkać seniorzy wykonujący codzienne czynności;</p> <p>- osoby starsze są także narażone na wypadki w przestrzeni publicznej, w której napotykają na szereg barier, zarówno architektonicznych (np. trudne do pokonania schody, ograniczona dostępność publicznych toalet i miejsc siedzących, czy brak przejść dla pieszych), jak i wynikających z podejścia ludzi (brak wsparcia i empatii w otoczeniu, na ulicy, w sklepie czy w środkach komunikacji publicznej);</p> <p>- zdaniem seniorów w okresie jesienno-zimowym placówki opieki społecznej powinny na podstawie bazy klientów (np. rejestru PESEL) kontaktować się z seniorami</p>	<p>- wg opiekunów seniorzy mogą się nabawić urazu w zasadzie podczas każdej czynności domowej, np. podczas sprzątania, kąpieli. Z tego względu należy ich instruować jak korzystać z wyposażenia domowego, jak zapobiegać wypadkom. Nieznacznie większe ryzyko jest jednak podczas przebywania poza domem;</p> <p>- konieczne jest edukowanie w tym obszarze całego otoczenia seniora, szczególnie rodziny. Jej rolą (podobnie zresztą jak i opiekunów) jest rozmawianie z seniorem i rozpoznawanie czynności, które sprawiają mu największą trudności;</p>	<p>- przedstawiciele środowiska urzędniczego oraz medycznego uznali łazienkę za miejsce, gdzie dochodzi do największej ilości urazów w grupie seniorów;</p> <p>- seniorzy to osoby, które mają swoje nawyki i przyzwyczajenia; bardzo trudno rozmawiać z seniorem o ich zmianie; wszelkie działania promujące profilaktykę i przeciwdziałanie urazom muszą być zatem skonstruowane delikatnym i zrozumiałym dla seniorów językiem;</p> <p>- gminy i miasta zapewniają coraz więcej miejsc, gdzie można spędzać czas lub uprawiać sport (sale gimnastyczne, siłownie na świeżym powietrzu, trasy dla pieszych i biegaczy); jednak seniorzy nie zawsze mają śmiałość aby z nich skorzystać, jak również nie wszyscy są chętni do podejmowania aktywnego trybu życia;</p>

SENIORZY	OPIEKUNOWIE	URZĘDNICY
PODSTAWOWE PROBLEMY I OGRANICZENIA, NA JAKIE NAPOTYKAJĄ SENIORZY W CODZIENNYM ŻYCIU		
<p>i weryfikować czy nie mają potrzeb związanych z odśnieżeniem chodnika, przemieszczaniem się itp.</p> <p>- zdaniem osób starszych koniecznym jest, aby pod względem zapobiegania wypadkom i urazom uświadamiać zarówno seniorów, ich rodziny, jak i otoczenie seniorów, aby świadomie szacowali, z jakimi czynnościami seniorzy sobie nie poradzą, a rodziny i otoczenie, aby mieli wiedzę, w jakich czynnościach seniorów wesprzeć lub co może im sprawiać większą trudność;</p> <p>- seniorzy nisko oceniają dostępność do usług opiekuńczych i rehabilitacyjnych; pomimo wiedzy o tym, gdzie po taką pomoc się zgłosić, respondenci są pewni, że czekaliby na pomoc bardzo długo;</p>		

Problemy w społecznościach lokalnych, na jakie napotykają seniorzy

SENIORZY	OPIEKUNOWIE	URZĘDNICY
OCENA RÓŻNYCH OBSZARÓW ZWIĄZANYCH Z OPIEKĄ NAD OSOBAMI STARSZYMI ORAZ OPINIE NA TEMAT PROBLEMÓW, JAKIE NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄ W ZWIĄZKU Z NIMI W LOKALNYCH SPOŁECZNOŚCIACH		
<p>- jako jeden z podstawowych problemów seniorzy wskazują zbyt długi czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty, rehabilitację czy miejsce w sanatorium; w dalszej kolejności wymieniają zbyt krótkotrwałe i niedające szansy na wyczerpującą diagnostykę wizyty u lekarzy;</p> <p>- problemem dla seniorów jest trudna dostępność opieki lekarskiej w domu (niezwykle trudno zamówić lekarza na wizytę domową), jak również niskie kompetencje personelu medycznego;</p> <p>- istotnym problemem jest opieka nad seniorem sprawowana przez członków rodziny. Wynika ona z coraz „gorszych” relacji w rodzinach, braku czasu wśród młodego pokolenia oraz emigracji;</p>	<p>- opiekunowie seniorów wskazują na ograniczony dostęp do opieki domowej i rehabilitacji, który jest zdecydowanie niewystarczający w stosunku do istniejących potrzeb; podobnie negatywne opinie zgłoszono w stosunku do systemu opieki zdrowotnej, który cechuje przede wszystkim brak lekarzy, długie kolejki do lekarzy specjalistów oraz długi czas oczekiwania na zabiegi;</p> <p>- problemem jest niewystarczająca w stosunku do rzeczywistych potrzeb liczba lekarzy specjalistów z zakresu geriatricy; -wiele do życzenia pozostawia ponadto podejście do seniorów w przychodniach POZ, gdzie są traktowani mało empatycznie, jak również są dyskryminowani ze względu na wiek;</p> <p>- opiekunowie oceniają, że opieka rodzinna wobec seniorów jest sprawowana na niewystarczającym poziomie; członkowie rodzin rzadko, zdaniem opiekunów, spędzają czas ze starszymi osobami, rozmawiają czy udzielają im wsparcia psychicznego;</p> <p>- z uwagi na trudności w dostępie do fachowej opieki często najlepszym rozwiązaniem zarówno dla samego seniora, jak i jego rodziny jest zamieszkanie w domu opieki;</p>	<p>- wg przedstawicieli urzędników i środowiska medycznego problemem jest trudność w dostępie do rehabilitacji; w sytuacji długiego oczekiwania na wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych, niekiedy okazują się po prostu zbędne i nie przynoszą zamierzonych efektów;</p>

Działania informacyjno-promocyjne stosowane wobec seniorów

SENIORZY	OPIEKUNOWIE	URZĘDNICY
SPOSOBY INFORMOWANIA SENIORÓW O AKCJACH PROFILAKTYCZNYCH/ZDROWOTNYCH		
<p>- w opinii samych seniorów są oni grupą, do której łatwo dotrzeć w formie akcji profilaktycznych, promujących np. odpowiednie postawy prozdrowotne. Planując rozmieszczenie materiałów promocyjnych należy brać przy tym pod uwagę miejsca, które najczęściej są odwiedzane przez starsze osoby oraz źródła przekazu z których przeważnie korzystają. Są to przede wszystkim punkty opieki zdrowotnej, telewizja, radio, tablice z ogłoszeniami, ale także przez listonosza czy w parafiach;</p> <p>- seniorzy wskazują, że zaproszenia do udziału w akcjach profilaktycznych mogłyby przychodzić do nich pocztą lub były przekazywane telefonicznie (w tym SMS); w ten sposób zaproszenie na badanie mające bardziej zindywidualizowaną formę nie zniknie pomiędzy innymi reklamami i ulotkami;</p> <p>- specyfika życia seniorów z którą wiążą się częste wizyty u lekarzy sprawia, że dobrym miejscem do prowadzenia akcji informacyjnych są właśnie wszelkiego rodzaju poradnie i apteki; dla seniorów cenne i wiarygodne są także informacje pochodzące od osób cieszących się zaufaniem seniorów bądź mających w ich oczach autorytet: lekarzy, księży czy osób bliskich.</p>	<p>- wg opiekunów ważnym przebiegiem informacji powinien być lekarz pierwszego kontaktu oraz przychodnia rejonowa; dodatkowo opiekunowie rekomendują, że to POZ-ty powinny prowadzić wywiady środowiskowe z seniorami w swoim rejonie, aby diagnozować ich potrzeby;</p>	

Szczególne potrzeby seniorów

Ponieważ podmiotem niniejszego badania byli seniorzy, warto wskazać i podkreślić ich szczególne potrzeby i opinie wyrażone w rozmowach badawczych.

Seniorzy zdecydowanie opowiadają się za koniecznością funkcjonowania systemu opiekunów – twierdzą, że taka opieka jest niezbędna i coraz więcej jest osób, które potrzebują tej pomocy. Deklarują także pomoc wzajemną w środowisku, ale wskazują, że taka pomoc może stanowić uzupełnienie opieki fachowej (opiekunek lub opiekunów). Seniorzy oceniają, że opiekunowie osób starszych nie posiadają kwalifikacji i umiejętności oraz wiedzy w zakresie urazów i profilaktyki, oraz że te osoby nie są przygotowane do takiej opieki - często są to osoby przypadkowe. Seniorzy uważają, że osoby zatrudnione jako opiekunowie powinny mieć do tego zawodu predyspozycje, przejść przeszkolenie w zakresie opieki i udzielania pierwszej pomocy, oraz że ich praca powinna być monitorowana. Seniorzy uważają, że system opieki nie jest odpowiednio dostosowany do potrzeb pacjenta geriatrycznego, zwłaszcza obłożnie chorego, szczególnie w zakresie braków w finansowaniu, co więcej nie znają rozwiązań w zakresie systemu pomocy dla pacjenta geriatrycznego w domu. Ich zdaniem sposobem na rozwiązanie tego problemu jest przeznaczenie większych środków finansowych na ten cel. Jako istotny problem, seniorzy wskazują, że ich dochody są daleko niewystarczające, aby opłacić fachową pomoc w przypadku choroby. Podkreślają także, że w ich ocenie rehabilitacja jest kosztowna, a finansowana przez państwo - mało dostępna. Seniorzy oceniają, że brakuje skoordynowanej opieki instytucjonalnej, oraz że nie mogą liczyć na wsparcie rodziny (brak solidarności międzypokoleniowej); wskazują na konieczność kształtowania postaw wobec starości już w młodym wieku i podkreślają, że często czują się wykluczeni. Seniorzy twierdzą, że działania promocyjne i przekaz edukacyjny kierowany do osób starszych, materiały promocyjne, gadżety dla osób 60+ nie są praktycznie oferowane, a jeżeli tak – to uzależnione są od udziału w spotkaniach promocyjnych. Seniorzy oczekują, że zadania w zakresie profilaktyki przeciwapadkowej powinien realizować lekarz w bezpośrednim kontakcie z seniorem.

Seniorzy wiedzą o niektórych ułatwieniach i sprzętach życia codziennego, które pomagają zachować sprawność, ale wskazują, że dostęp do informacji o tym jest ograniczony - nie są im znane standardy w zakresie profilaktyki i postępowania przeciwapadkowego. Uważają, że aktywność fizyczna i ćwiczenia poprawiają

kondycję i przedłużają życie, a taka aktywność zapobiega urazom; uważają, że kontakt z przyrodą zachęca do aktywności fizycznej, niemniej istotna jest także osobista motywacja – za najlepszą formę aktywności uważają gimnastykę i wyjazdy do sanatorium w gronie przyjaciół.

Seniorzy mają świadomość ryzyka urazów przy pracach domowych oraz znają sposoby na zmniejszanie tego ryzyka w postaci różnych ułatwień i dostosowań w mieszkaniach, niemniej jednak potrzebują instruktażu w obsłudze tych ułatwień - obawiają się urazów. Dodatkowo wskazują, że podstawowe ograniczenia w aktywności to bariery architektoniczne (tzw.: „więźniowie czwartego piętra”), nierówne chodniki, brak podjazdów, niedostosowanie budynków użyteczności publicznej oraz środków komunikacji miejskiej. Seniorzy oceniają, że konieczne jest wprowadzenie dodatkowych rozwiązań do mieszkań osób starszych, a także instruktaż seniorów w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego pod kątem bezpieczeństwa.

Seniorzy oceniają, że opieka zdrowotna nie jest w zakresie opieki nad osobami starszymi dostatecznie rozwinięta, a głównym powodem jest zbyt niskie finansowanie - oceniają, że w Polsce istnieją zaniedbania w porównaniu np.: z krajami skandynawskimi, gdzie opieka nad seniorami jest na wysokim poziomie.

Seniorzy wskazują, że brakuje koordynacji opieki (ochrona zdrowia i polityka społeczna) oraz podział środków jest istotnym powodem niedociągnięć w systemie działania państwa w stosunku do osób starszych.

III. Rekomendacje

W wyniku przeprowadzonych w ramach projektu działań, w szczególności debaty oraz badań fokusowych, sformułowano następujące rekomendacje:

- 1) Rekomenduje się ujednoczenie oraz aktywne stosowanie długofalowej polityki senioralnej wraz ze zmianą modelu opieki nad seniorami.
- 2) Rekomenduje się wdrożenie jednolitego systemu opieki nad seniorem z koordynacją opieki domowej i środowiskowej w ramach ciągłości opieki, z uwzględnieniem nowej formy opieki przejściowej (między szpitalem a placówką opieki stacjonarnej) oraz nowymi formami opieki (rodzinne domy seniora).

3) Niezbędne jest ukierunkowanie polityki senioralnej na wielowymiarowość opieki - interwencje w wymiarze fizycznym, poznawczym, socjalnym i funkcjonalnym.

4) Rekomenduje się rozwijanie pozainstytucjonalnych i samopomocowych form usług opiekuńczych oraz zapewnienie do nich dostępu, niezależnie od miejsca zamieszkania i od wskaźnika odsetka osób starszych.

5) Rekomenduje się podjęcie intensywnych działań w celu zwiększenia kadry geriatrów i liczby oddziałów geriatrycznych, a także wzmocnienie i poszerzenie działań w zakresie opieki nad pacjentami cierpiącymi na choroby neurodegeneracyjne.

6) Rekomenduje się wzmocnienie działań koordynacyjnych terapii ambulatoryjnej i domowej z wiodącą rolą lekarza geriatry i odpowiednim wykorzystaniem pielęgniarek geriatrycznych.

7) Rekomenduje się podjęcie działań w kierunku poprawienia finansowania opieki nad seniorami, zwłaszcza poprzez koordynację opieki zdrowotnej i socjalnej, w tym lepsze wystandaryzowanie i usprawnienie mechanizmów finansowania usług stacjonarnych.

8) Rekomenduje się wsparcie polityk lokalnych tak, aby dzięki tym działaniom seniorzy byli w stanie funkcjonować samodzielnie i „pozainstytucjonalnie”, tzn. w domach swoich i rodziny, unikać hospitalizacji o ile nie jest ona absolutnie niezbędna – rekomenduje się zwłaszcza uwzględnienie zadań polityki senioralnej w zadaniach własnych gminy w celu aktywizacji społeczności lokalnych w opiece nad seniorami.

9) Koniecznym jest poprawienie finansowania rehabilitacji ukierunkowanej na choroby typowe dla wieku podeszłego.

10) Rekomenduje się wypracowanie nowych i wykorzystanie dostępnych narzędzi w celu optymalizacji finansowania opieki nad seniorami.

11) Rekomenduje się wzmocnienie roli specjalistów zdrowia publicznego jako menadżerów w ochronie zdrowia.

12) Konieczne jest wzmocnienie rozwoju i szkolenia personelu opiekuńczego oraz zastosowanie narzędzi w celu stałego powiększania wykwalifikowanej kadry.

13) Rekomenduje się wzmocnienie działań edukacyjnych w zakresie prewencji, profilaktyki urazów doznawanych przez osoby starsze, w tym wypracowanie standardów w tym zakresie.

14) Rekomenduje się wprowadzenie ułatwień w celu wykorzystania elektronicznych narzędzi informacyjnych i technologii, celem wdrażania optymalnych rozwiązań w zakresie opieki zintegrowanej.

15) Rekomenduje się wyposażenie placówek opieki stacjonarnej dla seniorów w sprzęt teleinformatyczny, zwłaszcza sprzęt mający zastosowanie w ramach

procedur ratunkowych w celu optymalizacji opieki.

16) Rekomenduje się poprawienie systemu przekazywania informacji skierowanych do seniorów na temat ułatwień i sprzętów życia codziennego, które pomagają zachować sprawność oraz poprawiają bezpieczeństwo i mobilność.

17) Konieczna jest skoordynowana edukacja, wczesna profilaktyka i sprawliwy dostęp do ochrony zdrowia co jest kluczem do wydłużania samodzielności seniorów.

18) Konieczne jest włączenie społeczne osób starszych we wdrażanie rozwiązań prawnych i praktycznych w kształtowaniu zdrowego i aktywnego starzenia oraz polityki senioralnej.

19) Niezbędne jest zwalczanie dyskryminacji ze względu na wiek oraz przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, której ofiarami są osoby starsze oraz wypracowanie standardów solidarności międzypokoleniowej w realizowanej polityce społecznej - rekomenduje się zwłaszcza poprawienie egzekwowania praw seniorów – do opieki, bezpieczeństwa i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu.

20) Rekomenduje się stały monitoring barier architektonicznych oraz podejmowanie stałych działań w celu ich eliminacji.

W przygotowaniu powyższych rekomendacji uwzględniono postulaty wszystkich interesariuszy.

