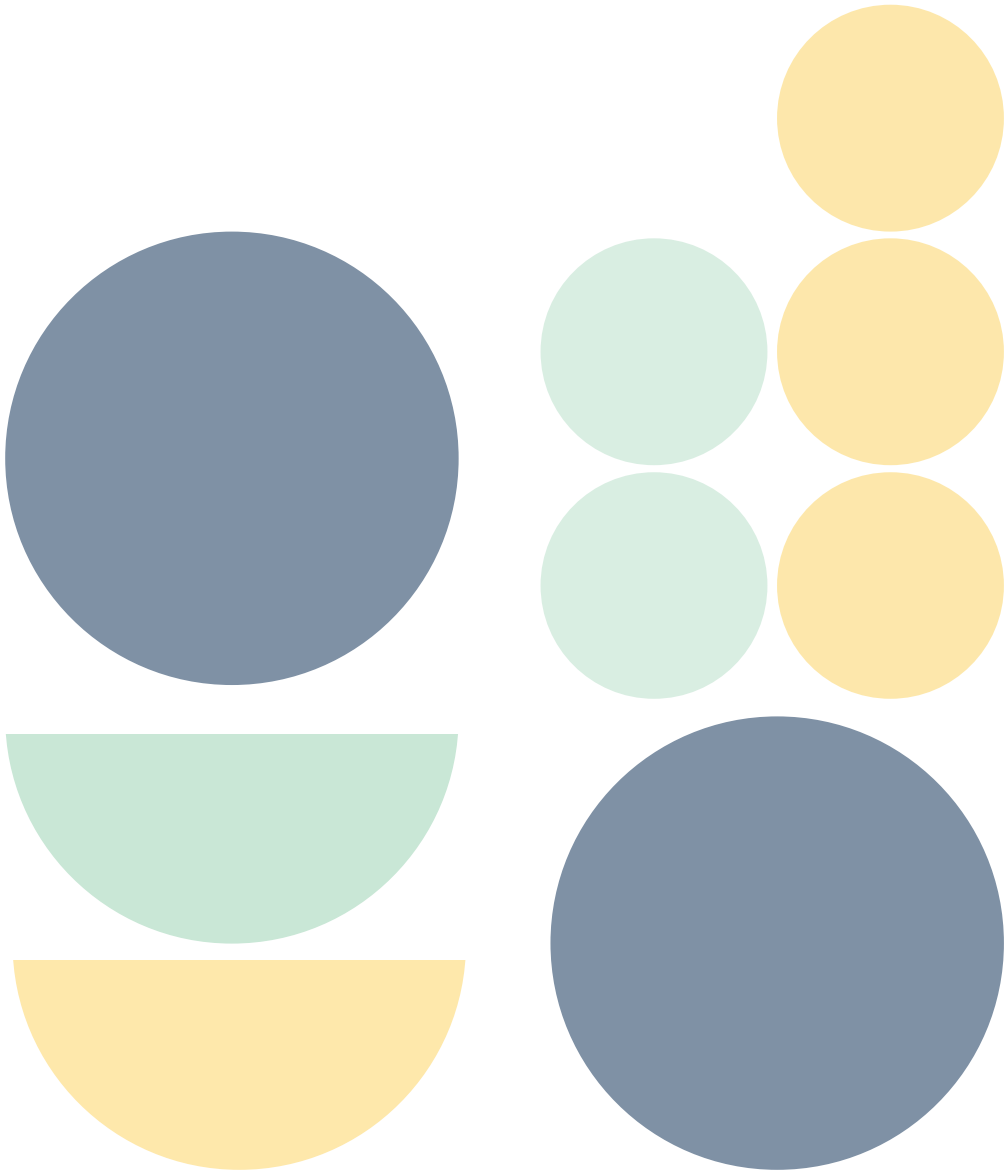
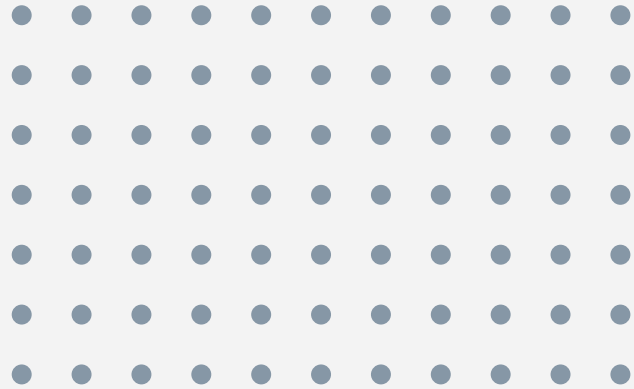


Przyszłość opieki długoterminowej w Polsce

Raport z badania
Sopot/Warszawa, 21 sierpnia 2023 r.



Spis treści



Informacje o badaniu



Wnioski i rekomendacje



Postrzeganie przyszłości



Ocena stanu zdrowia



Oczekiwania wobec opieki długoterminowej



Ocena systemu/ regulacji prawnych opieki długoterminowej oraz oczekiwania względem niej



Otrzymywanie pomocy



Świadczenie pomocy przez opiekunów nieformalnych



Świadczenie pomocy przez opiekunów formalnych



Ocena warunków i narzędzi pracy opiekunów formalnych

Informacje o projekcie



Cel badania

Określenie aktualnych oraz przyszłych potrzeb w zakresie opieki długoterminowej w Polsce, ocena aktualnej sytuacji oraz wskazanie aspektów wymagających poprawy.



Metodologia

Badanie realizowane w oparciu o dwa moduły badawcze:

- Moduł jakościowy – badanie wśród opiekunów (formalnych oraz nieformalnych),
- Moduł ilościowy – badanie na próbie ogólnopolskiej.



Termin realizacji

Czerwiec - lipiec 2023 r.



Zamawiający

World Bank



Wykonawca

Agencja badawcza PBS Sp. z o.o.

Wprowadzenie do metodologii badania jakościowego

Każde badanie naukowe obciążone jest ryzykiem błędnego rezultatu. To stwierdzenie należy do kanonu podstawowych zasad metodologicznych (Kamiński, 1989; Taylor, 1995; Hajduk, 2011).

Wielkość próby może zarówno stanowić źródło błędów, jak i zabezpieczać przed błędnymi rezultatami badawczymi. Niekiedy więc mały jej rozmiar może ograniczać uchwycenie charakteru zjawiska. Jednak nawet bardzo liczna próba nie zastąpi starannie zaplanowanego doboru, który podnosi jakość uzyskiwanych danych, również wówczas, gdy rozmiar próby jest zdecydowanie niewielki.

Rozmiar próby w badaniach jakościowych, mimo że traktowany jako mający drugorzędne znaczenie, jest jednak przedmiotem pytań o charakterze zarówno praktycznym, jak i teoretycznym.

Generalnie też samo zagadnienie wielkości próby traktowane jest marginalnie, co nie powinno dziwić, gdy podstawowym dążeniem w badaniach jakościowych czyni się budowanie teorii możliwie bezpośrednio z dostępnych danych.

Źródło: Sławomir Pasikowski „Czy wielkość jest niezbędna? O rozmiarze próby w badaniach jakościowych”

Założenia badania jakościowego

Na etapie badania jakościowego zrealizowano **48 IDI on-line** (Indywidualnych wywiadów pogłębionych) **w podziale na 4 grupy docelowe po 12 IDI:**

Grupa A: formalni, instytucjonalni (stacjonarni) pracownicy opieki długoterminowej (w tym personel Domu Pomocy Społecznej, rodzinny dom opieki) personel Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego), personel Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego;

Grupa B: osoby świadczące opiekę długoterminową jednak w ramach współpracy z NGSosami (placówki finansowane ze środków prywatnych);

Grupa C: pracownicy formalnej opieki domowej opieki długoterminowej (w tym personel zapewniający opiekę w domu, np. pielęgniarki, pracownicy opieki społecznej, opiekunowie medyczni, asystenci osób niepełnosprawnych, fizjoterapeuci, psychologowie pracujący z pacjentami/klientami opieki długoterminowej, inni);

Grupa D: nieformalni opiekunowie długoterminowi: opiekunowie rodzinni, prywatni (otrzymujący wynagrodzenie od rodzin podopiecznych) oraz migranci.

Opieka formalna rozumiana jako grupy: A, B i C

Opieka nieformalna: grupa D

Badania jakościowe w przeciwieństwie do ilościowych nie są badaniami realizowanymi na próbie reprezentatywnej. Mogą być realizowane na relatywnie niewielkiej próbie badanych, ponieważ **analiza danych jakościowych ma charakter czysto analityczny** i nie jest przedstawiana w postaci wykresów i liczb.

W niniejszym badaniu, **w ramach każdej z wyżej opisanej grupy docelowej zrealizowano 12 wywiadów. Liczba ta daje merytoryczne podstawy do wnioskowania per grupa docelowa**, przy jednoczesnym optymalizowaniu kosztów projektu i czasu jego realizacji.

Metodologia modułu ilościowego badania

Założenia badania ilościowego

Badanie zostało zrealizowane na **próbie ogólnopolskiej, n=1000 wywiadów**, reprezentatywnej ze względu na podstawowe zmienne demograficzne:

- płeć
- wiek
- miejsce zamieszkania respondenta (województwo, typ/wielkość miejscowości)

Dodatkowo zrealizowano tzw. booster, dodatkową **podpróbę z osobami w wieku 45-60 lat, n=200** wywiadów. Booster również uwzględniał kwotowanie na płeć oraz miejsce zamieszkania respondenta.

Badanie zostało zrealizowane **techniką CAPI** – wywiadów f2f przeprowadzanych w miejscu zamieszkania respondentów, metodą doboru próby *random route*.

Wyniki z próby podstawowej oraz boostera zostały opatrzone wagą analityczną, tak aby możliwe było raportowanie zagregowanych wyników (n=1200) dla populacji ogólnopolskiej.

Dane pozyskane na etapie badania ilościowego pozwalają więc na wnioskowanie zarówno dla populacji ogólnopolskiej, informując o skali występowania zjawisk w społeczeństwie oraz w wybranych przełamaniach. Jeżeli w raporcie zaprezentowano przełamania przez określone zmienne demograficzne, i nie zaznaczono inaczej, oznacza to, że w danym przełamaniu występują **różnice istotne statystycznie**.



Wnioski i rekomendacje



Filar I – koordynacja usług między opieką zdrowotną, a pomocą społeczną (1/2)

- Wyniki badania ilościowego będące przesłanką do zaleceń dot. lepszej koordynacji usług między opieką zdrowotną, a pomocą społeczną.
- Polacy dostrzegają **problemy związane z dostępem do opieki długoterminowej w Polsce**, zwłaszcza tej finansowanej przez Państwo – tzw. „bezpłatnej”, większość z nich negatywnie ocenia takie aspekty systemu opieki długoterminowej w Polsce, jak:
 - dostęp do bezpłatnych usług rehabilitacyjnych
 - wysokość świadczeń dla osób z niepełnosprawnością i/lub niesamodzielnych
 - wsparcie finansowe dla opiekunów rodzinnych
 - poziom finansowania opieki długoterminowej przez państwo
 - dostęp do bezpłatnych usług opieki długoterminowej poza domem
 - pomoc finansowa umożliwiająca przystosowanie mieszkań dla osób wymagających opieki długoterminowej
 - możliwość łączenia świadczeń pieniężnych dla opiekuna osoby z niepełnosprawnością z wykonywaniem pracy zawodowej
- Osoby bardziej zaznajomione z systemem, widzą **konieczność wprowadzenia w pierwszej kolejności zmian dotyczących:**
 - wysokości świadczeń dla osób z niepełnosprawnością i/lub niesamodzielnych
 - dostępu do bezpłatnych usług całodobowej opieki długoterminowej poza domem, np. w domach pomocy społecznej
 - dostępu do płatnych usług opieki długoterminowej w miejsce zamieszkania, np. prywatny opiekun
 - poziomu finansowania opieki długoterminowej przez państwo
 - dostępu do usług opieki wytchnieniowej - opieki umożliwiającej odpoczynek opiekunowi od obowiązków związanych z opieką
 - pomocy finansowej umożliwiająca przystosowanie mieszkań dla osób wymagających opieki długoterminowej
 - możliwości łączenia świadczeń pieniężnych dla opiekuna osoby niepełnosprawnej z wykonywaniem pracy zawodowej
- Większość zadań opiekuńczych realizowana jest przez opiekunów nieformalnych, wywiady indywidualne w badaniu jakościowym wskazały na trudności z jakimi spotyka się ta grupa szukając informacji na temat możliwości pozyskania pomocy z systemu. Część ocen negatywnych może więc wynikać z braku dostępu do informacji na temat aktualnych możliwości systemu, a odpowiednia koordynacja usług mogłaby pomóc w dotarciu do nich.



- Co czwarty Polak (23%) jest zdania, że w przypadku lekkiego pogorszenia się stanu zdrowia, to publiczne instytucje ochrony zdrowia i pomocy społecznej powinny być odpowiedzialne za pomoc i opiekę. W przypadku umiarkowanego pogorszenia się stanu zdrowia już 38% Polaków oczekiwałoby pomocy od Państwa, a w sytuacji znacznego pogorszenia 68%.
- Równocześnie również 68% chciałoby, aby w sytuacji znacznego pogorszenia się stanu ich zdrowia, opieka długoterminowa była świadczona w ich domu, a tylko 15% wskazało na placówkę opieki całodobowej.
- Wskazuje to na konieczność podjęcia systemowych działań pozwalających na decentralizację, a w efekcie świadczenie większej liczby usług opiekuńczych w domach.
- Badanie jakościowe wykazało, że opiekunowie formalni świadczący usługi opiekuńcze w domach podopiecznych, mają relatywnie wysoki poziom satysfakcji z pracy, którą wykonują i chcą wykonywać ją w dalszym ciągu.
- Warto jednak wziąć pod uwagę, że w chwili obecnej wszyscy podopieczni niezależnie od stopnia niesamodzielności traktowani są przez system bardzo podobnie tzn. że opiekun ma spędzać tyle samo czasu u osoby niesamodzielnej fizycznie, co u podopiecznego poruszającego się samodzielnie.
 - Opiekunowie medyczni oczekiwaliby, żeby czas przyznawany na usługi opiekuńcze był zróżnicowany – decyzja systemowa bądź pozostawiana opiekunowi.
 - Brak zróżnicowania czasu przeznaczanego na usługi opiekuńcze powoduje, że opiekun medyczny spędza u podopiecznego więcej czasu niż powinien. Na podstawie wykazu karty pracy może odebrać nadgodziny w postaci dni urlopowych, jednak nie zmienia to faktu, że w danym dniu zaburza plan działania i powoduje opóźnienia czasowe (opiekun spóźnia się na umówioną godzinę do kolejnego podopiecznego).
- W kontekście wyników badania ilościowego należy pamiętać, iż deklaracje składały osoby zdrowe, które w tej chwili nie wymagają opieki. Mówią o swoich wyobrażeniach i o tym jak powinno być w przyszłości.
- Badanie jakościowe realizowane wśród opiekunów rodzinnych pokazuje, że nie wszyscy opiekunowie rodzinni chcą korzystać z oferty pomocowej w domu. O ile pielęgniarka środowiskowa, lekarz lub rehabilitant przychodzą do domu, bo tego wymaga stan podopiecznego, o tyle opiekunowie rodzinni mieszkający w trudnych warunkach domowych, świadczący opiekę samodzielnie nie chcą wpuszczać osób obcych (opiekunów medycznych) do swoich mieszkań.
- Stosunkowo często opiekunowie rodzinni wskazują na trudny charakter podopiecznego, który w okresie starości jeszcze się wzmocnił i sami podopieczni nie życzą sobie by w ich domach przebywały osoby obce.



- Opisywany, podczas wywiadów jakościowych, przez opiekunów formalnych zakres wykonywanych przez nich czynności opiekuńczych świadczy o tym, że już w tej chwili brakuje wykwalifikowanej kadry (co deklarują sami opiekunowie formalni).
- W ich ocenie brakuje przede wszystkim pielęgniarek, opiekunów medycznych, opiekunów socjalnych, rzadziej fizjoterapeutów i terapeutów zajęciowych.
- Jednak zdaniem opiekunów formalnych przede wszystkim należy uzupełnić braki kadrowe na stanowiskach:
 - **salowe** → najczęściej jest jedna salowa na oddział/ piętro, która pracuje w określonych godzinach (najczęściej 8 godzin). Liczba pacjentów na oddziale jest zbyt duża na jedną osobę, wobec czego często pielęgniarki, opiekunowie, rehabilitanci wykonują ich obowiązki (opróżnienie kaczki, prześcielenie łóżka)
 - **opiekunowie** → ze względu na niskie zarobki zawód, w którym wciąż poszukiwani są kompetentni pracownicy. Objęte badaniem pielęgniarki deklarują, że obserwują dość dużą rotację na tym stanowisku (szczególnie w ZOL, ZPO, DPS).
- Niski poziom wynagrodzenia nie zachęca do kształcenia się w kierunku pracy w usługach opieki długoterminowej. Dodatkowo praca ta postrzegana jest jako trudna i wyczerpująca fizycznie.
- Systemowe poszerzenie zakresu działań opiekunów medycznych w ocenie pielęgniarek jest bardzo pozytywną zmianą, która ma szansę odciążyć ich w pracy i zwiększyć prestiż opiekunów nadając im bardziej medyczny charakter.
- Zmiany w edukacji pracowników/opiekunów socjalnych tzn. dopuszczenie do wykonywania zawodu jedynie osób kończących studia na kierunku związanym z pracą socjalną (wcześniej również np. psychologów) w ocenie opiekunów socjalnych objętych badaniem, nie jest dobrą zmianą, gdyż ogranicza liczbę przyszłych pracowników.
- Opiekunowie rodzinni nie stanowią potencjału jako przyszła kadra świadcząca usługi opieki długoterminowej formalnej.
 - Są aktywni zawodowo i nie zamierzają się przekwalifikowywać tzn. rezygnować z dotychczasowej pracy i zostać opiekunem formalnym.
- Badanie ilościowe wykazało, że 39% Polaków przewiduje, iż będzie potrzebować opieki długoterminowej jeszcze przed 80 rokiem życia, a wsparcia na którymś etapie będzie wymagała większość z nas, co w kontekście starzejącego się społeczeństwa oznacza bardzo duże zapotrzebowanie na opiekunów formalnych jak i nieformalnych.
- Aktualnie 9% Polaków deklaruje, że świadczy usługi opiekuńcze na rzecz innych osób.



BRAKUJE EDUKACJI WŚRÓD MŁODEGO POKOLENIA NA TEMAT STARZENIA I OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI

Zarówno opiekunowie formalni, jak i nieformalni zauważają, iż młode pokolenie żyje w swoistej „bańce”, w której temat starości i odpowiedzialności za osoby starsze nie funkcjonuje.

Świadczenie długoterminowych usług opiekuńczych postrzegane jest jako trudna fizycznie praca, dość często nieprzyjemna ze względu na kwestie higieniczne, przy niskim poziomie wynagrodzenia.

Osoby młode nie chcą wykonywać zawodu związanego z higieną innych osób. W ocenie badanych wolą pracę w korporacjach, która będzie intratna finansowo.

Wobec powyższego wyraźnie widać potrzebę edukowania młodego pokolenia poprzez uświadomienie im, że proces starzenia dotyczy każdego – również ich.

OSOBY STARSZE MAJĄ PODOBNE POTRZEBY OPIEKUŃCZE JAK DZIECI, JEDNAK DZIECIOM POŚWIĘCA SIĘ WIECEJ UWAGI NIŻ SENIOROM I OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM

Osoby świadczące usługi opiekuńcze często zauważały, że ich podopieczni są jak małe dzieci (szczególnie niesamodzielne, cierpiące na Alzheimera, otępienie). Wymagają dużych pokładów wyrozumiałości, cierpliwości i empatii. Opiekunom rodzinnym brakuje wiedzy fachowej, literatury odnośnie

sprawowania opieki nad osobami cierpiącymi na tego typu jednostki chorobowe. Analizując wypowiedzi respondentów w badaniu jakościowym można wywnioskować, iż niewielu opiekunów nieformalnych poszukuje tego typu informacji i chce zwiększać zakres swoich kompetencji opiekuńczych, tłumacząc się brakiem czasu.

MYLNE POSTRZEGANIE ROLI OPIEKUNÓW FORMALNYCH I ZAKRESU ICH OBOWIĄZKÓW NIE ZACHĘCA DO PRACY W TYM OBSZARZE

Opiekunowie medyczni dość często spotykają się z opiniami wśród społeczeństwa, iż ich praca polega w głównej mierze na opiece nad osobami zaniedbanymi i koniecznością wykonywania przy nich czynności pielęgnacyjno-higienicznych. Dodatkowo osobom postronnym i opiekunom nieformalnym wydaje się, że bycie opiekunem nie wymaga posiadania formalnych kwalifikacji i specjalnego wykształcenia (każda osoba chcąca opiekować się drugim człowiekiem może to robić), co nie buduje prestiżu tego zawodu.

Na postrzeganie terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów wpływa typ placówki w jakiej pracują. Sam zawód wydaje się być atrakcyjny, jednak wykonywanie go w takich ośrodkach jak ZOL, ZPO, DPS nie cieszy się uznaniem (praca przy niskim poziomie wynagrodzenia z bardzo trudnymi ludźmi).

Badane pielęgniarki przyznają, że poważanie ich zawodu przez społeczeństwo na przestrzeni czasu uległo degradacji. Istotną rolę odegrała w tym procesie (w ich opinii) pandemia, w trakcie której były traktowane niegodnie pomimo narażania zdrowia i życia.



PRZYSZŁOŚĆ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE W OCENIE BADANYCH OPIEKUNÓW FORMALNYCH RYSUJE SIĘ W SZARYCH BARWACH

Wydaje się, że instytucje publiczne świadczące usługi opiekuńcze w chwili obecnej nie mają czym przyciągnąć nowych osób do pracy.

Braki kadrowe powodują, że opiekunowie formalni czują się przeciążeni pracą i wykonują ją z powołania i poczucia obowiązku.

Jeśli wykonywanie zawodu nie będzie związane ze zwiększeniem poziomu wynagrodzeń i sposobu dofinansowania placówek, to podobnie jak w chwili obecnej, usługi będą świadczyły „specyficzne” charakterologicznie osoby (z poczuciem powołania).

Część opiekunów formalnych tzn. młodych pielęgniarek (do ok 35 roku życia) biorących udział w badaniu, deklaruje chęć poszerzania swoich kwalifikacji zawodowych poprzez robienie specjalizacji, jednak nie w obszarze opieki długoterminowej, ale np. położnictwa. Nie oznacza, to że zrezygnują ze świadczenia usług opiekuńczych, ale zamierzają je mocno ograniczyć, co może wpłynąć negatywnie na dostępność kadry w ramach świadczenia długoterminowych usług opiekuńczych.

OPIEKUNOWIE NIEFORMALNI NIE STANOWIĄ POTENCJAŁU I DEKLARUJĄ BRAK CHĘCI DO PRZEKwalifikowania się na opiekunów formalnych

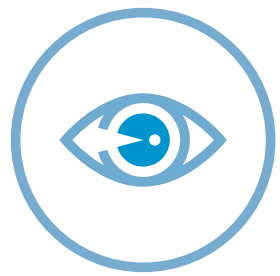
Bycie opiekunem nieformalnym (rodzinnym, OzN) w większości przypadków wynika z miłości do członka rodziny i jest wyrazem poczucia odpowiedzialności. Trudno w takiej sytuacji mówić o satysfakcji ze świadczonych usług oraz planach zawodowych w tym obszarze (opiekunowie podjęli się opieki bo uważali, że taki jest ich obowiązek).

Świadomie podjęli decyzję o pomocy/ zajęciu się potrzebującym członkiem rodziny, przy czym podkreślają, że nie była to dla nich łatwa decyzja i wiązała się z wieloma ograniczeniami.

Poczucie obowiązku spowodowało, że większość opiekunów rodzinnych w momencie przejmowania opieki nie rozważało skierowania członka rodziny do domu opieki (państwowego/prywatnego). Podjęli decyzję o przeorganizowaniu swojego dotychczasowego życia i podjęciu opieki w najlepszy w ich ocenie sposób.

Biorąc pod uwagę, że są aktywni zawodowo, a opieka jest trudna nie są zainteresowani kwestiami przekwalifikowania się.

Opiekunowie prywatni deklarują, że odpowiada im ustalanie warunków świadczenia usług bezpośrednio z rodziną podopiecznego. Poczucie decyzyjności i elastyczność są dla nich ważne i nie chcą wpadać w sztywne ramy systemu.



Postrzeganie przyszłości

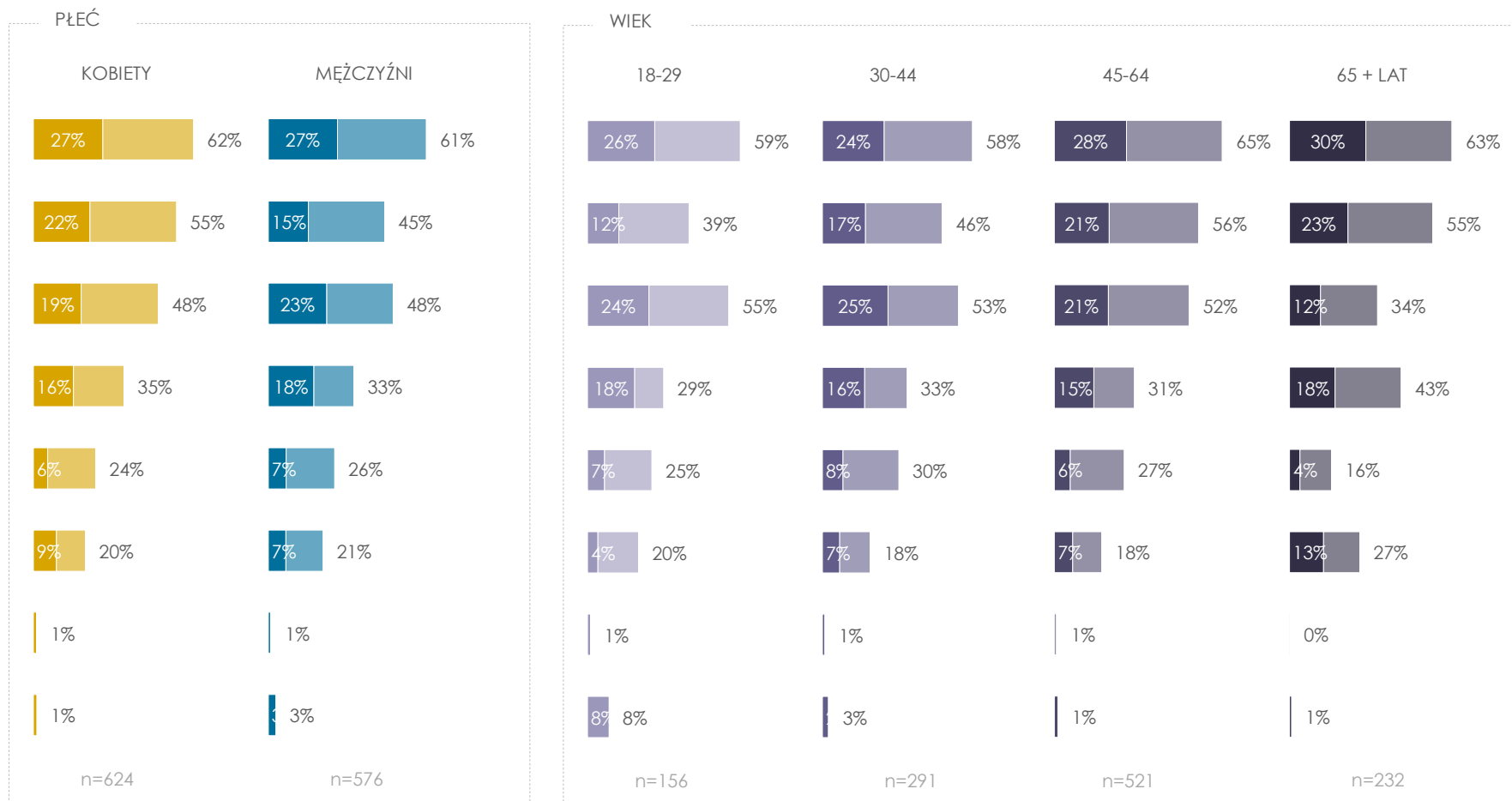
Pytanie: **Jak Pan(i) aktualnie wyobraża sobie starość?**

■ pierwsze wskazanie

■ wszystkie wskazania

Podstawa procentowania: wszyscy badani.

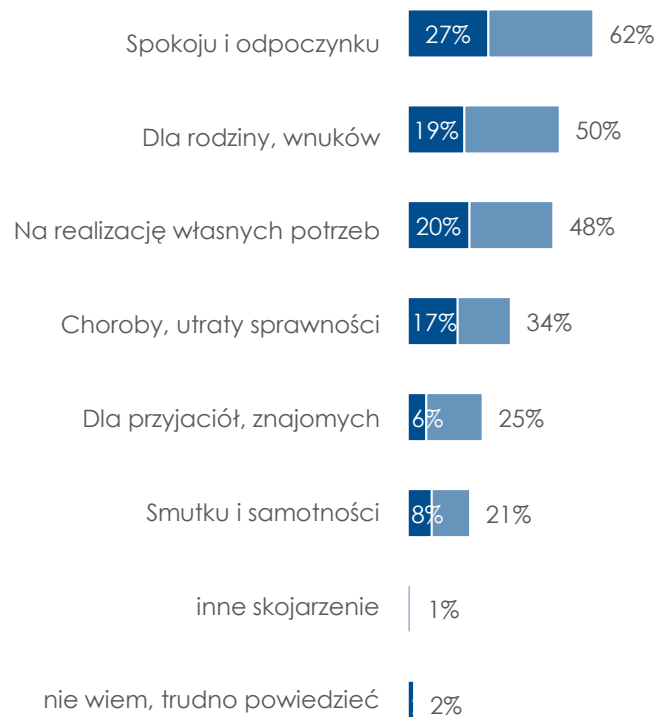
Starość to czas...



Pytanie: **Jak Pan(i) aktualnie wyobraża sobie starość?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.

Starość to czas... ■ pierwsze wskazanie ■ wszystkie wskazania



Polacy przeważnie pozytywnie postrzegają swoją przyszłość. Większość z nich wyobraża ją sobie jako czas spokoju i odpoczynku (60%), przestrzeń dla rodziny, wnuków (50%) oraz moment na realizację własnych potrzeb (48%). Wyobrażenia kobiet, częściej niż mężczyzn, dotyczą czasu spędzonego z rodziną (odpowiednio 55% i 45%).

Postrzeganie starości jako czasu spokoju i odpoczynku nie jest zróżnicowane w sposób istotny ze względu na płeć lub wiek badanych, wiek ma jednak wpływ na inne kwestie związane z postrzeganiem przyszłości.

Osoby z najstarszej grupy wiekowej (65+), częściej od pozostałych, postrzegają starość również jako czas choroby i utraty sprawności (43%), rzadziej natomiast jako moment na realizację własnych potrzeb (34%).



STAROŚĆ TO MIĘDZY INNYMI CZAS DLA RODZINY I WNUKÓW (OK. 45% BADANYCH), A JEDNAK I SAMOTNOŚĆ

Opiekunowie formalni instytucjonalni, świadczący usługi opiekuńcze w ramach DPS, ZOL, ZPO przyznają, że **większość ich podopiecznych** (przebywających stale w placówkach), **to osoby samotne, których rodzina nie jest zaangażowana w opiekę nad pacjentami.**

Zainteresowanie osób bliskich ogranicza się jedynie do wysłania kartek na święta, urodziny, bądź krótkich wizyt.

Osamotnienie osób starszych w percepcji opiekunów może wynikać z:

- faktu, że **rodzina przebywa stale za granicą** – szczególnie pacjenci mieszkający blisko wschodniej granicy Polski (wyjeżdżają do Niemiec)
- **nieodpowiedniego wychowania** – „widać czymś sobie zasłużyli, jeśli dzieci ich opuszczają”
- **braku rodziny** – współmałżonek zmarł, a dzieci nie ma, dalsza rodzina nie czuje się zobowiązana do opieki

Dla pacjentów, którymi rodziny się nie interesują lub interesują w minimalnym stopniu, większym wyzwaniem jest emocjonalne radzenie sobie z samotnością, niż praca nad utrzymaniem w dobrej kondycji fizycznej. Jak przyznają terapeuci zajęciowy i fizjoterapeuci pacjenci samotni stosunkowo często tracą wolę walki, a ich jakość życia na starość jest niska (mają poczucie, że źle wychowali swoje dzieci).

ZALEDWIE 30% BADANYCH SPODZIEWA SIĘ UTRATY ZDROWIA

Opieka nad osobą sprawną fizycznie, ale niesprawną intelektualnie jest znacznie większym wyzwaniem dla opiekunów formalnych, niż utrata wyłącznie sprawności fizycznej.

Rodziny poświęcające czas starszym członkom rodziny i dobrze sytuowane, najczęściej decydują się na bycie opiekunami nieformalnymi, lub w sytuacji gdy stan podopiecznego wymaga wykwalifikowanej, stałej opieki, korzystanie z usług prywatnych domów opieki długoterminowej.

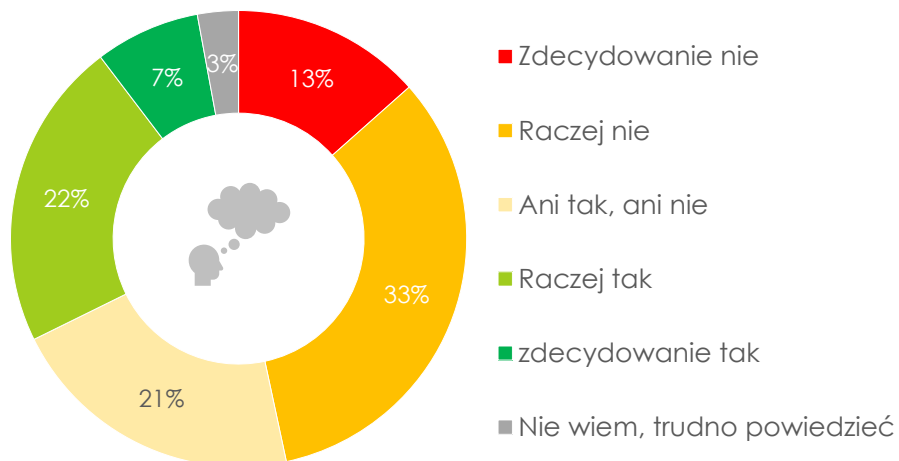
Umieszczenie osoby starszej do ośrodka prywatnego dla tych osób nie oznacza braku kontaktu i zainteresowania. Nie wynika ze złej woli, a bardziej troski o stan zdrowia starszego członka rodziny.

UTRATA ZDROWIA W PODESZŁYM WIEKU NIE JEST TYM, CZEGO SPODZIEWA SIĘ WIĘKSZOŚĆ MŁODEGO POKOLENIA

Starość w percepcji młodych osób, to czas spokoju i relaksu (27%), a także okres realizacji własnych celów/ planów (20%). Zaledwie 17% badanych dostrzega, iż starość to również choroby i utrata sprawności. Opiekunowie formalni zauważają, że młode pokolenie nie jest wychowywane w nurcie dbałości i poważania osób starszych, którymi każdy z nich kiedyś będzie.

Pytanie: **Czy boi się Pan(i) myśleć o swoim starzeniu się?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



29% Polaków boi się myśleć o swoim starzeniu się. Częściej obawy zgłaszają kobiety (33%) niż mężczyźni (25%). Występowanie obaw rośnie wraz z wiekiem: zgłasza je 15% osób z przed 30 rokiem życia i aż 41% z najstarszej grupy wiekowej (65+).

Obawy dotyczą przede wszystkim pogarszającego się zdrowia fizycznego i psychicznego (73%), ale również relatywnie często: kwestii finansowych (34%), utraty poczucia niezależności (34%), perspektywy utraty bliskich (32%), samotności/izolacji (28%) oraz braku możliwości robienia tego co się lubi (26%). Im starsza osoba, tym częściej wskazuje na obawy dotyczące pogarszającego się stanu zdrowia (81% w grupie 65+).

Pytanie: **Czy boi się Pan(i) myśleć o swoim starzeniu się?**

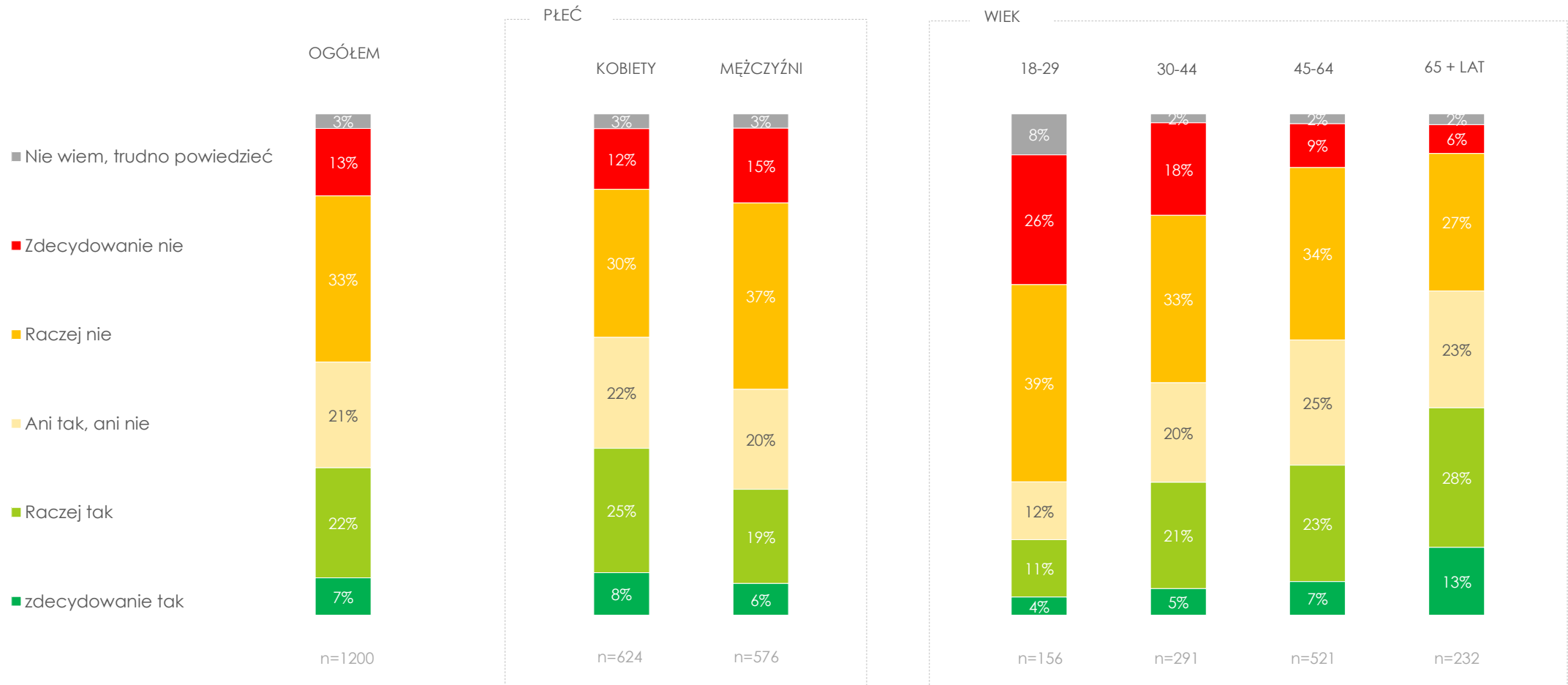
Podstawa procentowania: wszyscy badani.





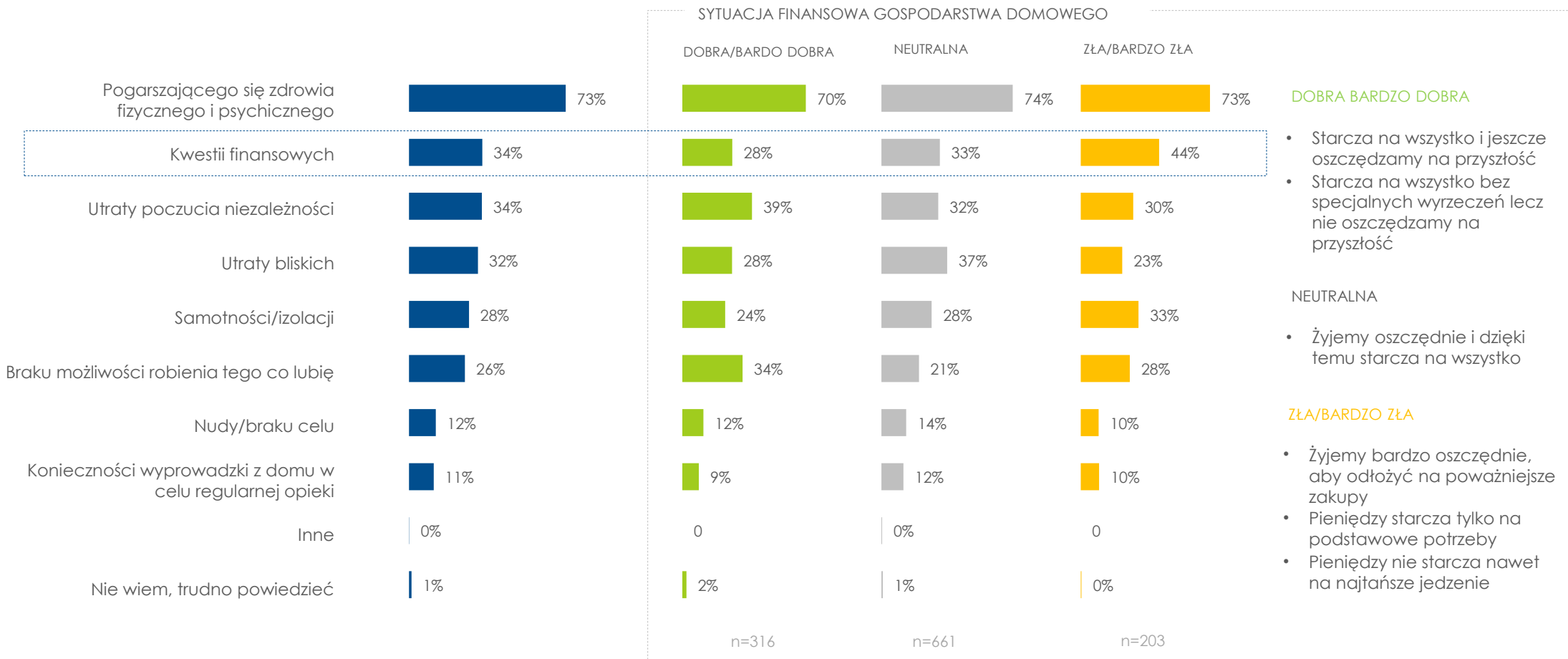
Pytanie: **Czy boi się Pan(i) myśleć o swoim starzeniu się?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



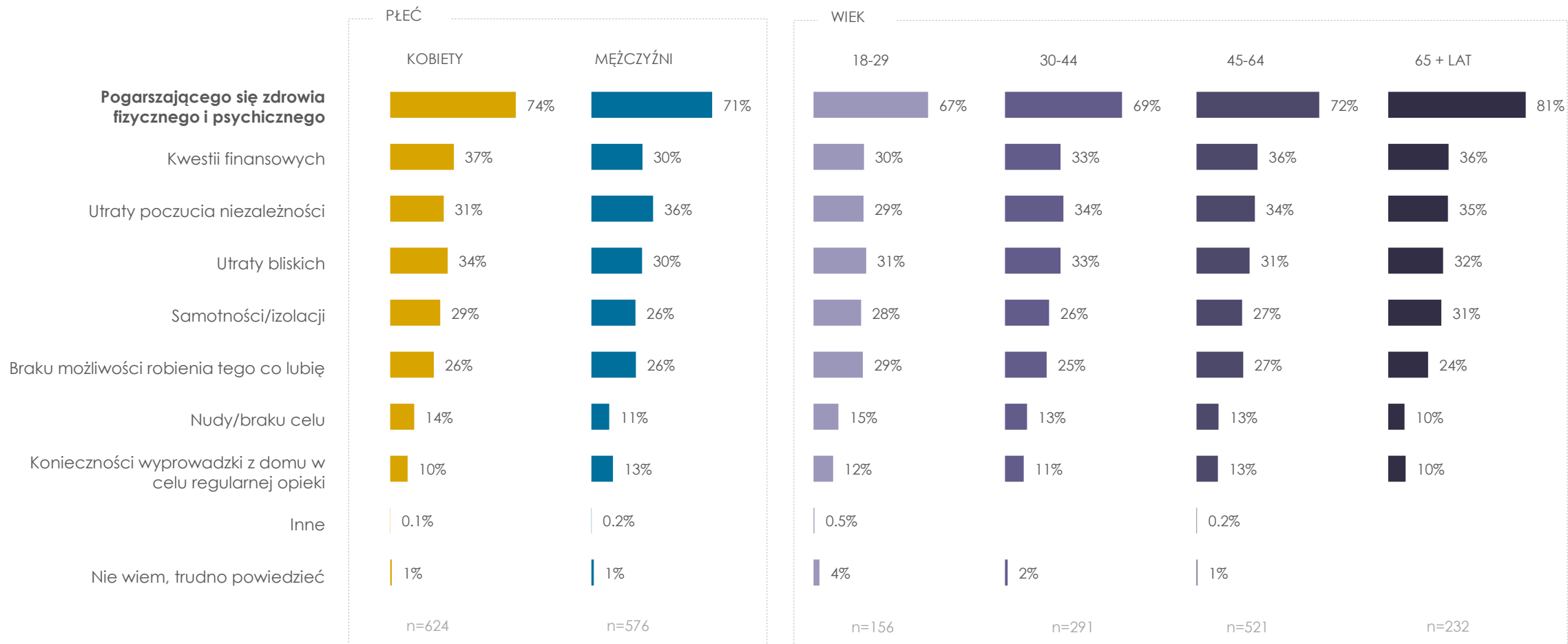
Pytanie: **Czego najbardziej się Pan(i) obawia/mógł(a)by się obawiać myśląc o swoim starzeniu się?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



Pytanie: **Czego najbardziej się Pan(i) obawia/mógł(a)by się obawiać myśląc o swoim starzeniu się?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.





Pytanie: **Których z aspektów pogorszenia się zdrowia obawia się Pan(i) najbardziej myśląc o swoim starzeniu się?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



Polacy zapytani o aspekty, których obawiają się w największym stopniu myśląc o własnym starzeniu się przede wszystkim wymieniają pogorszenie możliwości fizycznych (np. problemy z chodzeniem, wstawaniem czy utrata siły), obawia się tego dwie trzecie Polaków (67%).

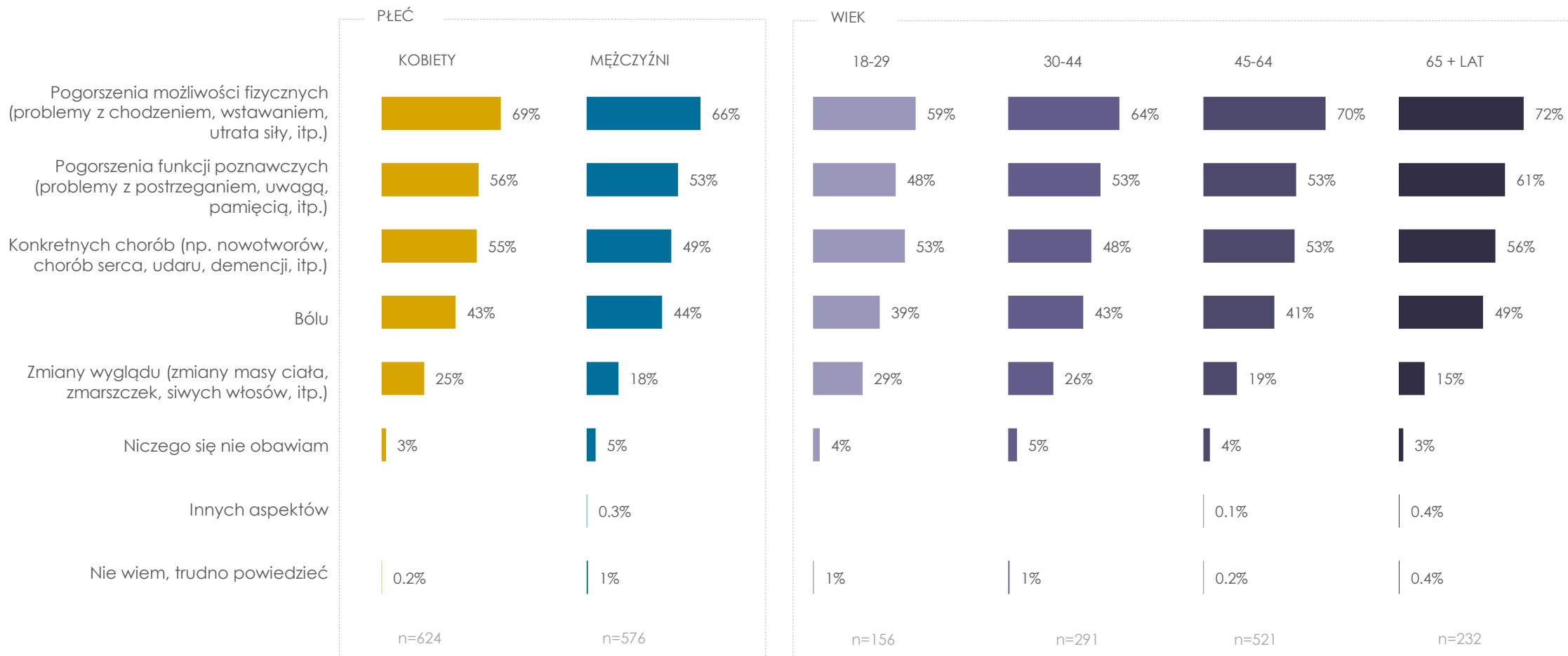
Ponad połowa badanych (54%) obawia się również pogorszenia funkcji poznawczych (problemów z postrzeganiem, pamięcią czy uwagą) oraz (52%) konkretnych chorób, takich jak nowotwory, choroby serca czy demencja.

Z wiekiem znacznie rośnie obawa przed bólem oraz przed utratą sprawności fizycznej, natomiast spada dyskomfort związany ze zmianą wyglądu.

Odsetek osób, które nie obawiają się niczego jest niski i wynosi 4%.

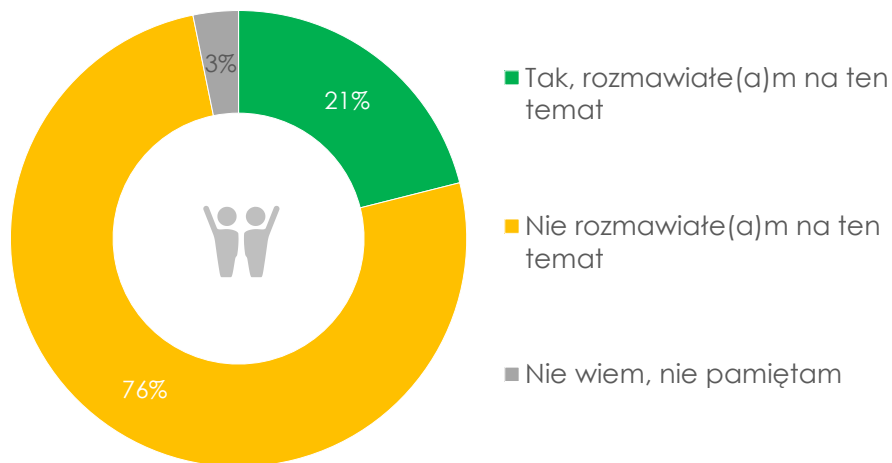
Pytanie: **Których z aspektów pogorszenia się zdrowia obawia się Pan(i) najbardziej myśląc o swoim starzeniu się?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



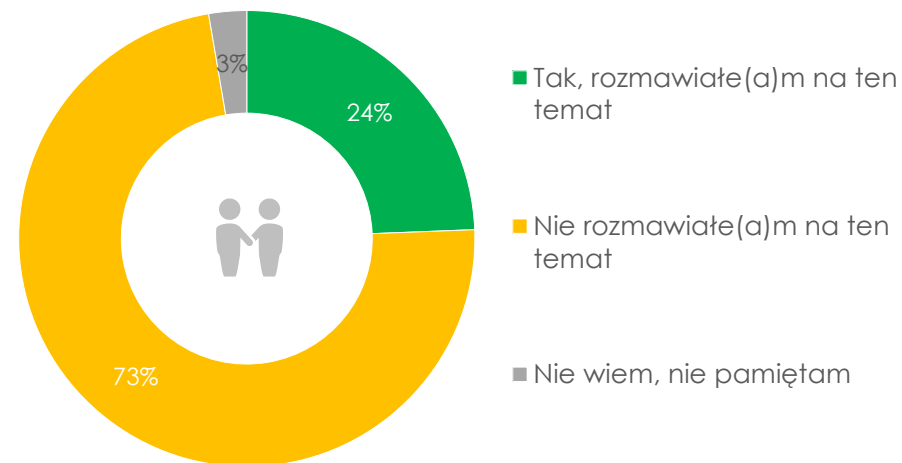
Pytanie: Czy kiedykolwiek omawiał(a) Pan(i) **kwestie związane ze starzeniem się i przyszłymi potrzebami opieki nad Panem(ią)** ze swoimi bliskimi (rodziną, przyjaciółmi)?

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



Pytanie: Czy kiedykolwiek omawiał(a) Pan(i) ze swoimi bliskimi kwestie związane ze **starzeniem się i przyszłymi potrzebami opieki nad innymi osobami z Pana(i) otoczenia?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



Pytanie: Czy kiedykolwiek omawiał(a) Pan(i) kwestie związane ze starzeniem się i przyszłymi potrzebami opieki nad Panem(ią) ze swoimi bliskimi (rodziną, przyjaciółmi)?

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



Pytanie: **Dlaczego nie rozmawiał(a) Pan(i) o starzeniu się i przyszłymi potrzebami opieki nad Panem(ią)? Proszę wskazać maksymalnie 3 powody.**

Odpowiadający: badani, którzy nie rozmawiali o własnym starzeniu się, n=940.



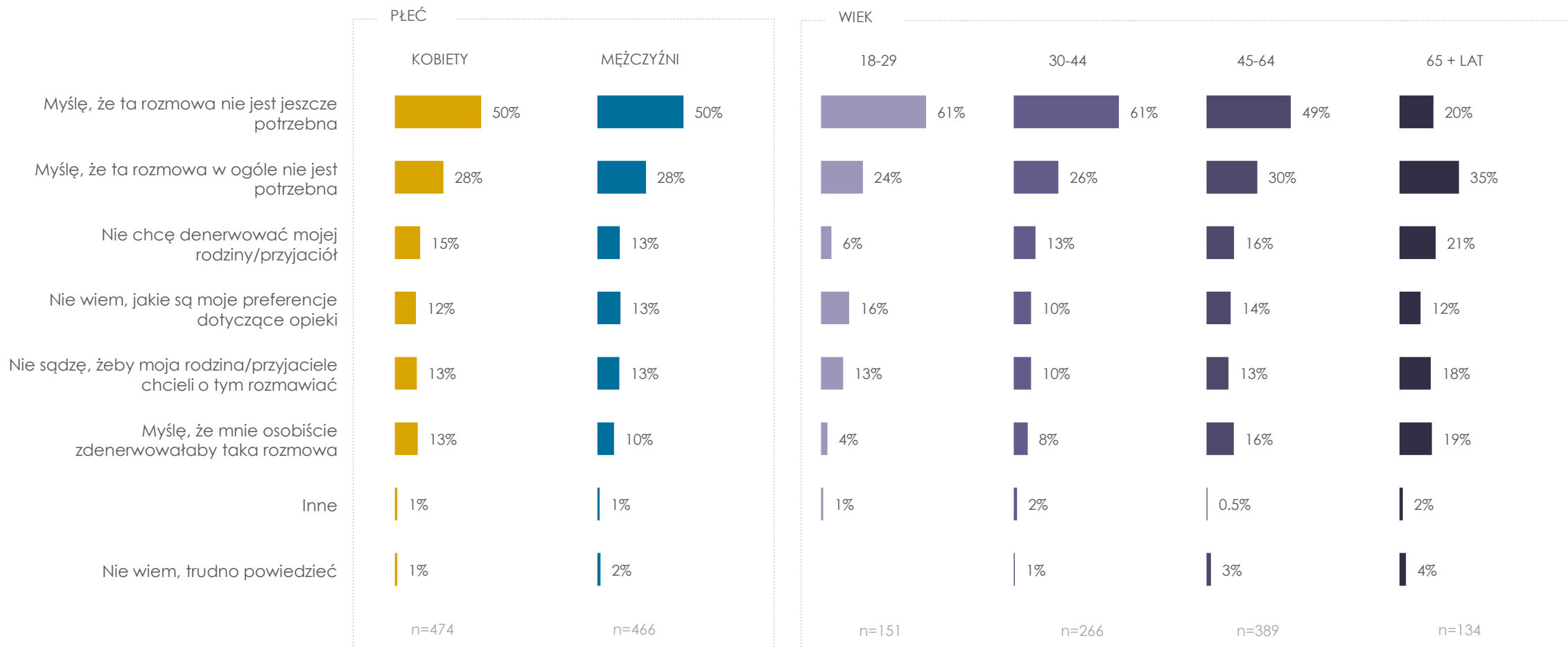
Jako główny powód braku rozmów z bliskimi na temat własnego starzenia się, Polacy najczęściej podają argument, że ich zdaniem taka rozmowa nie jest jeszcze konieczna (50% - ogół badanych, jednak wynik mocno zróżnicowany jest ze względu na wiek, wśród najstarszych osób powyżej 65 roku życia, już jedynie 20% uważa, że jest zbyt wcześnie na taką rozmowę).

Wśród osób nierozmawiających na ten temat, wraz z wiekiem rośnie przekonanie, że taka rozmowa w ogóle nie jest potrzebna (24% wśród najmłodszych i 35% wśród najstarszych).

Inne podawane powody to m.in. Niechęć do denerwowania bliskich (14%), brak wiedzy na temat własnych preferencji do opieki (13%) czy przekonanie, że rodzina i przyjaciele nie chcą rozmawiać na ten temat (13%).

Pytanie: **Dlaczego nie rozmawiał(a) Pan(i) o starzeniu się i przyszłych potrzebach opieki nad Panem(ią)? Proszę wskazać maksymalnie 3 powody.**

Odpowiadający: badani, którzy nie rozmawiali o własnym starzeniu się.



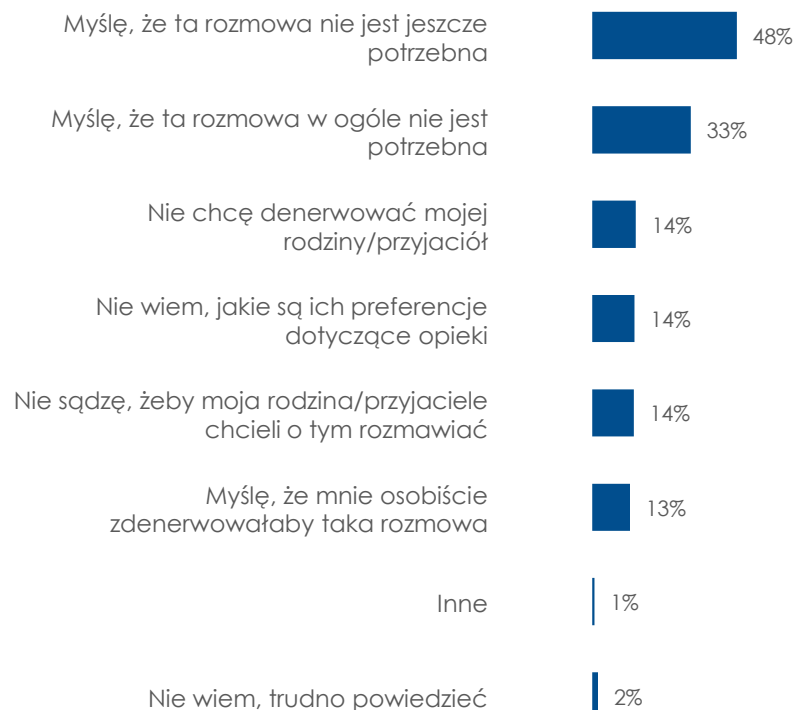
Pytanie: Czy kiedykolwiek omawiał(a) Pan(i) ze swoimi bliskimi **kwestie związane ze starzeniem się i przyszłymi potrzebami opieki nad innymi osobami** z Pana(i) otoczenia?

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



Pytanie: **Dlaczego nie rozmawiał(a) Pan(i) o starzeniu się i przyszłych potrzebach opieki nad osobami z Pana(i) otoczenia? Proszę wskazać maksymalnie 3 powody.**

Odpowiadający: osoby, które nie rozmawiały o starzeniu się i potrzebach opieki nad innymi osobami z otoczenia, n=899.



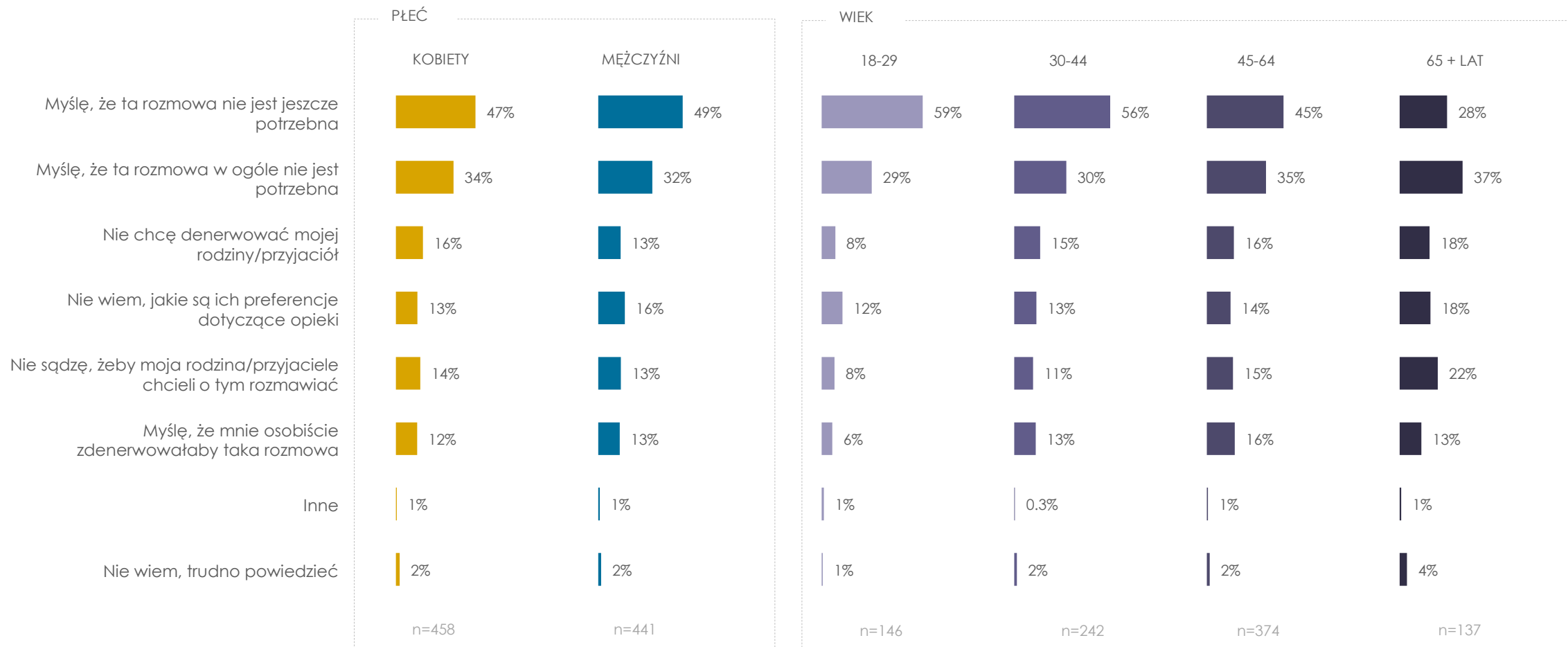
Główną barierą rozmów na temat starzenia się oraz przyszłymi potrzebami opieki nad osobami z naszego otoczenia, jest poczucie, że taka rozmowa nie jest jeszcze potrzebna – tak deklaruje prawie połowa (48%) osób, które nie poruszały jeszcze tego tematu.

Im starsza osoba, tym częściej rozmowy na ten temat są deklarowane, ale równocześnie w przypadku ich braku, częściej niż w przypadku młodszych osób, główną barierą ich występowania jest poczucie, że taka rozmowa w ogólnie nie jest potrzebna.

Im młodsze osoby, tym częściej deklarują, że taka rozmowa jeszcze nie jest potrzebna.

Pytanie: **Dlaczego nie rozmawiał(a) Pan(i) o starzeniu się i przyszłych potrzebach opieki nad osobami z Pana(i) otoczenia? Proszę wskazać maksymalnie 3 powody.**

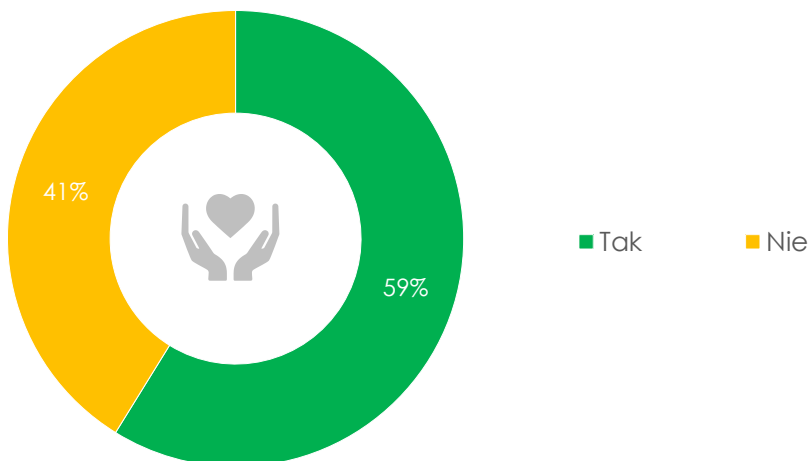
Odpowiadający: osoby, które nie rozmawiały o starzeniu się i potrzebami opieki nad innymi osobami z otoczenia.





Pytanie: **Czy podejmuje Pan(i) jakieś działania mające na celu jak najdłuższe pozostanie zdrowym, sprawnym i/lub niezależnym?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



Trzech na pięciu Polaków twierdzi, że podejmuje działania, które mają na celu jak najdłuższe pozostawienie ich w zdrowiu i sprawności. Podejmowanie takich działań, częściej deklarują kobiety oraz osoby starsze.

Działaniami, które są najczęściej podejmowane są: zdrowe odżywianie (66%), niepalenie wyrobów tytoniowych (58%) oraz podejmowanie aktywności fizycznej (58%). Prawie połowa podejmujących takie działania deklaruje również regularne wykonywanie badań, w celu monitoringu stanu zdrowia (48%), a nieco mniej unika spożycia alkoholu (41%).

Wraz z wiekiem znacznie spada procent osób, które podejmują aktywność fizyczną w celu przedłużenia czasu swojej sprawności (z 85% wśród osób w wieku 18-29 vs. 39% wśród 65 lat i więcej). Rośnie natomiast procent osób, które regularnie badają swój stan zdrowia (z 24% wśród osób w wieku 18-29 vs. 70% wśród 65 lat i więcej).



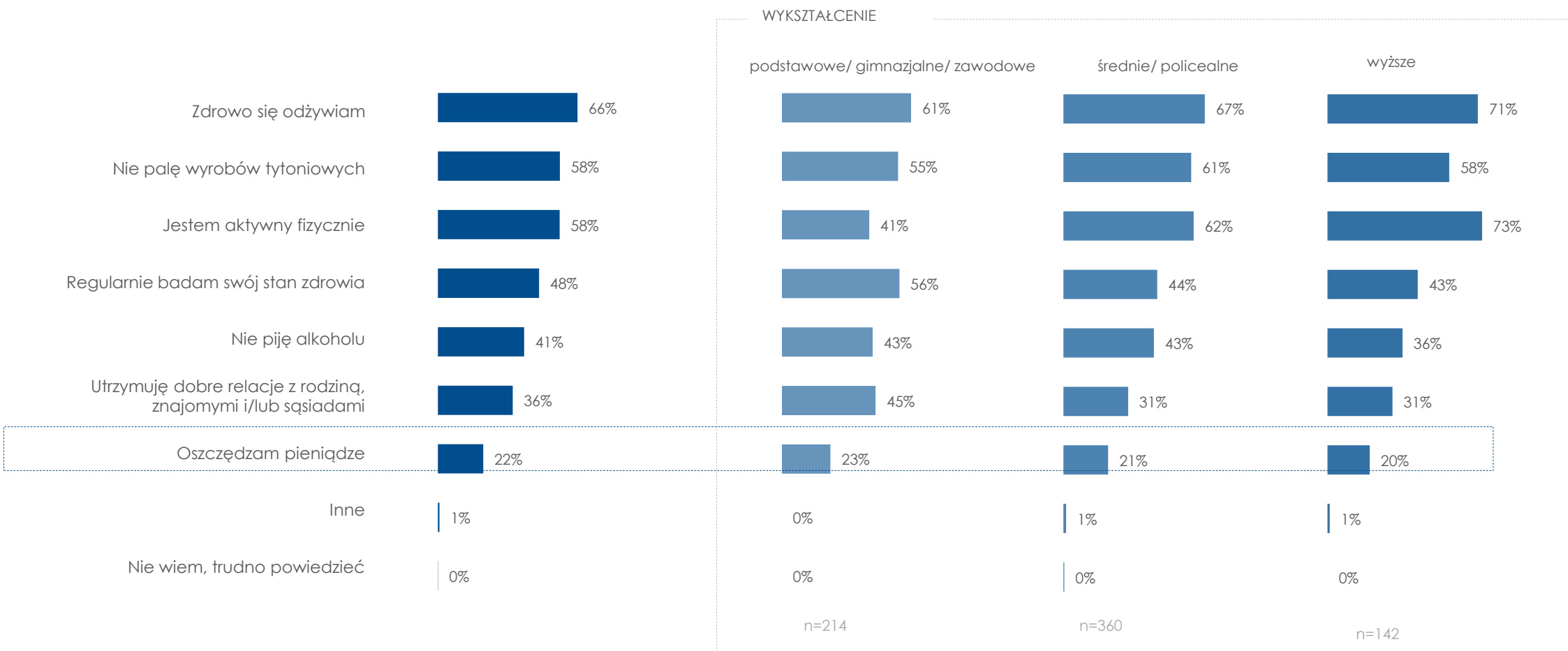
Pytanie: **Czy podejmuje Pan(i) jakieś działania mające na celu jak najdłuższe pozostanie zdrowym, sprawnym i/lub niezależnym?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



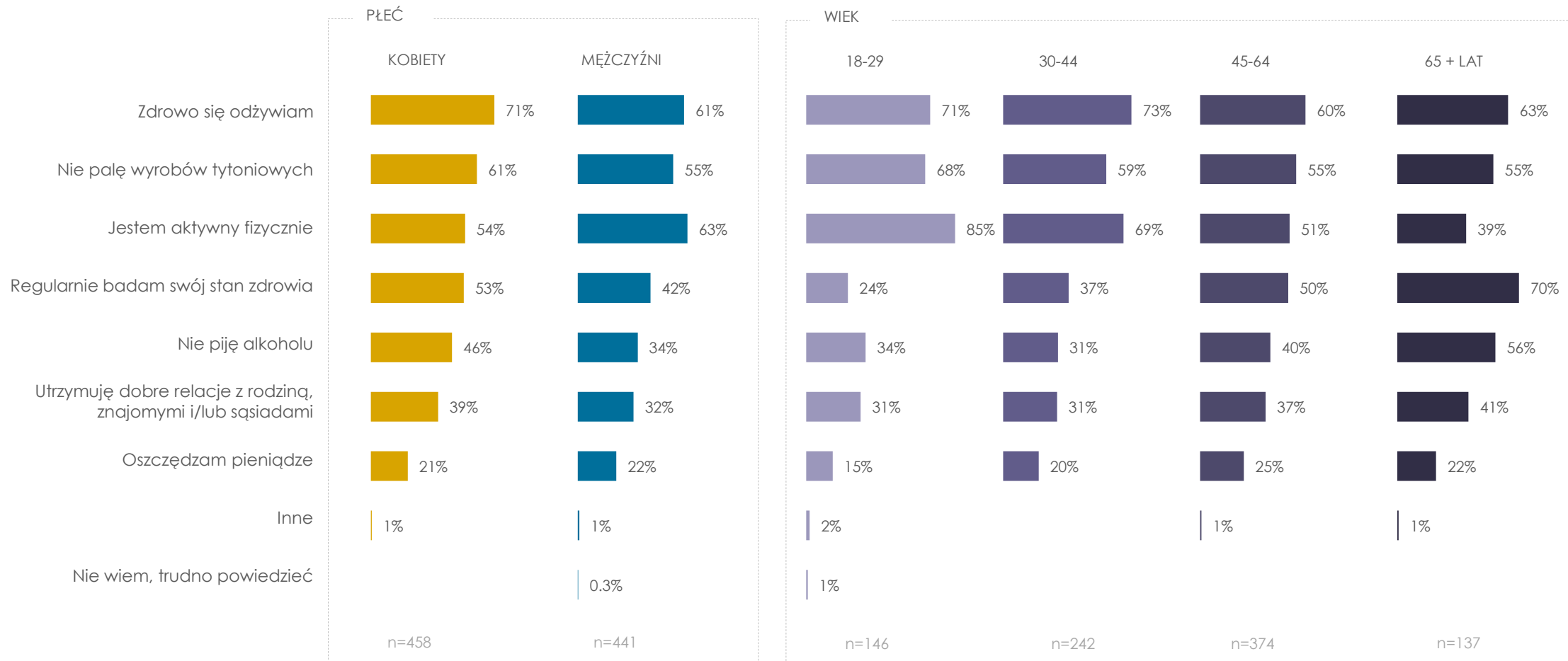
Pytanie: **Jakie są to działania?**

Odpowiadający: badani podejmujący działania mające na celu pozostanie zdrowym, niezależnym i sprawnym, n=716.



Pytanie: **Jakie są to działania?**

Odpowiadający: badani podejmujący działania mające na celu pozostanie zdrowym, niezależnym i sprawnym.



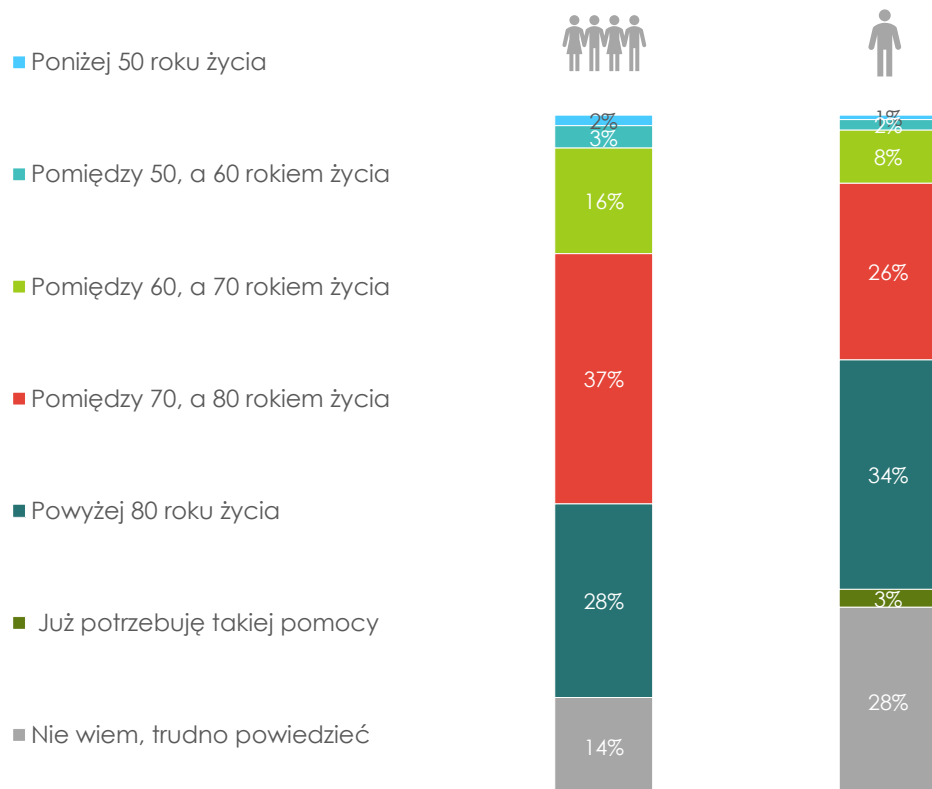


Pytanie: Jak Pan(i) myśli, **w jakim wieku zwykle ludzie zaczynają potrzebować regularnej pomocy** (opieki) ze stron osób trzecich, aby móc dalej sprawnie funkcjonować w otoczeniu i/lub we własnym domu?



Pytanie: Jak Pan/i myśli, **w jakim wieku Pan(i) zacznie potrzebować regularnej pomocy** (opieki) ze strony osób trzecich aby móc dalej sprawnie funkcjonować w otoczeniu i/lub we własnym domu?

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



Większość Polaków jest zdania, że ludzie zazwyczaj zaczynają potrzebować regularnej opieki pomiędzy 70, a 80 rokiem życia (37%) lub powyżej 80 roku życia (28%).

Młodzi ludzie częściej mają problem z określeniem tych dat i udzielają odpowiedzi „nie wiem, trudno powiedzieć”. Natomiast wraz z wiekiem respondentów rośnie również granica, którą uważają oni za moment, w którym ludzie zaczynają wymagać regularnej opieki od innych osób.

39% Polaków szacuje, że będzie potrzebować opieki długoterminowej jeszcze przed 80 rokiem życia.

Pytanie: Jak Pan(i) myśli, w jakim wieku zwykle ludzie zaczynają potrzebować regularnej pomocy (opieki) ze stron osób trzecich, aby móc dalej sprawnie funkcjonować w otoczeniu i/lub we własnym domu?

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



Pytanie: Jak Pan/i myśli, **w jakim wieku Pan(i) zacznie potrzebować regularnej pomocy** (opieki) ze strony osób trzecich aby móc dalej sprawnie funkcjonować w otoczeniu i/lub we własnym domu?

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



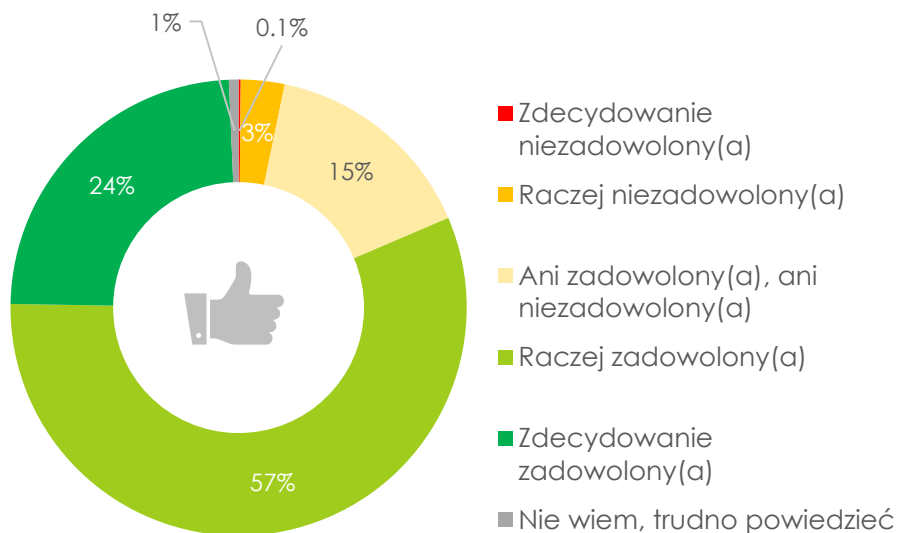


Ocena stanu zdrowia

Pytanie: **Myśląc o całości Pana(i) życia w ostatnim czasie, jak ocenia Pan(i) swój poziom zadowolenia z życia?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.

Proszę dokończyć zdanie – jestem....



Polacy w znacznej większości deklarują zadowolenie z życia (81%) w stopniu zdecydowanym bądź umiarkowanym. Jedyne bardzo niski odsetek badanych deklaruje brak zadowolenia z życia w ostatnim czasie (3%).

O ile pomiędzy płciami nie ma dużych różnic, to analizując wyniki ze względu na wiek łatwo zauważyć tendencję, że z wiekiem spada zadowolenie z życia. Aż połowa najmłodszych Polaków w wieku 18-29 lat to osoby zdecydowanie zadowolone z życia, wśród osób najstarszych mających 65 lat więcej, takich osób jest już jedynie 6%.

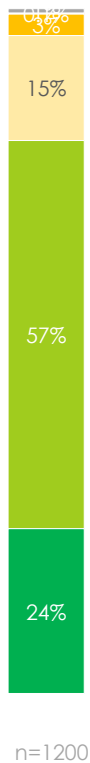
Procent osób niezadowolonych z życia również rośnie wraz z wiekiem i wśród osób powyżej 65 roku życia jest ich już ponad 7%.

Pytanie: **Myśląc o całości Pana(i) życia w ostatnim czasie, jak ocenia Pan(i) swój poziom zadowolenia z życia?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.

Proszę dokończyć zdanie – jestem.... OGÓŁEM

- Nie wiem, trudno powiedzieć
- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Ani tak, ani nie
- Raczej tak
- zdecydowanie tak

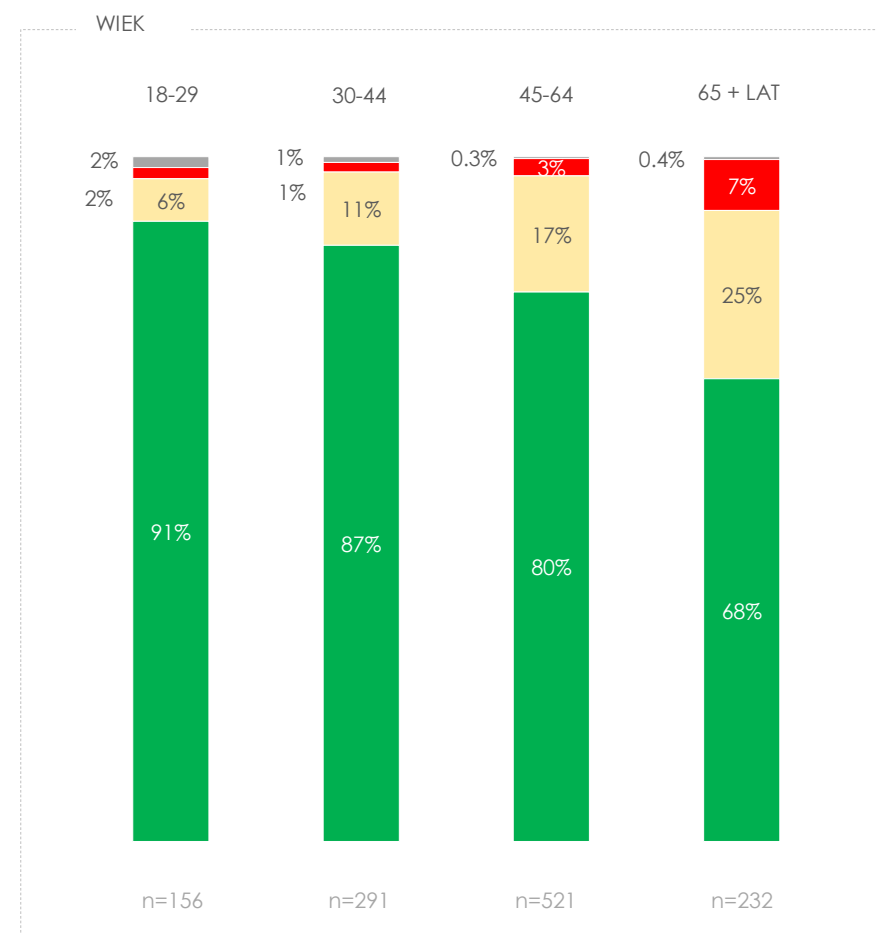
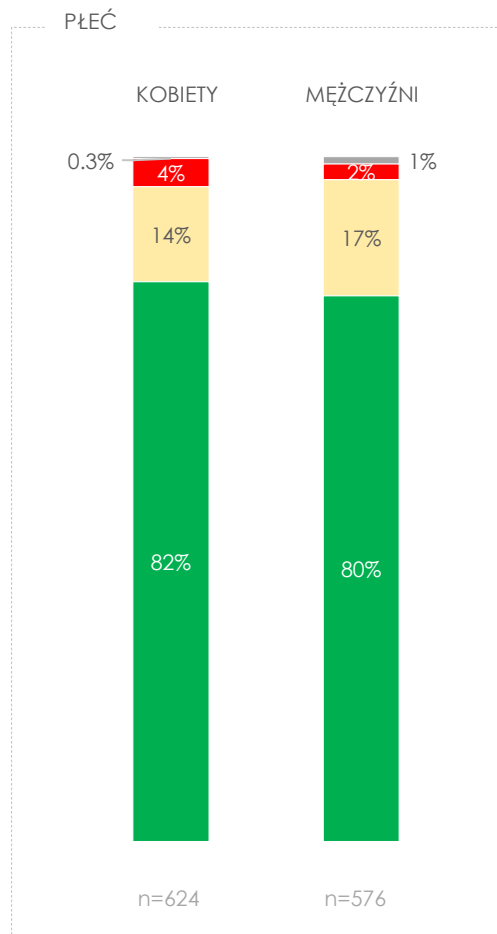




Pytanie: **Myśląc o całości Pana(i) życia w ostatnim czasie, jak ocenia Pan(i) swój poziom zadowolenia z życia?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.

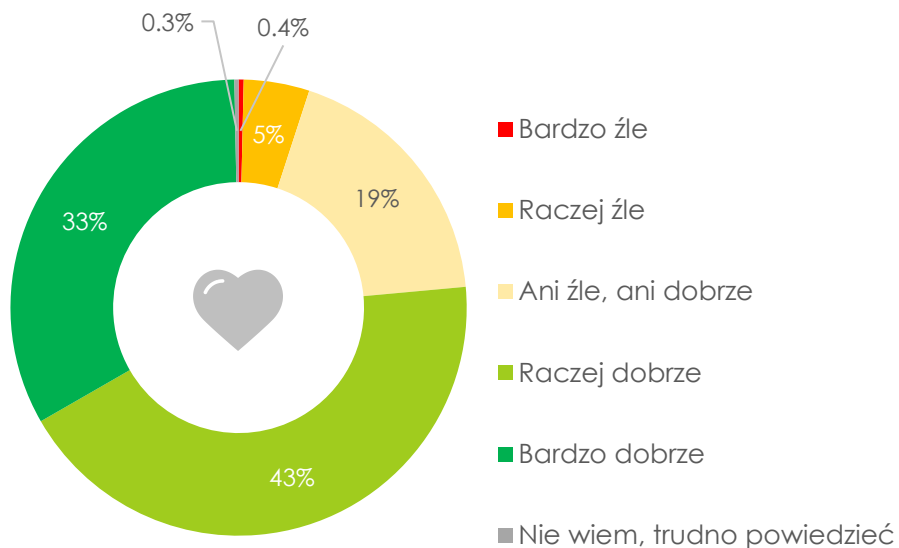
Proszę dokończyć zdanie – jestem.... OGÓŁEM





Pytanie: **Jak ogólnie ocenia Pan(i) stan swojego zdrowia?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



Podobnie wygląda sytuacja w przypadku oceny własnego stanu zdrowia: znaczna większość ocenia go pozytywnie (76% co stanowi ponad ¼ Polaków), jednak gdy przyjrzymy się głębiej tym wynikom, okazuje się, że zadowolenie z własnego stanu zdrowia skorelowane jest z wiekiem.

Aż 16% najstarszych respondentów powyżej 65 roku życia ocenia źle swój stan zdrowia, a dwie piąte (41%) ani źle ani dobrze.

Procent osób, które swój stan zdrowia oceniają dobrze spada lawinowo wraz z wiekiem (niemal wszystkie osoby (97%) do 29 roku życia oceniły stan zdrowia jako dobry, w wieku 30-44 lata było to już 92%, 77% przypadku osób w wieku 45-64 lata, na 43% wśród najstarszych respondentów powyżej 65 roku życia).



Pytanie: **Jak ogólnie ocenia Pan(i) stan swojego zdrowia?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.

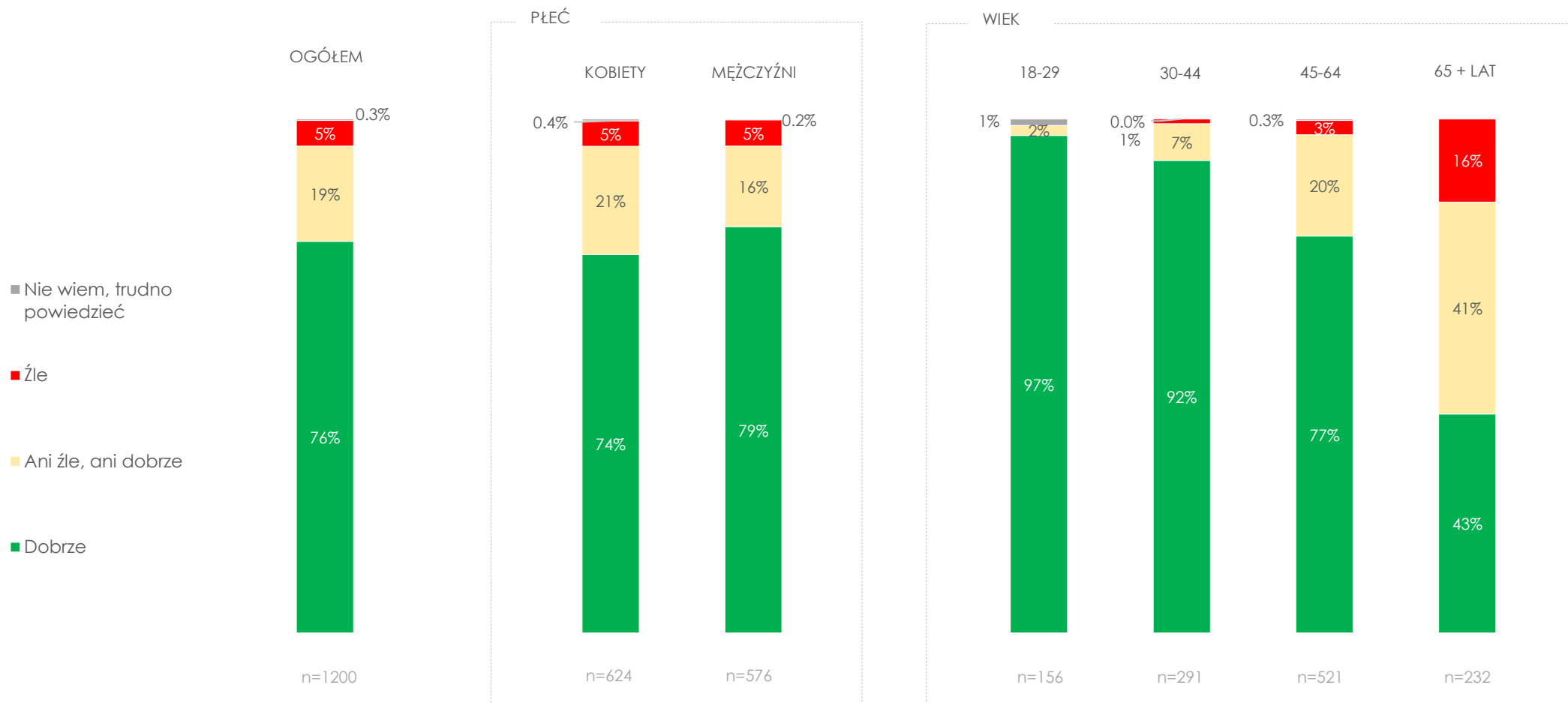


Źródło informacji: wyniki badania ilościowego.



Pytanie: **Jak ogólnie ocenia Pan(i) stan swojego zdrowia?**

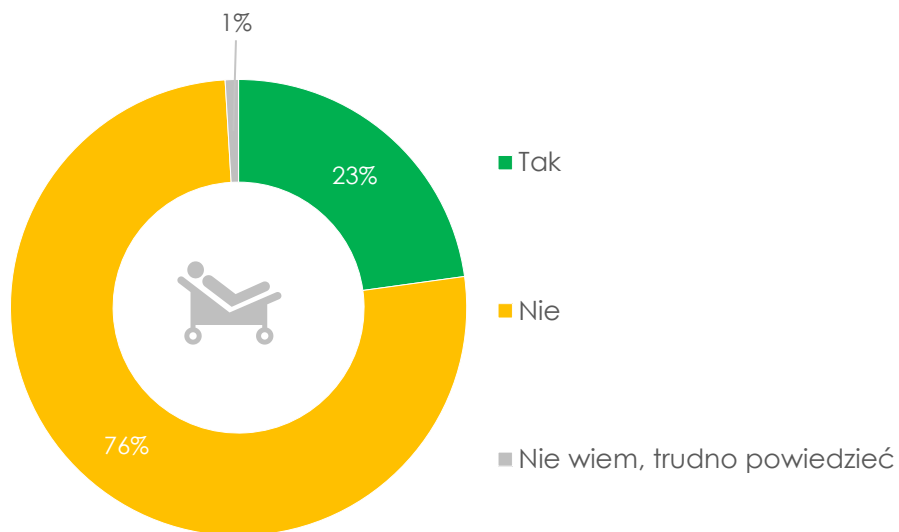
Podstawa procentowania: wszyscy badani.





Pytanie: **Czy cierpi Pan(i) na jakąś długotrwałą (tzn. trwającą 6 miesięcy lub dłużej) chorobę lub problem zdrowotny?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



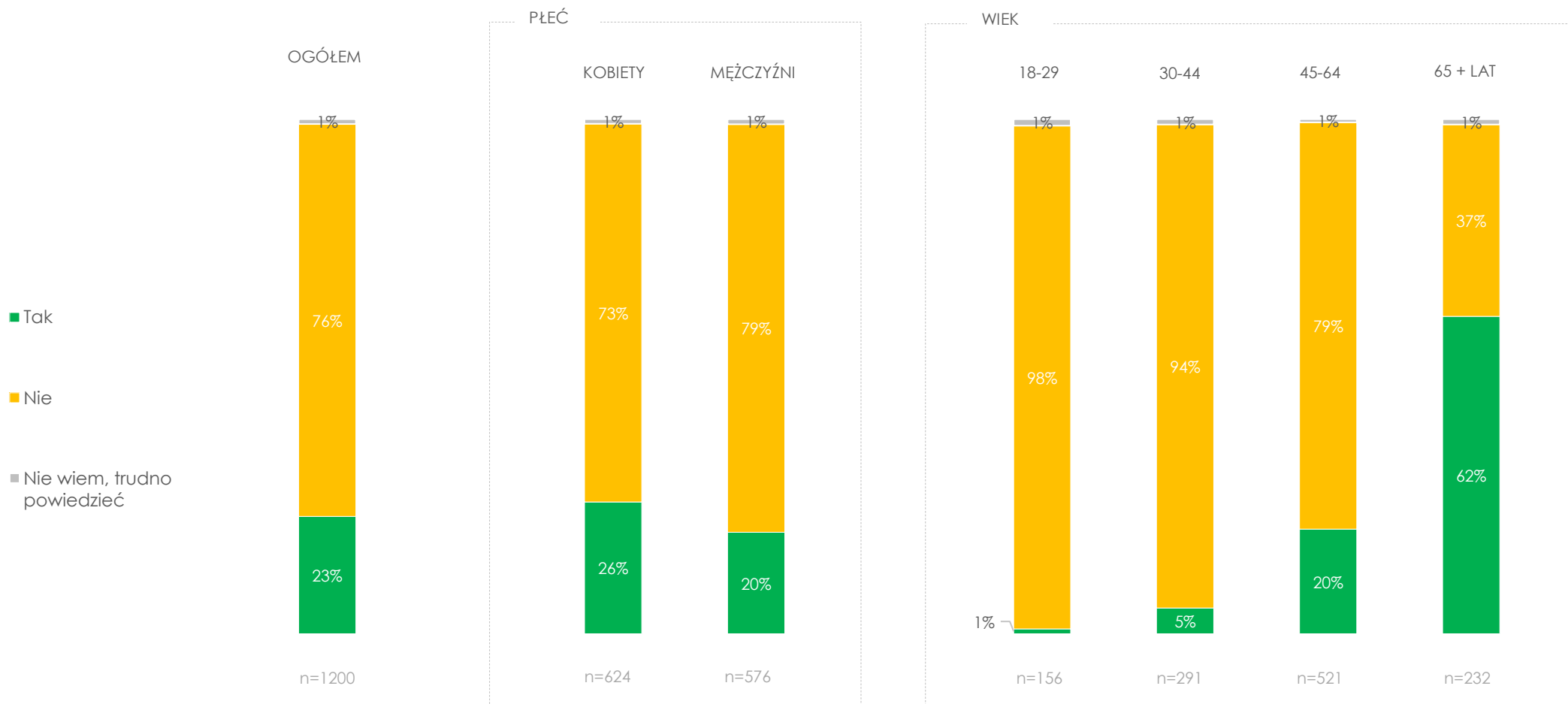
Prawie co piąty Polak (23%) deklaruje, że cierpi na jakąś długotrwałą (trwającą 6 miesięcy lub dłużej) chorobę lub problem zdrowotny. Częściej są to kobiety (26%) niż mężczyźni (20%). Występowanie chorób przewlekłych wzrasta wraz z wiekiem: życie z taką chorobą deklaruje tylko 1% wśród osób przed trzydziestym rokiem życia, ale już 62% w grupie wiekowej 65+.

Osoby deklarujące choroby przewlekłe, wskazują najczęściej na nadciśnienie tętnicze (59%), cukrzycę (26%) oraz choroby zwyrodnieniowe stawów (22%).



Pytanie: **Czy cierpi Pan(i) na jakąś długotrwałą (tzn. trwającą 6 miesięcy lub dłużej) chorobę lub problem zdrowotny?**

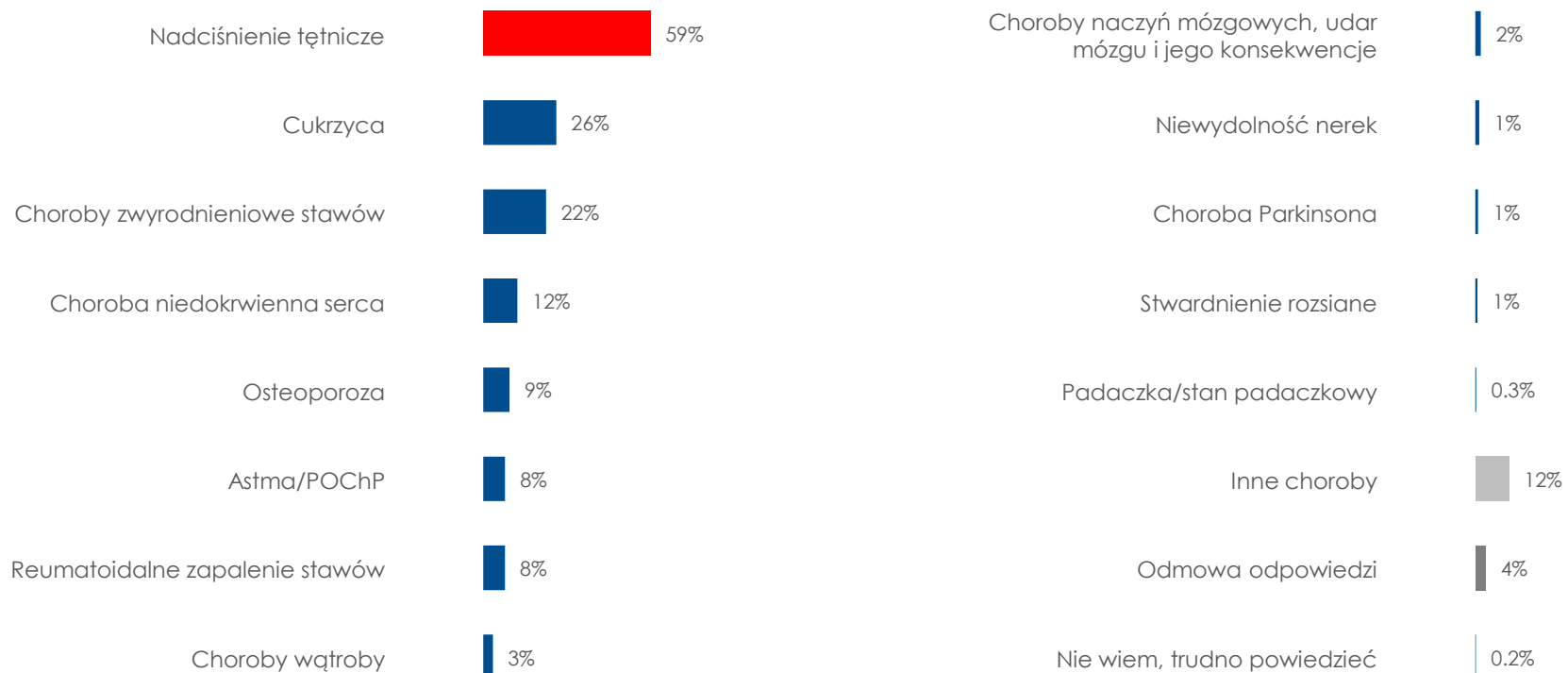
Podstawa procentowania: wszyscy badani.



Źródło informacji: wyniki badania ilościowego.

Pytanie: **Proszę wskazać na jaką chorobę długotrwałą/ przewlekłą Pan(i) cierpi?**

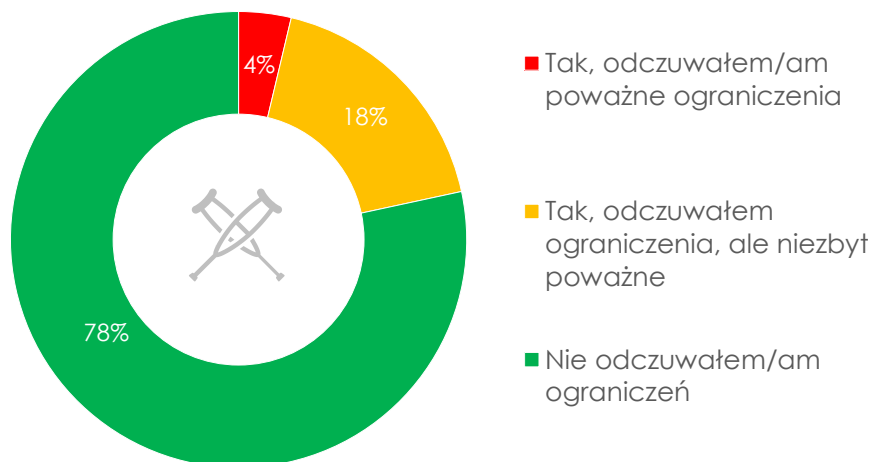
Odpowiadający: badani, którzy zadeklarowali chorowanie na jakąś chorobę długotrwałą lub problem zdrowotny, n=263.





Pytanie: **Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy, odczuwał(a) Pan(i) ograniczenia w wykonywaniu codziennych, zwykłych czynności z powodu problemów zdrowotnych?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



Prawie czterech na pięciu (78%) Polaków deklaruje, że nie odczuwało ograniczeń w wykonywaniu codziennych, zwykłych czynności z powodu problemów zdrowotnych. Co piąta osoba (18%) odczuwała takie ograniczenia, ale niezbyt poważne, a jedynie 4% badanych odczuwało poważne ograniczenia.

Wraz z wiekiem rośnie liczba osób, które odczuwają poważne ograniczenia związane z problemami zdrowotnymi i stanowią oni 9% osób w wieku powyżej 65 roku życia.

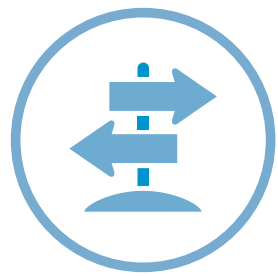
W związku z inną strukturą wieku Polaków ze względu na ich płeć kobiety (24%) częściej od mężczyzn (20%) deklarują odczuwanie ograniczeń związanych ze zdrowiem.



Pytanie: **Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy, odczuwał(a) Pan(i) ograniczenia w wykonywaniu codziennych, zwykłych czynności z powodu problemów zdrowotnych?**

Podstawa procentowania: wszyscy badani.



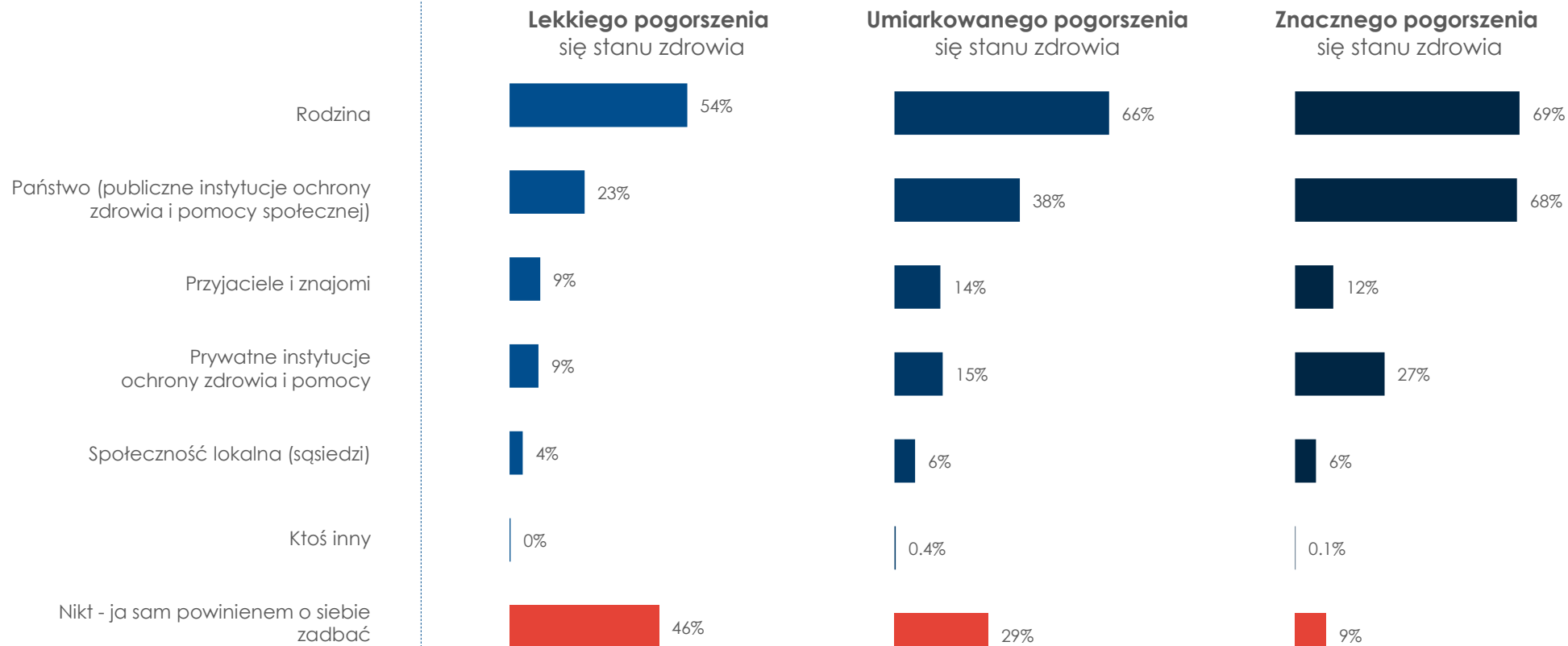


Oczekiwania wobec opieki
długoterminowej



Pytanie: **Jak Pan(i) uważa, kto powinien być odpowiedzialny za opiekę i pomoc Panu(i) w codziennym funkcjonowaniu w przypadku nagłego: ...**

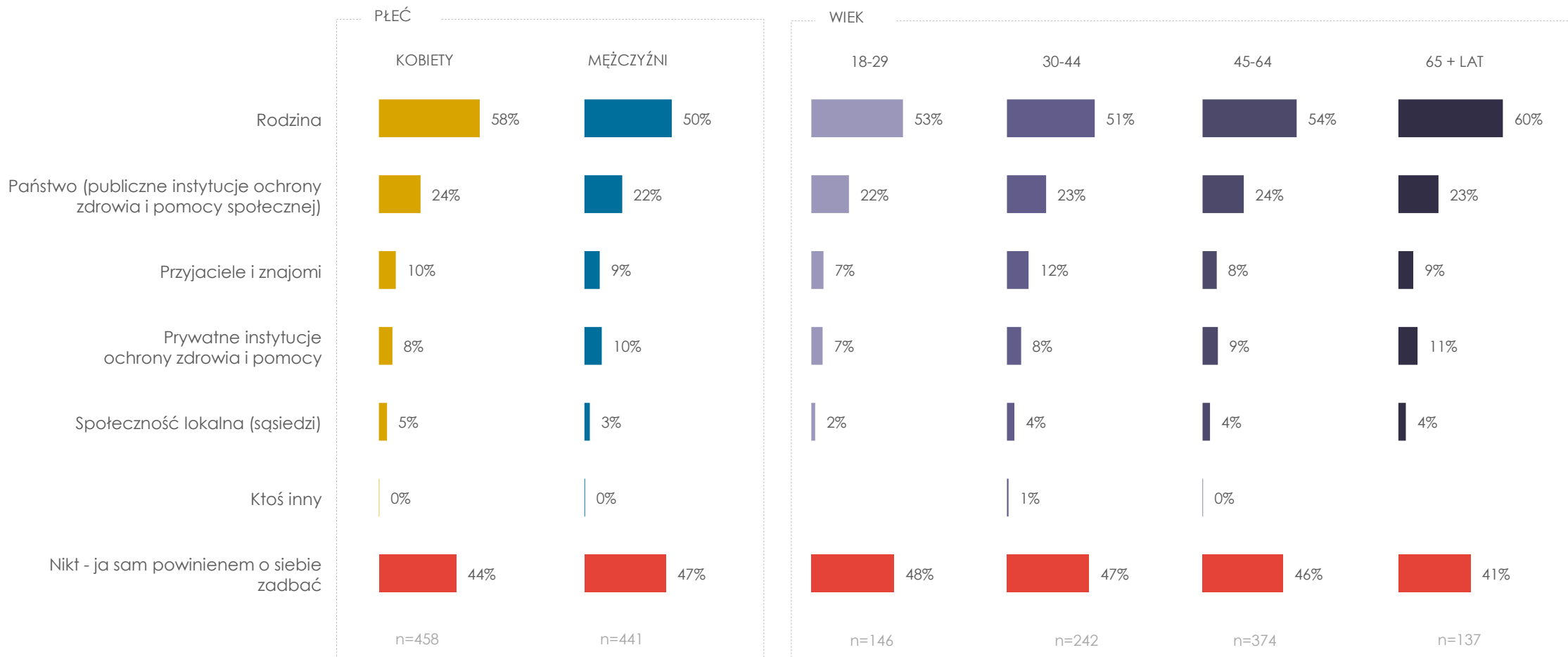
Odpowiadający: wszyscy badani



Pytanie: **Jak Pan(i) uważa, kto powinien być odpowiedzialny za opiekę i pomoc Panu(i) w codziennym funkcjonowaniu w przypadku nagłego: ...**

Odpowiadający: wszyscy badani

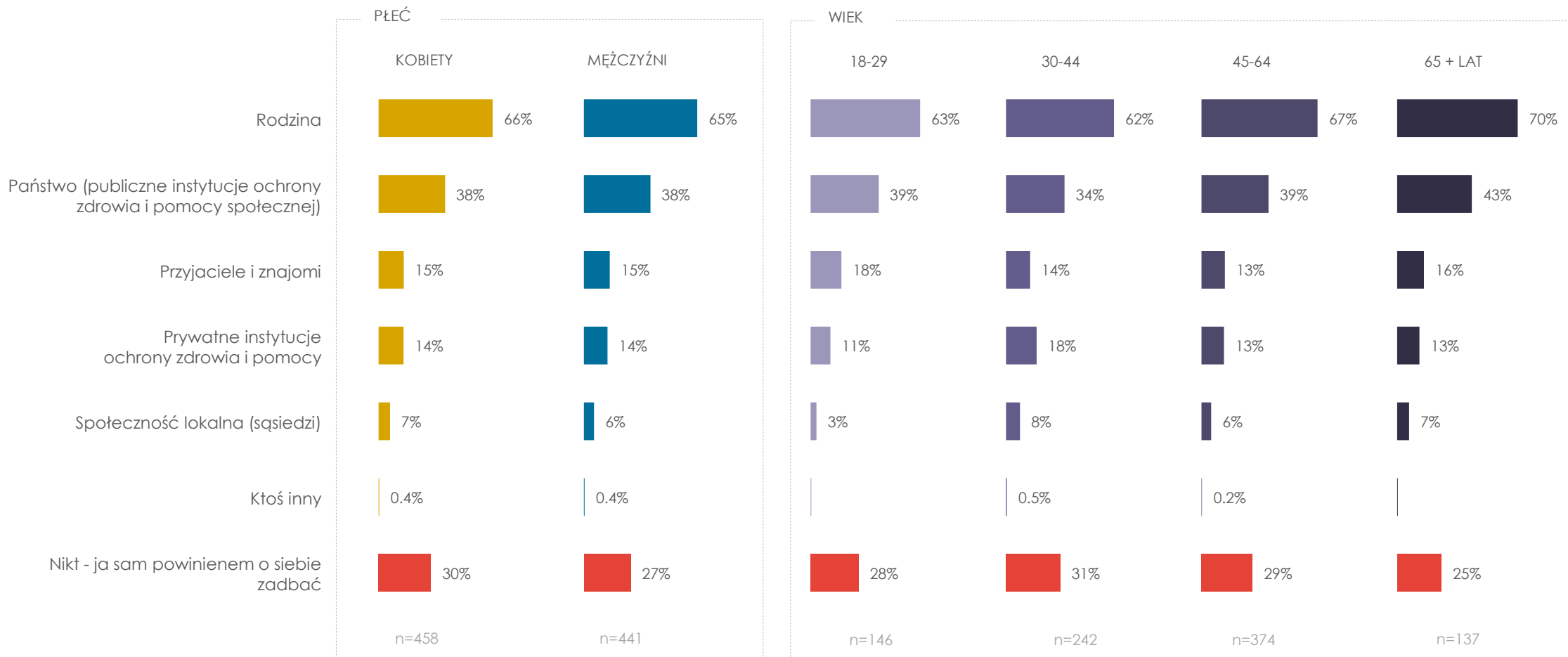
Lekkiego pogorszenia się stanu zdrowia



Pytanie: **Jak Pan(i) uważa, kto powinien być odpowiedzialny za opiekę i pomoc Panu(i) w codziennym funkcjonowaniu w przypadku nagłego: ...**

Odpowiadający: wszyscy badani

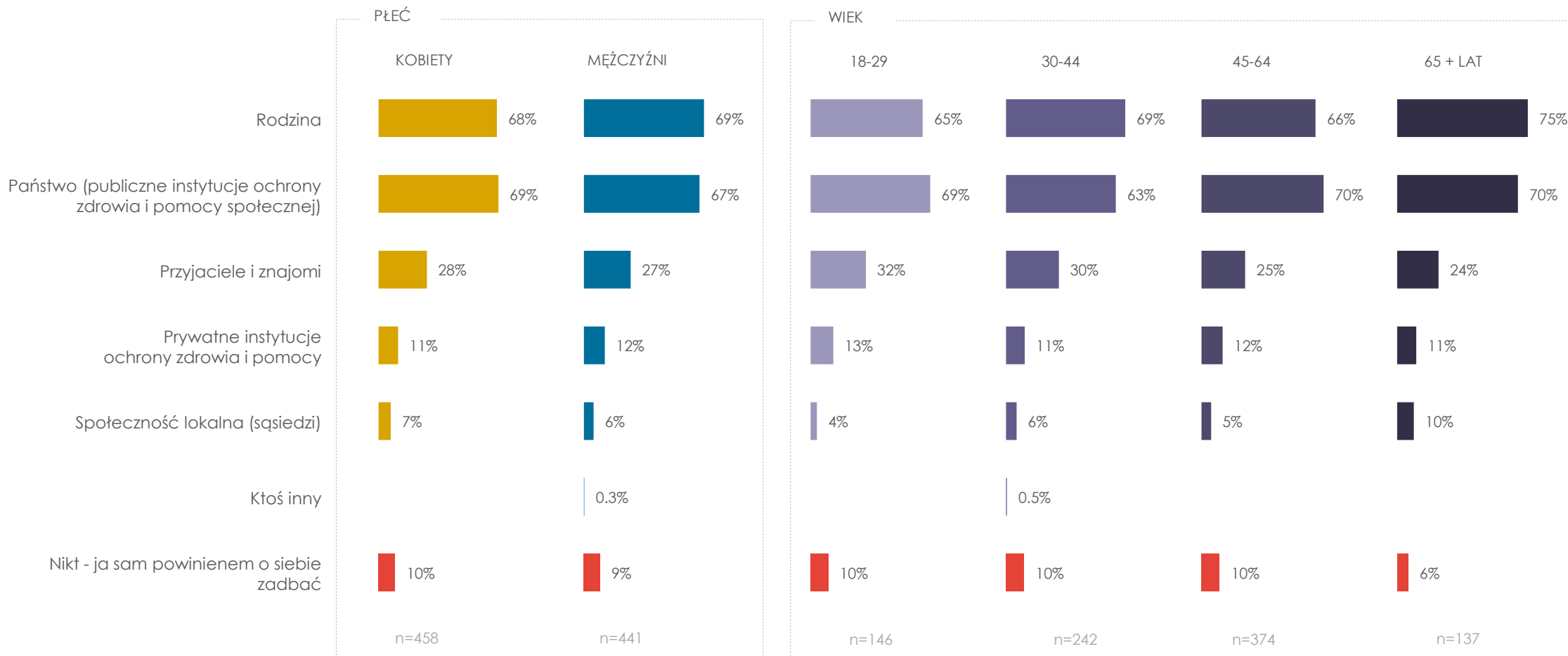
Umiarkowanego pogorszenia się stanu zdrowia



Pytanie: **Jak Pan(i) uważa, kto powinien być odpowiedzialny za opiekę i pomoc Panu(i) w codziennym funkcjonowaniu w przypadku nagłego: ...**

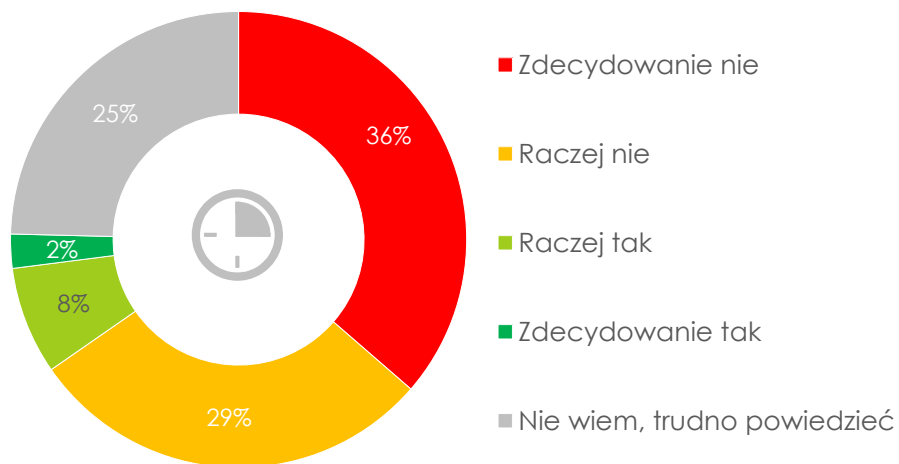
Odpowiadający: wszyscy badani

Znacznego pogorszenia się stanu zdrowia



Pytanie: **Czy uważa Pan/i, że w ciągu najbliższych 2 lat będzie Pan/i potrzebowała pomocy i opieki w codziennym funkcjonowaniu z powodu pogorszenia się stanu zdrowia?**

Odpowiadający: badani, którzy nie otrzymują pomocy, n=1127.



Wśród Polaków, którzy nie otrzymują obecnie opieki, co dziesiąta osoba (10%) uważa, że przeciągu najbliższych 2 lat będzie takiej opieki wymagała.

29% uważa, że raczej nie będzie wymagała takiej opieki, a ponad jedna trzecia badanych (36%) jest przekonana, że nie będzie potrzebować opieki i udzieliła odpowiedzi „zdecydowanie nie”.

Im starszy respondent, tym częściej widzi potrzebę opieki i deklaruje, że 2 lata to czas, w którym będzie potrzebował pomocy od innych.

Pytanie: **Czy uważa Pan/i, że w ciągu najbliższych 2 lat będzie Pan/i potrzebowała pomocy i opieki w codziennym funkcjonowaniu z powodu pogorszenia się stanu zdrowia?**

Odpowiadający: badani, którzy nie otrzymują pomocy, n=1127.





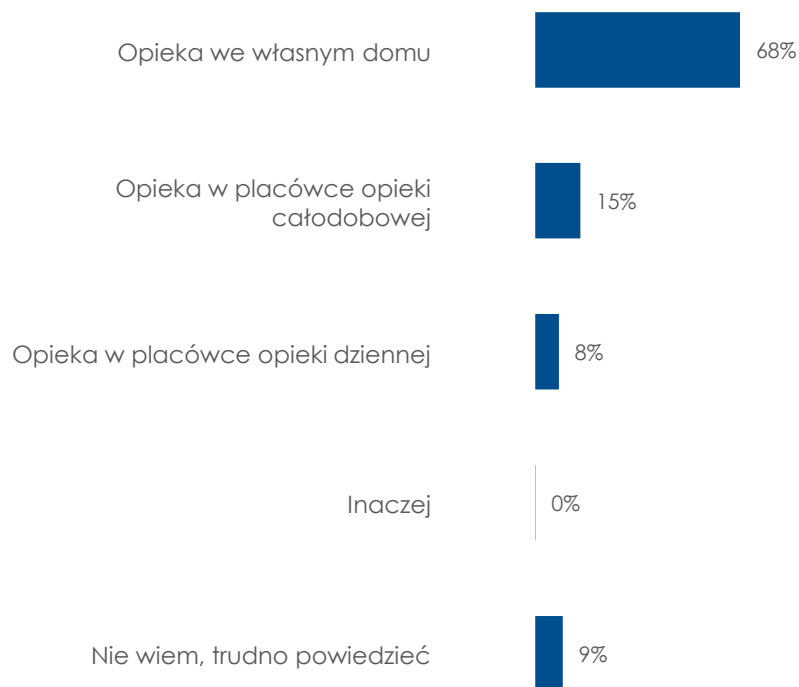
Pytanie: **Czy uważa Pan/i, że w ciągu najbliższych 2 lat będzie Pan/i potrzebował pomocy i opieki w codziennym funkcjonowaniu z powodu pogorszenia się stanu zdrowia?**

Odpowiadający: badani, którzy nie otrzymują pomocy, n=1127.



Pytanie: **Gdyby w okresie nadchodzących 2 lat Pana/i stan zdrowia uległ znacznemu pogorszeniu i wymagałby Pan/i opieki długoterminowej, jak chciałby/chciałaby Pan/i aby ta opieka została zorganizowana?**

Odpowiadający: badani, którzy nie otrzymują pomocy, n=1127.



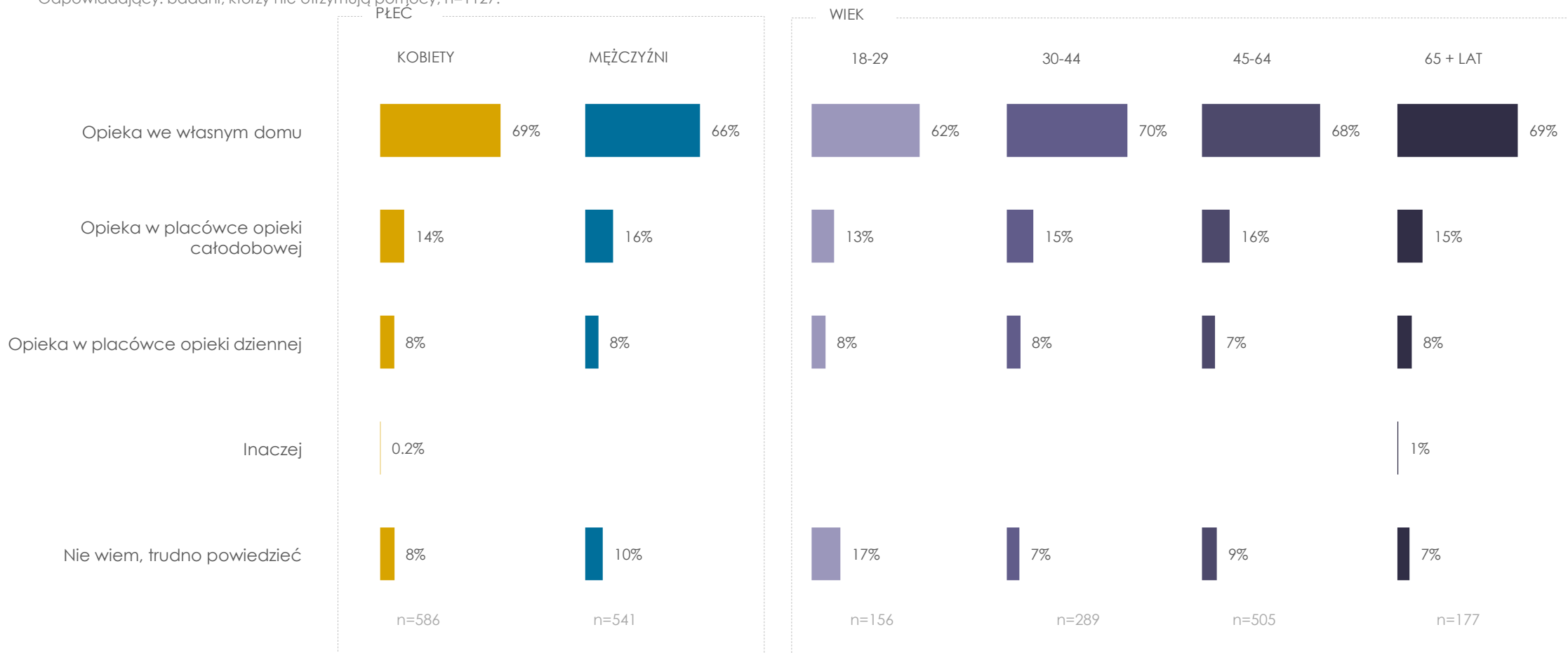
Polacy, którzy jeszcze nie wymagają opieki od innych osób, w znacznej większości chcieliby aby taka pomoc udzielana była w ich własnym domu (68%). Oczekiwania te są podobne bez względu na demografię – dom jest miejscem, w którym przede wszystkim opieki oczekiwaliby zarówno mężczyźni jak i kobiety, oraz zdecydowana większość osób z wszystkich analizowanych grup wiekowych.

Opieka w placówce całodobowej byłaby wyborem 15% osób, natomiast 8% chciałoby aby opieki była świadczona w placówce opieki dziennej.

Osoby z najmłodszej grupy wiekowej (18-29 lat) częściej od pozostałych nie potrafią udzielić odpowiedzi na to pytanie (15%).

Pytanie: **Gdyby w okresie nadchodzących 2 lat Pana/i stan zdrowia uległ znacznemu pogorszeniu i wymagałby Pan/i opieki długoterminowej, jak chciałby/chciałaby Pan/i aby ta opieka została zorganizowana?**

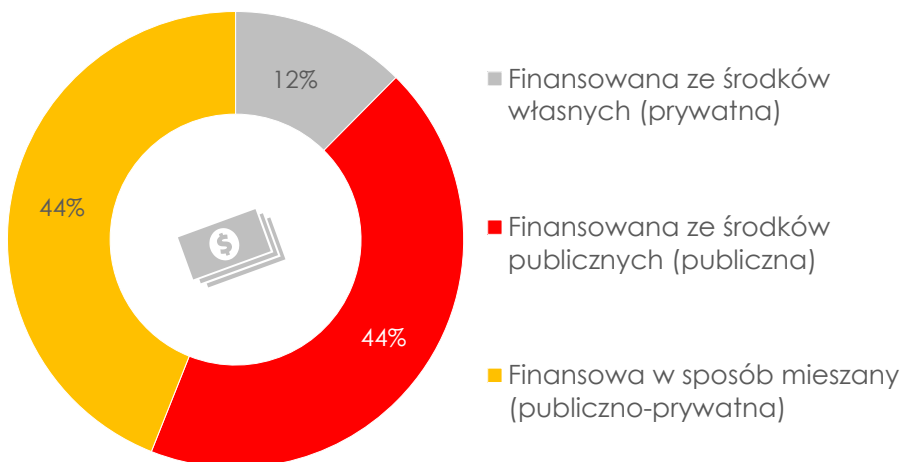
Odpowiadający: badani, którzy nie otrzymują pomocy, n=1127.





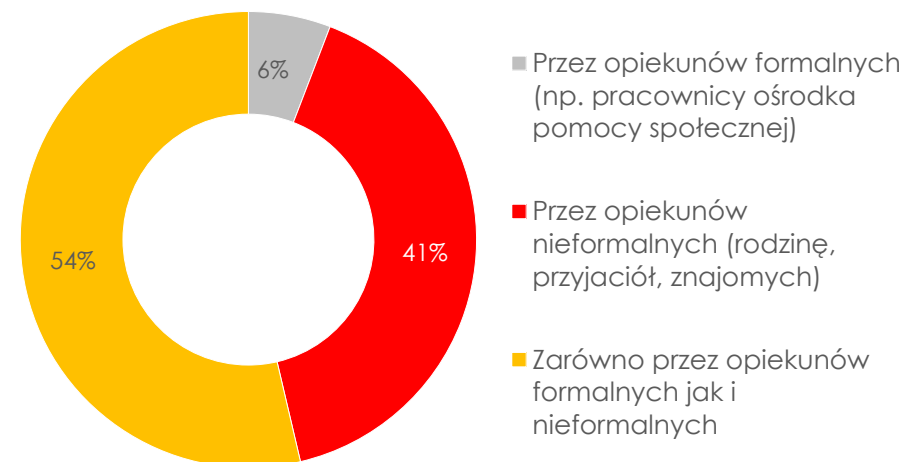
Pytanie: **Powiedział(a) Pan(i), że chciałby aby opieka była świadczona w placówce opieki całodobowej. W jaki sposób planował(a)by Pan(i) sfinansować taką opiekę?**

Odpowiadający: badani, którzy chcieli opiekę świadczoną w placówce opieki całodobowej, n=166.



Pytanie: **Powiedział(a) Pan(i), że chciałby aby opieka była świadczona we własnym domu. Przez kogo miałaby być świadczona taka opieka?**

Odpowiadający: badani, którzy chcieli opieki świadczonej w domu, n=771.



Pytanie: **Powiedział(a) Pan(i), że chciałby aby opieka była świadczona w placówce opieki całodobowej. W jaki sposób planował(a)by Pan(i) sfinansować taką opiekę?**

Odpowiadający: badani, którzy chcieli opiekę świadczoną w placówce opieki całodobowej, n=166.



Pytanie: **Powiedział(a) Pan(i), że chciałby aby opieka była świadczona we własnym domu. Przez kogo miałyby być świadczona taka opieka?**

Odpowiadający: badani, którzy chcieli opieki świadczonej w domu, n=771.

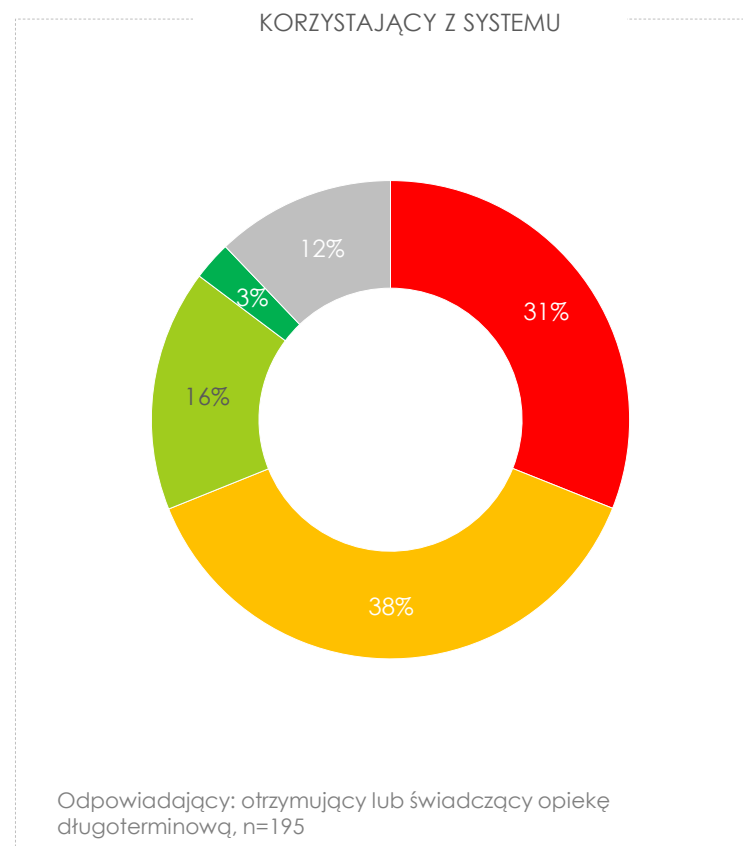
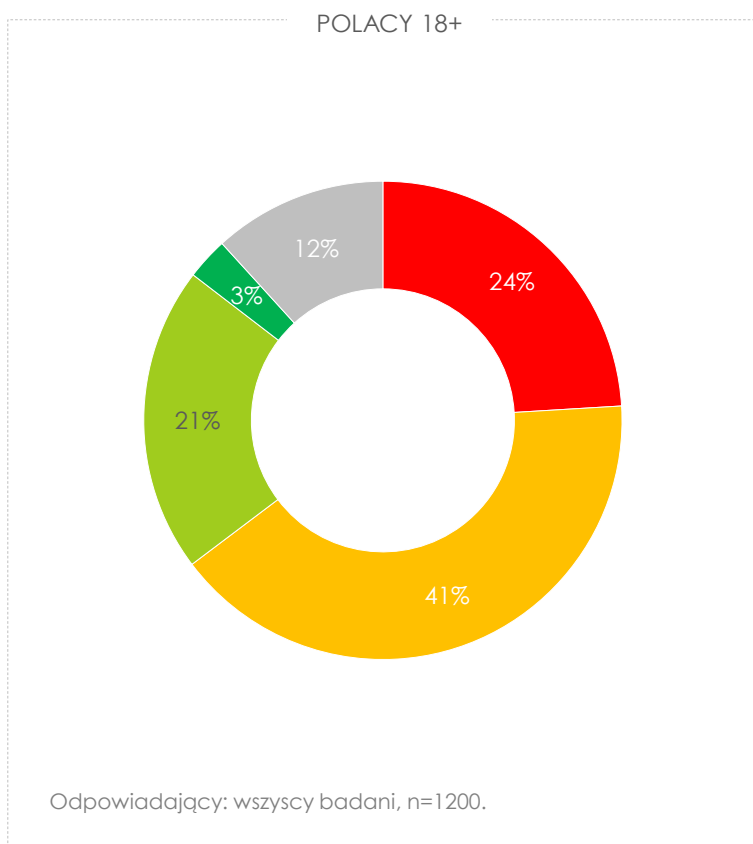




Ocena systemu/ regulacji
prawnych opieki długoterminowej
oraz oczekiwania względem niej



Pytanie: **Czy wg Pana/i dostępne w Polsce usługi opieki długoterminowej są wystarczające (tzn. odpowiadają potrzebom osób chorych, z niepełnosprawnościami i starszych)?**

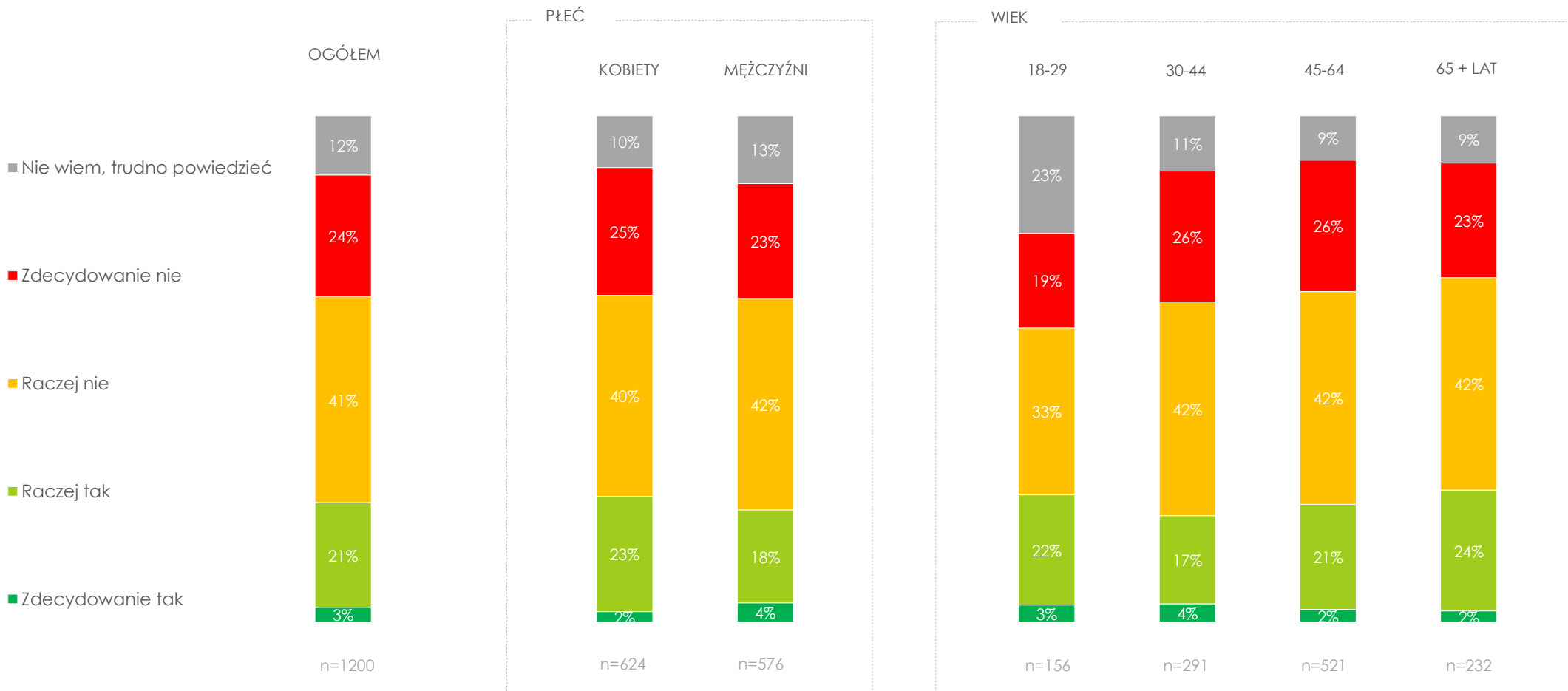


- Zdecydowanie nie
- Raczej nie
- Raczej tak
- Zdecydowanie tak
- Nie wiem, trudno powiedzieć



Pytanie: **Czy wg Pana/i dostępne w Polsce usługi opieki długoterminowej są wystarczające (tzn. odpowiadają potrzebom osób chorych, z niepełnosprawnościami i starszych)?**

Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Czy wg Pana/i dostępne w Polsce usługi opieki długoterminowej są wystarczające (tzn. odpowiadają potrzebom osób chorych, z niepełnosprawnościami i starszych)?**

Odpowiadający: wszyscy badani.





BRAK ŚWIADCZEŃ DLA PRACUJĄCYCH OPIEKUNÓW RODZINNYCH;

Opiekunowie rodzinni przyznają, że nie pobierają świadczenia pielęgnacyjnego lub/i opiekuńczego, ponieważ nie mogą sobie pozwolić na rezygnację z zatrudnienia na rzecz świadczonej opieki. Zatrudnienie na pełen etat (często wspólnie z przychodami współmałżonka) pozwala utrzymać budżet domowy na znacznie wyższym poziomie, niż wysokość świadczeń.

POCZUCIE OSAMOTNIENIA I POZOSTAWIENIA SAMEMU SOBIE;

Poczucie braku wsparcia przez państwo/ system jest zauważalne szczególnie wśród opiekunów rodzinnych świadczących samodzielną opiekę (brak wsparcia przez ze strony innych członków rodziny). Są przemęczeni, nie pobierają świadczeń i nie mają wiedzy odnośnie opieki wytchnieniowej.

OPIEKUNOWIE Z AGENCJI POSTRZEGANI JAKO NIEWYKWALIFIKOWANI, PRZYPADKOWI PRACOWNICY;

W percepcji badanych opiekunów nieformalnych opiekunowie osób starszych świadczący usługi w ramach współpracy z agencjami, to często osoby przypadkowe, bez empatii i cierpliwości, dodatkowo nisko opłacane, przez co niezaangażowane w swoją pracę. Część opiekunów rodzinnych posiada negatywne doświadczenia z opieką z agencji np.: opiekunka ze względu na nadwagę/ otyłość nie była w stanie realnie pomóc podopiecznemu, brak realizowania wizyt w ustalonym harmonogramie („wzięta podpisy na cały tydzień i nie przychodziła”), palenie papierosów w domu podopiecznej.

NEGATYWNY WIZERUNEK PAŃSTWOWYCH DOMÓW OPIEKI;

Bazując na doniesieniach mediów oraz doświadczeniach bliskich znajomych, opiekunowie rodzinni nie są skłonni korzystać ze wsparcia instytucji państwowych, ze względu na złe traktowanie podopiecznych. Część badanych przyznaje, iż miało okazję być w takich ośrodkach, gdzie słyszeli krzyczący na podopiecznych personel, sale były przepiętne (16 osób na jednej sali), a w powietrzu wyczuwalny był nieprzyjemny zapach.

System opieki długoterminowej w Polsce jest oceniany raczej negatywnie, w szczególności przez opiekunów rodzinnych.

Opiekunowie rodzinni objęci badaniem to osoby aktywne zawodowo, w większości pracujące na pełen etat. Wykonują pracę zdalną, bądź pracują zmianowo, dzięki czemu łatwiej jest im łączyć aktywność zawodową z opieką nad członkiem rodziny.

Mają poczucie braku wsparcia ze strony państwa, ponieważ nie mogą pobierać świadczeń (ze względu na pracę), a część z nich zapewnia podopiecznemu prywatną opiekę zdrowotną (w nagłych sytuacjach, lub kiedy trzeba szybko wykonać badania).

Warto zwrócić uwagę, iż znaczna większość badanych nie posiada wiedzy odnośnie regulacji prawnych dotyczących opieki długoterminowej.

Nie mieli świadomości dostępności opieki wytchnieniowej, nie korzystają ze wsparcia asystentów, czy opiekunów z państwowych instytucji.

Pojedyncze osoby deklarują zainteresowanie umieszczeniem członka rodziny w państwowym DPS-ie, jednak jak same przyznają mają poważne wątpliwości ze względu na negatywny wizerunek tego typu placówek.



NIEWYDOLNOŚĆ SYSTEMU → DŁUGI CZAS OCZEKIWANIA NA WSPARCIE;

Część opiekunów rodzinnych złożyła wnioski o przyjęcie członka rodziny do państwowego DPS-u, pomimo, że nie jest przekonana czy faktycznie odda podopiecznego ze względu na negatywne postrzeganie tego typu placówek. Badani wiedzą, że czas oczekiwania na przyjęcie jest bardzo długi ze względu na dużą ilość chętnych, wobec czego składają wnioski, żeby się zabezpieczyć na przyszłość (nie mają pewności w jakiej kondycji ich podopieczny będzie za jakiś czas, zdając sobie sprawę, że może wymagać specjalistycznej opieki przez całą dobę).

Kiedyś próbowaliśmy, ale nie skończyło się to dobrze, bo ona raz przychodziła, raz nie. My mamy tam sąsiadów zaprzyjaźnionych, więc oni też obserwują czy ktoś był, czy nie.

Wszyscy, którzy mają te Panie z MOPSu, to mówią dokładnie to samo. To jest ten sam niski standard obsługi tych Pań. One tylko wpadają, robią wersję minimum, one są nisko opłacalne. Każda dodatkowa czynność, też wymaga jeszcze dopłacenia, chociażby pod stołem, że się tak wyrażę. Już poza protokołem, więc to jest bez sensu. Także do póki mogę, to będę starała się po prostu robić to sama. [IDI 41, Gr D, opiekun rodzinny]

Przychodziła Pani rehabilitantka nawet do domu, prywatnie. Za wiele nie można skorzystać państwowo, ponieważ są tak odległe terminy, w tych punktach rehabilitacyjnych, że pół roku to jest minimum czekania. A często bywa tak, że jak ją na przykład boli, no przydałoby się, żeby już natychmiast powiedzmy, żeby skorzystać. No ale no, niestety, co z tego, że ja mam skierowanie, jak ja nie mogę z tego skorzystać.

[IDI 11, Gr D, opiekun rodzinny OzN]

Kiedyś na początku mamę dałam na dwa tygodnie do takiego ośrodka (już nie pamiętam nawet, jak on się nazywa), żebym miała dwa tygodnie urlopu, byłam bardzo niezadowolona i zmęczona tym, miałam wyrzuty sumienia, że ją tam dałam. Opieka zerowa. Prosiłam, żeby myli mamę, chociaż raz w tygodniu dobrze wykąpali – no nie, nie było tego. Nie było tego, po co tę ankietę tam wypisywałam, co mama potrzebuje – bez sensu. Nie ma tej opieki, takiej naprawdę konkretnej opieki nad tymi ludźmi. Ludzie, którzy pracują – może się nie nadają do takiej opieki nad kimś, bo to powinien być człowiek z powołaniem do takich ludzi, bo to trzeba mieć cierpliwość, trzeba się nie brzydzić starszego człowieka. A ludzie idą z przypadku do takiej pracy. [IDI

13, Gr D, opiekun rodzinny]



Głównym celem opieki długoterminowej w percepcji zarówno opiekunów formalnych, jak również nieformalnych jest **zapewnienie jak najlepszej jakości życia osób starszych i z niepełnosprawnościami w momencie, kiedy wymagają wsparcia osób trzecich** tzn. opiekunów formalnych, rodzinnych lub prywatnych.

Opiekunowie nieformalni myśląc o zachowaniu godności odnoszą się głównie do zaspokajania w **pierwszej kolejności potrzeb emocjonalnych swoich podopiecznych/członków rodziny**. Sam fakt, iż to oni świadczą opiekę i nie oddają członka rodziny do domu opieki już jest według nich elementem umożliwiającym zachowanie godności.

Opiekunowie formalni myśląc o godności osoby niesamodzielnej, przede wszystkim **myślą o względach praktycznych tzn. o zrealizowaniu potrzeb związanych z higieną** (głównie opieka formalna instytucjonalna), **zachowaniem odpowiedniego stanu zdrowia i zachowaniu szacunku do podopiecznego**.

Pracownicy prywatnych domów opieki poza kwestiami **związanymi z higieną, żywieniem** starają się również, by ich podopieczni **pomimo wieku i ograniczeń czuli się jak każda inna jednostka społeczna, jak „prawdziwa” kobieta/ mężczyzna**. Jeśli podopieczni przebywają w ośrodku, to jak każdy inny człowiek chcą mieć swoją prywatność.

Opiekunowie opłacani z prywatnych środków rodzin podopiecznych, starają się przede wszystkim wesprzeć podopiecznego psychicznie swoje zadania dopasowują do ich możliwości fizycznych i zaspokajania potrzeb tu i teraz, które ma każdy człowiek niezależnie od wieku i kondycji fizycznej, umysłowej.

Ja uważam, że to jest przede wszystkim okazywanie szacunku drugiej osobie. Z takiej godności to właśnie odzierał ją ten wnuczek, który ją okradał, a teraz przychodzi po pieniądze. Po prostu brak szacunku jakiegokolwiek. [IDI 12, Gr D, opiekun prywatny]

Prywatność, intymność, szacunek do tego, że nie każdy musi widzieć i wiedzieć, co, w jakim zakresie pomocy dana osoba potrzebuje. Myślę, że nasz ośrodek zapewnia im to w 70% dzięki temu, że pokoje są tylko dwuosobowe, łatwiej jest nie wiem, wyprosić, poprosić o wyjście osobę chodzącą, aby zająć się osobą leżącą. Mamy w każdym pokoju dostęp do łazienki z prysznicem, no ale nie zawsze jesteśmy w stanie zrobić wszystko tak, żebyśmy tylko my i nasz pacjent, nasz podopieczny przy tym byli. [IDI 38, Gr B, opiekun medyczny]

Przede wszystkim jest podział na płeć. Opiekun do mężczyzn, a do kobiet jest kobieta, żeby nie czuły się niekomfortowo. Jeżeli ta osoba się zakrywa i wstydzi, to się odwraca wzrok. Jeżeli trzeba kogoś umyć, przy łóżku to się zakrywa parawanem. Jeżeli to jest pokój dwuosobowy, żeby się nie wstydziła. Jeżeli chce przykładowo porozmawiać. Oczywiście staramy się też porozmawiać w cztery oczy, a nie żeby ktoś słuchał. Nawet jeżeli coś powie śmiesznego dla nas, głupiego i na przykład współlokator się z tego śmieje, to my się nigdy z tego staramy, ja przynajmniej się z tego nie śmieje, tylko staram się poważnie podejść do tematu, bo dla takiej osoby może być to bardzo ważne, istotne i choroba uniemożliwia jej racjonalne myślenie. Trzeba po prostu brać pod uwagę wiek, chorobę tej osoby. No i brać na poważnie wszystko, co mówią. Tak naprawdę trzeba bardzo poważnie traktować tych ludzi, mimo że czasami zachowują się jak małe dzieci. [IDI 7, Gr B, pracownik socjalny]

Dla mnie poczucie godności to jest jedna pielęgniarka na trzech pacjentów, bez ograniczeń do środków higienicznych, to jest poczucie godności. Mam wrażenie, że współczesna medycyna i to, co się dzieje w systemie ochrony zdrowia, poczucie godności to jest gdzieś na ostatnim miejscu i to nie dotyczy tylko ZOL-i. Prawda jest taka, że ja czasem mogę stawać na głowie, ale nie jestem w stanie przeskoczyć pewnych barier, chociażby tych finansowych i braków kadrowych, bo niestety ZOL-e to nie są miejsca, gdzie personel pielęgniarski rwie się do pracy, bo wiadomo, jest niedofinansowany, nie ma tego personelu, że to są pacjenci niesprawni intelektualnie, fizycznie, praca ciężka fizycznie. Pewnych rzeczy nie jestem w stanie przeskoczyć. [IDI 43, Gr C, pielęgniarka]



OKAZYWANIE SZACUNKU PODOPIECZNEMU

ZACHOWANIE POCZUCIA INTYMNOŚCI;

Wykonywanie czynności higienicznych przy pacjencie w pokoju bez udziału osób trzecich – zastanianie parawanem, prośba o opuszczenie pomieszczenia chodzącego współlokatora.

SZANOWANIE GRANIC PODOPIECZNEGO;

Brak zmuszania podopiecznego do wykonywania czynności wbrew jego woli (w granicach rozsądku i z zachowaniem troski o jego zdrowie).

ZAPEWNIENIE PODOPIECZNEMU CZYSTYCH WARUNKÓW BYTOWYCH;

Niezależnie czy usługi opiekuńcze świadczone są w ośrodku, czy w domu podopiecznego dla opiekunów medycznych, asystentów i pielęgniarek wyrazem godności jest przebywanie w higienicznym otoczeniu i z zachowaniem higieny osobistej. Nie należy zostawiać pacjenta jeśli wymaga zmiany pampersa bądź pobrudzi przestrzeń wokół siebie.

DOPASOWANIE PŁCIOWE OPIEKUNÓW;

Część prywatnych DPS-ów dba o komfort emocjonalny pacjentów (szczególnie podczas usług pielęgnacyjnych), zapewniając męczyzną opiekę męską, a kobietom żeńską.

UMOŻLIWIENIE PODOPIECZNEMU ZACHOWANIA DECYZYJNOŚCI;

Opiekunowie rodzinni i prywatni (opłacani ze środków finansowych rodziny) starają się by ich podopieczni mieli wpływ na ich własne życie chociażby w kontekście żywienia. W ramach zalecanej diety starają się spełnić ich „zachcianki” i w ten sposób sprawiać im przyjemność.

PARTYCYPOWANIE W BUDŻECIE DOMOWYM;

Część opiekunów rodzinnych mieszkających z podopiecznym daje podopiecznym poczucie, iż są pełnoprawnymi członkami rodziny i jednostkami społecznymi poprzez partycypowanie w kosztach zakupu, bądź wyjazdów wakacyjnych. Warto jednak zauważyć, iż kwoty jakie opiekunowie podają podopiecznym są zaniżone w stosunku do realnych.

RESPEKTOWANIE GRANIC INTYMNYCH;

Odwracanie wzroku, zastanianie miejsc intymnych nawet jeśli podopieczny jest członkiem najbliższej rodziny.



ODŻYWIANIE

DBANIE O ODŻYWIANIE NIE STANOWI PROBLEMU, JEDNAK ODPOWIEDNIE NAWODNIENIE OSOBY STARSZEJ, TO JUŻ WYZWANIE

Opiekunowie nieformalni biorący udział w badaniu, w trosce o odpowiednią persaltykę jelit przy ograniczonej aktywności fizycznej podopiecznych, **stosują dietę lekkostrawną**.

- Nie oznacza to jednak, że opiekunowie nie spełniają żywieniowych życzeń swoich podopiecznych, kiedy mają ochotę zjeść coś specjalnego – **zdarzają się wyjścia do kawiarni na ciastko, lody co jest wyrazem dbałości o dobre samopoczucie psychiczne podopiecznego i jego poczucie godności** (decyzyjność).

Jak sami przyznają, osoby starsze nie mają problemu z apetytem, jednak dość często problem stanowi przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów.

- Nie czują pragnienia, wobec czego opiekunowie pilnują osobiście by podopieczni nawadniali organizm.
- Część opiekunów (podobnie jak niektóre prywatne domy opieki) korzysta z butelek z miarką, dzięki czemu łatwiej jest kontrolować ilość wypitych płynów.

ZAMAWIANIE GOTOWYCH POSIŁKÓW Z JADŁODAJNI/BLISKIEJ RESTAURACJI TRAKTOWANE SĄ JAKO WYJŚCIE AWARYJNE

Opiekunowie rodzinni sprawujący opiekę samodzielnie podczas wyjazdów (2 – 3 dni) korzystają z pobliskich jadłodajni (opłacają posiłki wcześniej wraz z dostawą do domu).

- Zdarzały się osoby mające doświadczenia z posiłkami dowożonymi w ramach współpracy z OPS, jednak rozwiązanie to się nie sprawdziło.

Godziny dostarczenia posiłków były niezgodne ze zwyczajami podopiecznego (samodzielne podgrzewanie jedzenia nie było w zakresie możliwości podopiecznej).

Nie sądzę, żeby p. Krysia była na jakiejś specjalnej diecie. Rodzina jej gotuje, ja bardzo rzadko, ale głównie rodzina gotuje. Ja odgrzewam i jem. To są raczej zdrowe rzeczy, wiadomo, żeby te jelita dobrze pracowały, bo jednak tyle ruchu co zdrowa osoba nie ma.
[IDI 18, Gr D, opiekun prywatny]

Mama jest sprawna fizycznie, gorzej z tą głową więc ja muszę dopilnować, żeby jadła, leki wzięła. Nie ma jakiejś specjalnej diety, ale staram się, żeby jadła lekkostrawnie, bo wiadomo. Wiem, że maksymalnie mogę wyjechać na 3 dni, wtedy gotuje jej ulubiona zupę, robię zakupy, tłumaczę jej ona sobie wtedy tę zupę odgrzewa, ale ja muszę zadzwonić i powiedzieć, mam proszę odgrzej sobie zupę i ona sobie odgrzewa. Raz się tak zdarzyło, że z takiej knajpki, gdzie oni mają taką usługę, nie wiem czy chyba mają podpisaną umowę z OPS-em, że posiłki seniorom rozwożą, ale oni je rozwożą chyba koło 12-tej, jakoś tak strasznie wcześnie. [IDI 20, Gr D, opiekun rodzinny]



DBAŁOŚĆ O ZDROWIE

WIĘKSZOŚĆ OPIEKUNÓW DBA O ZDROWIE SWOICH PODOPIECZNYCH STOSUJĄC SIĘ PO PROSTU DO ZALECEŃ LEKARZA

Podstawą do zachowania podopiecznego w dobrym zdrowiu i zapobiegania pogorszeniu jego stanu zdrowia jest przyjmowanie leków wedle zaleceń lekarza.

Część opiekunów rodzinnych i opłacanych ze środków prywatnych, których podopieczni wymagają dbania o odleżyny, bądź przyjmowania zastrzyków czerpało wiedzę na ten temat:

- z filmików na Youtube - szczególnie wykonywania zastrzyków przeciwzakrzepowych, przewracania leżącego pacjenta z boku na bok, czy dbania o rany (źródło wykorzystywane przed skorzystaniem ze wsparcia pielęgniarki środowiskowej)
- od pielęgniarek środowiskowych - obserwacja czynności, szkolenie
- lekarzy, podczas wizyt z podopiecznym

Część opiekunów prywatnych poszukuje wsparcia i wiedzy w mediach społecznościowych, korzystając z grup społecznościowych np. „Opieka nad starszymi osobami” → wymiana doświadczeń/ porad z zakresu możliwości uzyskania dofinansowania, szybkiego dostępu do wsparcia medycznego, ogólnych informacji na temat osób starszych.

WYKONYWANIE PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI PRZY PODOPIECZNYM W PERCEPCJI OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH NIE JEST SKOMPLIKOWANE I WYMAGA "WYROBIENIA" WŁASNYCH MECHANIZMÓW

Opiekunowie nieformalni nie czują potrzeby zwiększania swojego poziomu wiedzy z zakresu dbałości o zdrowie.

Uczestnictwo w specjalistycznych szkoleniach z zakresu opieki nad osobami starszymi był jednostkowy (zaledwie jeden opiekun rodzinny ze wszystkich badanych opiekunów nieformalnych wziął udział w tego typu szkoleniu).



DBAŁOŚĆ O STAN FIZYCZNY

ZAPOBIEGANIE URAZOM/ UPADKOM PODOPIECZNYCH WIĄŻE SIĘ NAJCZĘŚCIEJ Z MODYFIKACJAMI W ŁAZIENCIE

Sposób zapobiegania urazom i wsparcie sprawności fizycznej podopiecznych **jest ściśle związany z poziomem zamożności rodziny, a także ich aktualnym stanem zdrowia fizycznego.**

Wyraźnie widać, iż **opiekunowie skupiają się na aktualnym stanie zdrowia** (ograniczeniach w poruszaniu się) podopiecznych i dostosowują w miarę możliwości mieszkanie do aktualnych ograniczeń, **nie myśląc przyszłościowo i nie stara się przygotować otoczenia na ewentualne pogorszenie stanu zdrowia podopiecznego.**

Część zamożniejszych opiekunów przebudowało łazienkę, głównie pod kątem możliwości korzystania z prysznicza → zrównanie poziomu brodzika z podłogą (brak problemów z wejściem).

- Dla zwiększenia bezpieczeństwa i wygody w łazience montowane są uchwyty, a także stosowane maty antypoślizgowe.

Opiekunowie, którzy zauważają u swoich podopiecznych początki choroby Alzheimera, bądź problemy z pamięcią ze względu na wiek lub przyjmowane leki, wyposażyli mieszkanie w specjalne sprzęty np. kuchenka uniemożliwiająca ulatnianie gazu w przypadku odkręcenia kurka.

Nie wszystkich opiekunów jednak stać na dostosowanie mieszkania do potrzeb podopiecznych, lub nie mają takich możliwości.

- **Mieszkanie w bloku na drugim piętrze bez windy** (trudności z wyjściem z balkonikiem) → część opiekunów prywatnych w trudnych sytuacjach (wyjście z bloku) prosi o pomoc sąsiadów, gdyż same nie są w stanie poradzić sobie z opuszczeniem mieszkania z podopiecznym
- **Brak środków finansowych na specjalistyczny sprzęt** np. łóżko → stosowanie podwójnych materacy dla podwyższenia).

Partnerka mnie popiera i pomaga czasem jak świadomość babci jest trochę wyższa i krępuje się jak miałbym ją kąpać, to ona z nią idzie do łazienki i ona ją kąpie. Zresztą łazienkę też zbudowałem tak, że jest bez brodzika, bez progu. Teraz ma łatwo i ewentualnie w przyszłości będzie można później kiedyś tam z wózkiem wjechać ewentualnie czy jakoś tak. [IDI 29, Gr D, opiekun rodzinny]

To mieszkanie w blokach, na 2 piętrze, więc w ogóle teraz pójście z taką osobą np. na spacer itd., no to już jest mega kłopotliwe. To musi być porządny facet, który ją tam odpowiednio przytrzyma, sprowadzi ją itd., to jest mega kłopotliwe. Na pewno poruszanie się o tym balkoniku. Wiadomo, że to są pokoje, nie salony. To poruszanie się o tym balkoniku dla mnie... Ja uważam, że to jest problem. Łazienka nie jest do końca też przystosowana do tego, bo mają wannę. Nie mają np. prysznicza. Pod prysznicem można by było te krzeselka takie, ona by sobie usiadła. No w wannie jest to bardziej kłopotliwe. Po prostu pomoc jej trzeba i ją tam niemalże wsadzić, także no uważam, że to mieszkanie jest średnio przystosowane. [IDI 47, Gr D, opiekun prywatny]



ZAPEWNIENIE BEZPIECZNEGO OTOCZENIA

OGRANICZONY POZIOM WIEDZY ODNOŚNIE MOŻLIWOŚCI SKORZYSTANIA Z DOFINANSOWANIA DO SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

Niewielka część badanych opiekunów nieformalnych (spośród tych, których podopieczni wymagają specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego) skorzystała z możliwości dofinansowania sprzętu.

- Dofinansowanie z CPR-u do zakupu aparatu słuchowego, o którym opiekun rodzinny dowiedział się w firmie, która zajmuje się sprzedażą takich aparatów.
- Warto zauważyć, iż pracownik firmy pomógł respondentce wypełnić wniosek, a nawet samodzielnie go wystąpił (oceniane bardzo pozytywnie).

Większość opiekunów pozyskała sprzęt (specjalistyczne łóżko, balkonik) z własnych środków finansowych (opiekunowie rodzinni), bądź poprzez ogłoszenia na facebook'owych grupach (opiekunowie prywatni, migrantki).

WYPOSAŻENIE W SPECJALISTYCZNE ŁÓŻKO JEST WYRAZEM TROSKI O WYGODĘ I BEZPIECZEŃSTWO PODOPIECZNEGO, ALE RÓWNIEŻ DBAŁOŚCI O ZDROWIE OPIEKUNA

Elektryczne, specjalistyczne łóżko posiadają podopieczni po udarach, zmagający się z niedowładem, bądź osoby mające ograniczenia ruchowe w wyniku innych chorób (osoby leżące).

Zakup specjalistycznego łóżka jest istotny zarówno dla podopiecznego (wygoda, bezpieczeństwo), ale również dla opiekuna (brak konieczności podciągania/dźwigania – troska o własny kręgosłup).

RODZAJ AKTYWNOŚCI POZA ŁÓŻKOWYCH W BARDZO DUŻYM STOPNIU ZALEŻY OD SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ PODOPIECZNEGO I KREATYWNOŚCI OPIEKUNA

Część opiekunów rodzinnych korzysta z usług rehabilitacyjnych, jednak w ramach prywatnego finansowania.

Wszyscy opiekunowie nieformalni biorący udział w badaniu starają się by ich podopieczni w miarę możliwości wychodzili na spacer, spotykali się z sąsiadami, a nawet jeśli są w domu, to spacerowali po mieszkaniu (z chodzikiem, balkonikiem).

Warto zauważyć, że żaden z opiekunów nie deklaruje zainteresowania i poszukiwania dla swoich podopiecznych zajęć, które aktywizowałyby go poza domem na poziomie fizycznym i psychicznym np. zorganizowane zajęcia dedykowane osobom starszym.

- Podtrzymanie dobrego stanu intelektualnego opiekunowie realizują we własnym zakresie → krzyżówki, malowanki.

Obejrzałam dziesiątki filmików na YouTube, na przykład jak przewinąć, co by sobie kręgosłupa nie wywalić. I tak no, bo tam jak podeprzeć, jak umyć na przykład też na łóżku, żeby nie przedźwigać się. U nas jest problem taki, że ciotka nie ma łazienki. Więc to jest rzeczywiście każde mycie, mimo że jest bieżąca woda, to jest no jest to wydarzenie, tak? Mamy swoje wypracowane metody, mamy wanienkę taką kupioną jak dla niemowlaka w którą, obok się stawia, bo on się myje wieczmie tymi ściereczkami, chusteczki. No, kręgosłup daje się we znaki. Dla takich osób, jak my to powinna być jakaś dodatkowa pula rehabilitacji. [IDI 41, Gr D, opiekun rodzinny]





OPIEKUNOWIE RODZINNI



OPIEKUNOWIE PRYWATNI I MIGRANTKI

ODŻYWIANIE



Dbalność o odpowiednią dietę podopiecznego **nie jest** dla opiekunów rodzinnych **trudne** – stosują dietę **lekkostrawną, bogatą w warzywa i owoce**. Posiłki przygotowują samodzielnie, dzięki czemu mają kontrolę nad tym co jedzą ich podopieczni.



O sposób odżywiania podopiecznych dba przede wszystkim rodzina. Opiekunowie prywatni dbają przede wszystkim o nawodnienie podopiecznego. **Zachowanie odpowiedniego poziomu nawodnienia nie jest łatwe**, jednak w przyjmowaniu odpowiedniej ilości płynów **wspiera ich butelka z miarką – łatwiej kontrolować ilość spożytego płynu i zachęcić podopiecznego do picia**.

DBAŁOŚĆ O ZDROWIE



Podstawową formą dbania o zdrowie i jakość opieki jest **stosowanie się do zaleceń. Nie podnoszą swoich kwalifikacji** w tym zakresie.



Informacje o sposobach dbania o odleżyny i wykonywania zastrzyków przeciwzakrzepowych **czerpią z filmików na YT, od pielęgniarek środowiskowych i lekarzy podczas wizyt z podopiecznymi**. Wykonywanie podstawowych czynności przy podopiecznym w percepcji opiekunów nieformalnych nie jest skomplikowane i **wymaga wypracowania własnych mechanizmów**.

DBAŁOŚĆ O STAN FIZYCZNY



Najczęściej wiąże się z **modyfikacjami w łazience, których skala zależy od możliwości finansowych opiekunów**. Badani opiekunowie mają **ograniczoną świadomość możliwości otrzymania dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego**.



Opiekunowie starają się dbać o sprawność fizyczną podopiecznych, **zachęcając ich do spacerów po mieszkaniu** (przy balkoniku), **lub zabierają na spacerzy na zewnątrz**.

ZAPEWNIENIE BEZPIECZNEGO OTOCZENIA



Większość opiekunów rodzinnych **zapewnia swoim podopiecznym elektryczne łóżka**.



Opiekunowie prywatni nie mają znacznego wpływu na wyposażenie i zaaranżowanie mieszkań swoich podopiecznych. **Starają się odpowiedzieć opiekunom rodzinnym rozwiązania, które w ich ocenie zwiększą komfort i bezpieczeństwo ich podopiecznych**.

GODNOŚĆ



Poczucie partycypowania w domowym budżecie → pełnoprawni członkowie rodziny



Dbalność o **zachowanie poczucia decyzyjności podopiecznego** np. w obszarze żywienia (w ramach diety spełnianie jego życzeń). **Respektowanie granic intymności** → odwracanie wzroku, zastanianie miejsc intymnych nawet jeśli podopieczny jest członkiem najbliższej rodziny.



Ocena wysoce pozytywna



Ocena pozytywna



Ocena ambiwalentna



Ocena umiarkowanie negatywna



Ocena negatywna



ODŻYWIANIE

DIETA LEKKOSTRAWNA;

Ograniczenie spożywania smażonych posiłków, bogata w owoce i warzywa

SAMODZIELNE PRZYGOTOWANIE POSIŁKÓW;

Opiekunowie rodzinni i część opiekunów prywatnych samodzielnie przygotowuje posiłki (szczególnie jeśli mieszka z podopiecznym).

BUTELKI Z MIARKĄ;

Dzięki nim łatwo kontrolować ilość przyjętego płynu i zachęcić do dalszego picia.

DBAŁOŚĆ O ZDROWIE I JAKOŚĆ OPIEKI

BEZPŁATNE SZKOLENIE (ON-LINE) ORGANIZOWANE PRZEZ URZĄD DZIELNICY TARGÓWEK DLA OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH Z ZAKRESU OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI;

Szkolenie prowadzone przez pielęgniarki i lekarzy specjalistów z zakresu geriatry. Celem szkolenia było zdobycie wiedzy z zakresu procesów psychologicznych zachodzących w przypadku demencji, ogólnego starzenia mózgu/ organizmu, sposobów rozpoznawania sygnałów otępienia, ale również umiejętności praktycznych związanych z opieką.

REGULARNA KONTROLA STANU ZDROWIA SENIORA;

Dzięki nim łatwo kontrolować ilość przyjętego płynu i zachęcić do dalszego picia.

DBAŁOŚĆ O STAN FIZYCZNY

PRZEBUDOWA ŁAZIENKI, GŁÓWNIEM POD KĄTEM MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA Z PRYSZNICA;

Dzięki nim łatwo kontrolować ilość przyjętego płynu i zachęcić do dalszego picia.

MONTAŻ W ŁAZIENCE UCHWYTÓW I STOSOWANIE MAT ANTY POŚLIZGOWYCH;

Zwiększenie bezpieczeństwa i wygody podopiecznego podczas wykonywania czynności higienicznych i ogólnego przebywania w łazience.

WYPOSAŻENIE MIESZKANIA W SPECJALISTYCZNE SPRZĘTY;

Np. kuchenka uniemożliwiająca ułatwienie gazu w przypadku odkręcenia kurka → Opiekunowie, którzy zauważają u swoich podopiecznych początki choroby Alzheimera, bądź problemy z pamięcią ze względu na wiek lub przyjmowane leki,



ZAPOBIEGANIE IZOLACJI SPOŁECZNEJ

ZAPOBIEGANIE IZOLACJI SPOŁECZNEJ W INTYTUCJACH OPIEKI PAŃSTOWEJ MA STOSUNKOWO WĄSKI ZAKRES

Ośrodki takie jak DPS, ZOL, ZPO na ogół udostępniają swoim podopiecznym sale (w czasie posiłków pełnią rolę stołówki), w których mogą się spotykać: grać w karty, uczestniczyć w terapii zajęciowej, oglądać wspólnie telewizję.

Ponadto część ośrodków posiada niewielkie ogródki, do których samodzielni fizycznie podopieczni mogą wychodzić na spacer, bądź spotykać się z członkami rodziny.

PRYWATNE DOMY OPIEKI ZAPEWNIAJĄ SWOIM PODOPIECZNYM SZERSZY WACHLARZ MOŻLIWOŚCI INTERAKCJI Z INNYMI PODOPIECZNYMI I ŚWIATEM ZEWNĘTRZNYM

Prywatne domy opieki poza zapewnieniem podopiecznym wspólnej przestrzeni, organizują swoim podopiecznym różnorodne zajęcia w ośrodku (specjalne sale np. do muzykoterapii, groty solne, kącik do malowania).

Część prywatnych domów organizuje wspólnie z podopiecznymi okazjonalne imprezy np. Dzień dziecka (seniorzy przygotowują kartki dla dzieci), Dzień rodziny (podopieczni przygotowują przekąski i zapraszają swoje rodziny).

Dodatkowo osoby samodzielne i z ograniczeniami mobilności mają możliwość uczestniczenia w wyjściach do kina, na lody, bądź do pobliskiego parku. Organizowane są również dalsze 1-dniowe wycieczki np. nad morze.

Staramy się, żeby jednak nie siedzieli cały dzień w pokojach. To wymaga od nas ściągnięcia ich z tych wózków i idziemy na spacer też z tymi wózkami, ale to jak my mówimy, każda ma swój wózek, jedna drugiej pomoże i dajemy radę i na wycieczki jeździmy też różne. Tak na 1 dzień, jeździmy zawsze sobie nad morze w tą i z powrotem, każdy zadowolony, odetchnie trochę jodem, posiedzimy na plaży, bo się tam raczej nie kąpią, ale samo to, że byli gdzieś nad morzem, że pojechaliśmy razem, fajnie jest [IDI 34, Gr C, terapeuta zajęciowy]

Lubię tych podopiecznych, lubię tą jednostkę, w której pracuję. Może gdybym była w innej jednostce, to niekoniecznie. Natomiast tutaj tak jak mówię, nie brakuje mi ani pieluch, ani rękawiczek, ani środków. Ci podopieczni są czysti, wymyjni, wypielęgowani. Mamy nawet dla nich taki kącik muzykoterapii, w którym zawsze staramy się im przynajmniej na godzinę włączyć piosenki. Mają herbatę, jedzenie też jest odpowiednie. Jeśli potrzebuję zmiksowane, to mam zmiksowane. Jeśli potrzebuję odpowiednie Nutridrinki, to też je mam. One też są drogie, ale tutaj nie mam takiego problemu [IDI 33, Gr B, pielęgniarka]



ODŻYWIANIE

Z DEKLARACJI BADANYCH WYNIKA, ŻE NAJŁATWIEJ DBAĆ O WŁAŚCIWE ODŻYWIANIE PODOPIECZNYCH, PRYWATNYM PLACÓWKOM OPIEKUŃCZYM

Większość placówek prywatnych zatrudnia dietetyków, którzy dopasowują jadłospis do potrzeb pacjentów, nawet jeśli pożywienie zapewniane jest w formie cateringu.

Niewiele DPS-ów, ZOL-i i ZPO posiada własną kuchnię → bardziej wykorzystywana do podgrzewania jedzenia, dostępna dla pacjentów do przygotowania kawy, herbaty, prostego jedzenia.

Własna kuchnia ze świeżo przygotowanymi posiłkami pojawia się w prywatnych placówkach opiekuńczych finansowanych ze środków prywatnych i programów unijnych.

- Takie podejście pozwala kontrolować jakość podawanych podopiecznym posiłków i indywidualnie dopasowywać je do potrzeb zdrowotnych, ale również do preferencji kulinarnych.

DOSTARCZANIE PODOPIECZNYM SPECJALNYCH SUPLEMENTÓW UZUPEŁNIAJĄCYCH DIETĘ

Placówki finansowane ze środków prywatnych poza dopasowywaniem rodzaju posiłków do zaleceń lekarzy i podawania ich w wygodnej dla podopiecznego formie (np. blendowane) w przypadku osób z niedożywieniem podają podopiecznym doustne preparaty odżywcze (np. Nutridrinki).

STOSUNKOWO TRUDNO UTRZYMAĆ ODPOWIEDNI POZIOM NAWODNIENIA ORGANIZMU

- Pilnowanie odpowiedniego poziomu spożycia płynów jest stosunkowo trudne we wszystkich typach placówek, ponieważ pozostaje głównie w gestii podopiecznych.
- O ile odbieranie naczyń po posiłkach ułatwia skontrolowanie czy podopieczny zjadł posiłek, o tyle pilnowanie nawadniania wiązałoby się w ocenie pielęgniarek i opiekunów z ciągłym pilnowaniem pacjentów (brak czasu).
- Opiekunowie formalni pracujący w ZOL, DPS i ZPO starają się przypominać pacjentom o nawadnianiu, natomiast część placówek finansowanych ze środków prywatnych zakupiło swoim podopiecznym butelki z miarką wskazującą ilość wypitego płynu.



UTRZYMANIE ODPOWIEDNIEGO STANU FIZYCZNEGO

WSZYSTKIE PLACÓWKI NIEZALEŻNIE OD ŹRÓDŁA FINANSOWANIA POD WZGLĘDEM DOSTĘPNOŚCI OCENIANE SĄ PRZEZ BADANYCH POZYTYWNE

Niezależnie czy jest to placówka publiczna, czy też finansowana ze środków prywatnych, opiekunowie formalni przyznają, że ośrodek musi być dostosowany do wymogów osób z ograniczoną sprawnością fizyczną, bo inaczej nie byłby dopuszczony do użytku z takim przeznaczeniem.

W związku z powyższym wszystkie placówki, których przedstawiciele wzięli udział w badaniu deklarowali, że są wyposażone w windy (wewnętrzne), a wzdłuż korytarzy umieszczone są poręcze. Łazienki mają szerokie drzwi, prysznice bez brodzików (łatwy dostęp dla wózków inwalidzkich) z uchwyty, stołki etc.

ŁÓŻKA STEROWANE ELEKTRYCZNIE SĄ STANDARDEM WE WSZYSTKICH PLACÓWKACH, JEDNAK BARDZIEJ SPECJALISTYCZNY SPRZĘT DOSTĘPNY JEST W OGRANICZONYM ZAKRESIE

Specjalistyczne łóżka sterowane elektrycznie, ze specjalnymi barierkami dostępne są we wszystkich typach placówek objętych badaniem. Zarówno pielęgniarki, jak i opiekunki przyznają, że są one bardzo wygodne zarówno dla podopiecznych jak i personelu → łatwiejsza współpraca pacjenta z opiekunem podczas mycia (przyciąga się za barierkę), większa samodzielność (elektryczne podnoszenie głowy/nóg), bezpieczeństwo.

To czego najbardziej brakuje opiekunom medycznym w państwowych ośrodkach

pomocy, to większa liczba dźwigów umożliwiających przenoszenie pacjentów.

Z perspektywy opiekunów formalnych jest to bardzo istotny element wyposażenia – pozwala uniknąć opiekunowi problemów z własnym kręgosłupem, jednocześnie jest sposobem bezpiecznego przenoszenia podopiecznego.

Posiadają go zarówno instytucje prywatne, jak i państwowe, jednak jeśli są dostępne w ZOL lub ZOP, to jest ich zbyt mało (jeden dźwig na np. trzy piętra).

- Z deklaracji badanych (szczególnie opiekunów i pielęgniarek) wynika, że jeśli muszą przetransportować pacjenta niesamodzielnego, to znacznie szybciej jest im wezwać współpracownika, niż szukać dźwigu na oddziałach i przyprowadzać go na swój.

BADANI OPIEKUNOWIE FORMALNI WSKAZUJĄ, ŻE WSPARCIE REHABILITANTÓW I FIZJOTERAPEUTÓW ŚWIADCZONE JEST PRZEZ WSZYSTKIE PLACÓWKI OBJĘTE BADANIEM

Wszystkie placówki, których przedstawiciele wzięli udział w badaniu, zatrudniają rehabilitantów i fizjoterapeutów, którzy są odpowiedzialni za rehabilitację pacjentów samodzielnych ruchowo w wydzielonych i wyposażonych w tym celu pomieszczeniach.

Oprócz zajęć typowo rehabilitacyjnych, podopieczni mogą również uczestniczyć w terapii zajęciowej.

Terapeuci zajęciowi przyznają, iż w ramach współpracy z pacjentem starają się łączyć w sobie szkolenie różnych umiejętności np. zajęcia manualne w grupach (interakcje społeczne + rehabilitacja + sprawność intelektualna → np. wspólne kolorowanie, sprzątnięcie po posiłkach, przygotowanie kartek na święta, przekąsek na przyjęcia).



FUNKCJONOWANIE INTELEKTUALNE

ZACHĘCANIE PODOPIECZNYCH DO REALIZACJI SWOICH PASJI, KTÓRE OPIEKUNOWIE TRAKTUJĄ JAKO TRENING SPRAWNOŚCI INTELEKTUALNEJ

Poza uczestnictwem w terapii zajęciowej, opiekunowie medyczni i asystenci osób starszych deklarują, że ich podopieczni utrzymują odpowiedni poziom pracy intelektu oddając się swoim pasjom tzn. rozwiązują krzyżówki/ wykreślanki, kolorują obrazki, wyklejają różnego rodzaju obrazki, czyli starają się wykonywać prace twórcze.

CZĘŚĆ PODOPIECZNYCH ZGŁASZA POCZUCIE OSAMOTNIENIA, CO UTRUDNIA ZACHOWANIE ICH W DOBREJ KONDYCJI INTELEKTUALNEJ

Problem poczucia osamotnienia podopiecznych zauważany był częściej przez opiekunów formalnych pracujących w państwowych ośrodkach, niż w prywatnych.

Pojedynczy podopieczni cierpią na zdiagnozowaną depresję i poddawane są leczeniu farmakologicznemu.

W przypadku silnego poczucia smutku i osamotnienia opiekunowie, asystenci i pracownicy socjalni, starają się przede wszystkim rozmawiać ze swoimi podopiecznymi i budować w nich poczucie bycia potrzebnym.

Część fizjoterapeutów przyznaje, iż kontakt z osobami, których dotyczy problem osamotnienia jest o tyle trudny, że osoby te, nie chcą współpracować, nie widzą sensu wykonywania poleceń, szybko się zniechęcają.

- W takich sytuacjach doświadczenie podpowiada im, że należy chwilowo odpuścić pacjentowi, dać mu odetchnąć, spróbować porozmawiać i potem zachęcić do aktywności.

SPOSÓB POBUDZANIA SPRAWNOŚCI INTELEKTUALNEJ PODOPIECZNYCH ZALEŻY GŁÓWNIEM OD KREATYWNOŚCI I DOŚWIADCZENIA OPIEKUNÓW

Terapeuci zajęciowi przyznają, iż mają ramy programowe wedle których muszą opracować plan zajęć, jednak kierownictwo (szczególnie w ośrodkach finansowanych z prywatnych środków) pozostawia im również pewną dozę swobody.

Opiekunowie z prywatnych domów opieki deklarują większą łatwość w otrzymywaniu finansowania na realizację zajęć z podopiecznymi (zajęcia muzykoterapii, dogoterapii, zakup potrzebnych materiałów plastycznych).



ZAPOBIEGANIE IZOLACJI SPOŁECZNEJ	ODŻYWIANIE	UTRZYMANIE ODPOWIEDNIEGO STANU FIZYCZNEGO	FUNKCJONOWANIE INTELEKTUALNE
<p>WSPÓLNA PRZESTRZEŃ PRZYSTOSOWANA DO OKREŚLONEGO TYPU ZAJĘĆ; Np. specjalna sala do muzykoterapii, pomieszczenie wyposażone w sole (coś na kształt groty solnej).</p>	<p>PRZYGOTOWYWANIE POSIŁKÓW NA MIEJSCU W OŚRODKÓW; Dbanie o wartości odżywcze posiłków i ich jakość (placówki prywatne finansowane ze środków prywatnych).</p>	<p>ŁĄCZENIE TRENINGU RÓŻNYCH UMIEJĘTNOŚCI W RAMACH JEDNYCH ZAJĘĆ; Np. zajęcia manualne w grupach (interakcje społeczne + rehabilitacja + sprawność intelektualna → np. wspólne kolorowanie, sprząatanie po posiłkach, przygotowanie kartek na święta, przekąsek na przyjęcia).</p>	<p>ORGANIZACJA DODATKOWYCH ZAJĘĆ; zajęcia muzykoterapii, dogoterapii,</p>
<p>PRZESTRZEŃ NA ZEWNĄTRZ NP. MNIEJSZY/WIĘKSZY PARK/ OGRÓD; w którym podopieczni mogą swobodnie się spotykać, a osoby z ograniczeniami ruchowymi są wyprowadzane na spacer przez opiekunów.</p>	<p>ZATRUDNIANIE DIETETYKA; Indywidualne dopasowanie diety do potrzeb i preferencji kulinarnych, co nie oznacza, iż każdy podopieczny otrzymuje inny rodzaj posiłku. Dietetyk analizuje potrzeby indywidualnie, a następnie tworzy grupy posiłków, tak by odpowiadały potrzebom określonych grup podopiecznych.</p>	<p>STEROWANE ELEKTRYCZNIE ŁÓZKA; Zarówno pielęgniarki, jak i opiekunki przyznają, że są one bardzo wygodne zarówno dla podopiecznych jak i personelu.</p>	
<p>WYCIECZKI 1 – DNIOWE; finansowane z funduszy przyznanych przez wójta gminy.</p>	<p>STOSOWANIE DOUSTNYCH PREPARATÓW ODŻYWCZYCH; Uzupełnianie diety w przypadku niedożywienia lub niedożywienia w wyniku choroby.</p>		
<p>WSPÓLNE PRZYGOTOWYWANIE IMPREZ OKOLICZNOŚCIOWYCH; Np. przekąsek na Dzień rodziny (wymiar społeczny, ale również intelektualny)</p>	<p>BUTELKI Z MIARKĄ; Ułatwiający kontrolowanie ilość spożytego płynu na dobę</p>		



	ZAPOBIEGANIE IZOLACJI SPOŁECZNEJ	ODŻYWIANIE	UTRZYMANIE ODPOWIEDNIEGO STANU FIZYCZNEGO	FUNKCJONOWANIE INTELEKTUALNE	GODNOŚĆ
<p>OPIEKUNOWIE FORMALNI INSTYTUCJONALNI</p>	<p>Wspólna przestrzeń do spędzania czasu w towarzystwie innych pacjentów, gdzie mogą oglądać tv, grać w karty. Niektórzy opiekunowie mają do dyspozycji niewielki ogród, gdzie spotykają się podopieczni.</p>	<p>Podopieczni otrzymują posiłki dopasowane do zaleceń lekarza np. lekkostrawna, dla cukrzyków etc. Badani deklarują, że ośrodki, w których pracują korzystają z cateringu (nie przygotowują posiłków samodzielnie)</p>	<p>Zarówno państwowe, jak i prywatne placówki, z którymi rozmawiano w ramach badania jakościowego dostosowane są pod względem dostępności do wymogów OzN i starszych (podjazdy, barierki etc) Specjalistyczne łóżka sterowane elektrycznie, ze specjalnymi barierkami dostępne są we wszystkich typach placówek objętych badaniem. Badani opiekunowie formalni wskazują, że wsparcie rehabilitantów i fizjoterapeutów świadczone jest przez wszystkie placówki objęte badaniem.</p>	<p>Silne poczucie osamotnienia z powodu braku kontaktu z rodziną powoduje, że współpraca z pacjentami jest trudna. Opiekunowie starają się zachęcać podopiecznych do aktywności.</p>	<p>Przebywanie w większej liczby pacjentów (3 -4) w sali nie zawsze umożliwia zapewnienie poczucia intymności.</p> <p>Pielęgniarki i opiekunowie starają się szanować wolę podopiecznych i nie zmuszać ich do wykonywania czynności, których robić nie chcą (w granicach rozsądku i dbałości o zdrowie). Zachowanie czystych warunków bytowych.</p>
<p>OPIEKUNOWIE WSPÓŁPRACUJĄCY Z NGO'S</p>	<p>Poza wspólną przestrzenią wewnątrz i na zewnątrz, organizowane są również wycieczki jednodniowe (dofinansowane z funduszy gminy) lub imprezy okolicznościowe np. Dzień rodziny.</p>	<p>Podopieczni otrzymują posiłki dopasowane do zaleceń lekarza np. lekkostrawna, dla cukrzyków etc. Niektóre z badanych ośrodków same przygotowują posiłki, mają zatrudnionych dietetyków i stosują doustne preparaty odżywcze.</p>	<p>Badani opiekunowie formalni wskazują, że wsparcie rehabilitantów i fizjoterapeutów świadczone jest przez wszystkie placówki objęte badaniem.</p>	<p>Organizacja dodatkowych zajęć typu dogoterapii, terapii muzyką, sale na styl grotu solnej. Problem osamotnienia poruszany był znacznie rzadziej.</p>	<p>Dopasowanie płciowe opiekunów i podopiecznych.</p>
<p>FORMALNA OPIEKA DOMOWA</p>	<p>W zależności od stopnia sprawności podopiecznego, opiekunowie starają się wyjść z pacjentem na spacer, bądź towarzyszą mu w spotkaniach towarzyskich z sąsiadami w domu.</p>	<p>Sposób odżywiania zależy od możliwości finansowych podopiecznego, jednak opiekunowie starają się by jedli zdrowo i lekkostrawnie. Większą trudność sprawia pilnowanie odpowiedniego poziomu nawodnienia.</p>	<p>Zdarzają się podopieczni, których nie stać na specjalistyczny sprzęt, a ich świadomość odnośnie dofinansowania tego typu sprzętu jest niska (wsparcie od pracowników socjalnych w zakresie wniosków).</p>	<p>Opiekunowie starają się rozmawiać z podopieczni. Ponadto wspólnie rozwiązują krzyżówki, grają w gry (jeśli czas im na to pozwoli).</p>	

Źródło informacji:: wyniki badania jakościowego realizowanego na próbie celowej opiekunów nieformalnych n = 12 IDI

Ocena wysoce pozytywna
 Ocena pozytywna
 Ocena ambiwalentna
 Ocena umiarkowanie negatywna
 Ocena negatywna





UTRZYMANIE ODPOWIEDNIEGO STANU FIZYCZNEGO

WSZYSTKIE PLACÓWKI NIEZALEŻNIE OD ŹRÓDŁA FINANSOWANIA POD WZGLĘDEM DOSTĘPNOŚCI OCENIANE SĄ PRZEZ BADANYCH POZYTYWNE

Niezależnie czy jest to placówka publiczna, czy też finansowana ze środków prywatnych, opiekunowie formalni przyznają, że ośrodek musi być dostosowany do wymogów osób z ograniczoną sprawnością fizyczną, bo inaczej nie byłby dopuszczony do użytku z takim przeznaczeniem.

W związku z powyższym wszystkie placówki, których przedstawiciele wzięli udział w badaniu deklarowali, że są wyposażone w windy (wewnętrzne), a wzdłuż korytarzy umieszczone są poręcze. Łazienki mają szerokie drzwi, prysznic bez brodzików (łatwy dostęp dla wózków inwalidzkich) z uchwyty, stołki etc.

ŁÓŻKA STEROWANE ELEKTRYCZNIE SĄ STANDARDEM WE WSZYSTKICH PLACÓWKACH, JEDNAK BARDZIEJ SPECJALISTYCZNY SPRZĘT DOSTĘPNY JEST W OGRANICZONYM ZAKRESIE

Specjalistyczne łóżka sterowane elektrycznie, ze specjalnymi barierkami dostępne są we wszystkich typach placówek objętych badaniem. Zarówno pielęgniarki, jak i opiekunki przyznają, że są one bardzo wygodne zarówno dla podopiecznych jak i personelu → łatwiejsza współpraca pacjenta z opiekunem podczas mycia (przyciąga się za barierkę), większa samodzielność (elektryczne podnoszenie głowy/nóg), bezpieczeństwo.

To czego najbardziej brakuje opiekunom medycznym w państwowych ośrodkach

pomocy, to większa liczba dźwigów umożliwiających przenoszenie pacjentów.

Z perspektywy opiekunów formalnych jest to bardzo istotny element wyposażenia – pozwala uniknąć opiekunowi problemów z własnym kręgosłupem, jednocześnie jest sposobem bezpiecznego przenoszenia podopiecznego.

Posiadają go zarówno instytucje prywatne, jak i państwowe, jednak jeśli są dostępne w ZOL lub ZOP, to jest ich zbyt mało (jeden dźwig na np. trzy piętra).

- Z deklaracji badanych (szczególnie opiekunów i pielęgniarek) wynika, że jeśli muszą przetransportować pacjenta niesamodzielnego, to znacznie szybciej jest im wezwać współpracownika, niż szukać dźwigu na oddziałach i przyprowadzać go na swój.

BADANI OPIEKUNOWIE FORMALNI WSKAZUJĄ, ŻE WSPARCIE REHABILITANTÓW I FIZJOTERAPEUTÓW ŚWIADCZONE JEST PRZEZ WSZYSTKIE PLACÓWKI OBJĘTE BADANIEM

Wszystkie placówki, których przedstawiciele wzięli udział w badaniu, zatrudniają rehabilitantów i fizjoterapeutów, którzy są odpowiedzialni za rehabilitację pacjentów samodzielnych ruchowo w wydzielonych i wyposażonych w tym celu pomieszczeniach.

Oprócz zajęć typowo rehabilitacyjnych, podopieczni mogą również uczestniczyć w terapii zajęciowej.

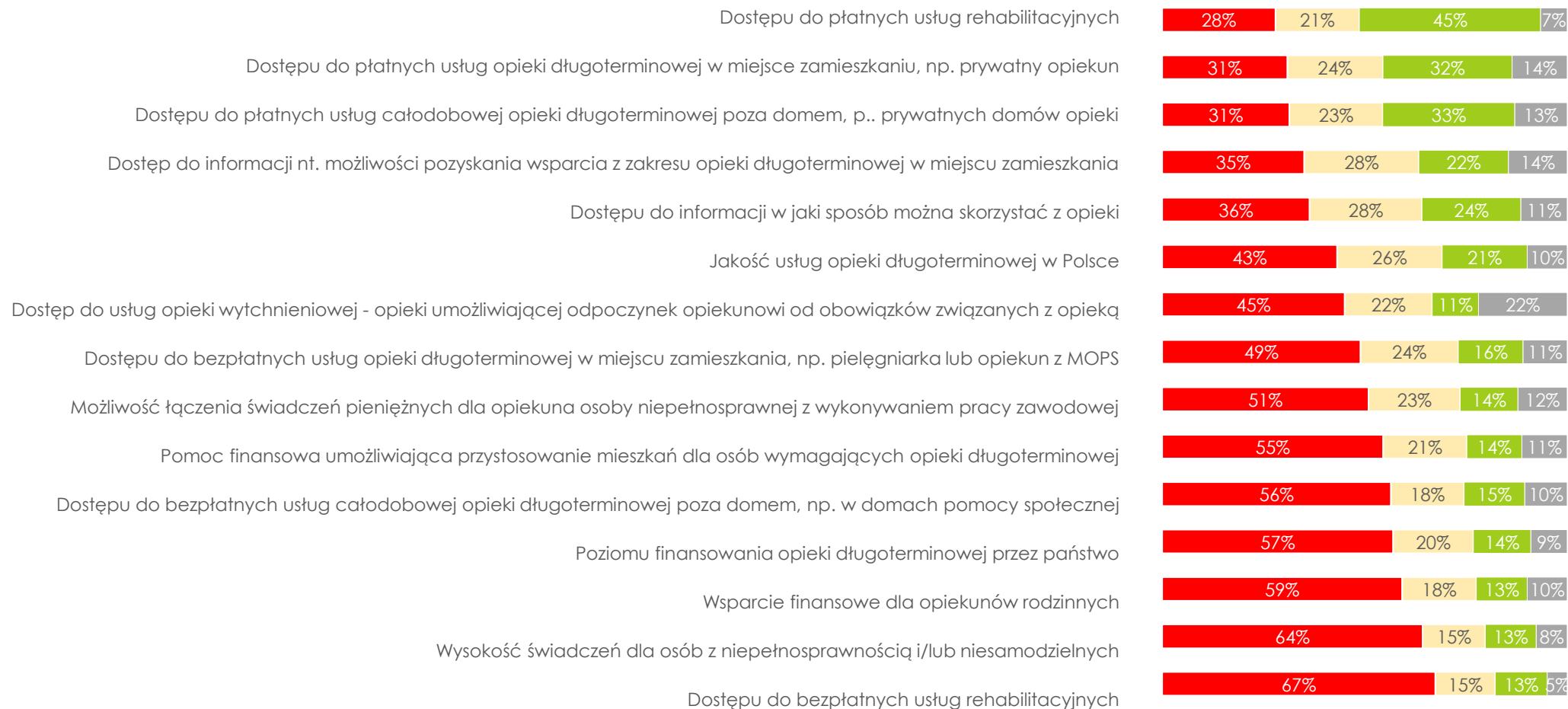
Terapeuci zajęciowi przyznają, iż w ramach współpracy z pacjentem starają się łączyć w sobie szkolenie różnych umiejętności np. zajęcia manualne w grupach (interakcje społeczne + rehabilitacja + sprawność intelektualna → np. wspólne kolorowanie, sprzątanie po posiłkach, przygotowanie kartek na święta, przekąsek na przyjęcia).



Pytanie: **Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem:**

Odpowiadający: wszyscy badani, n=1200.

■ negatywnie ■ neutralnie ■ pozytywnie ■ nie wiem, trudno powiedzieć

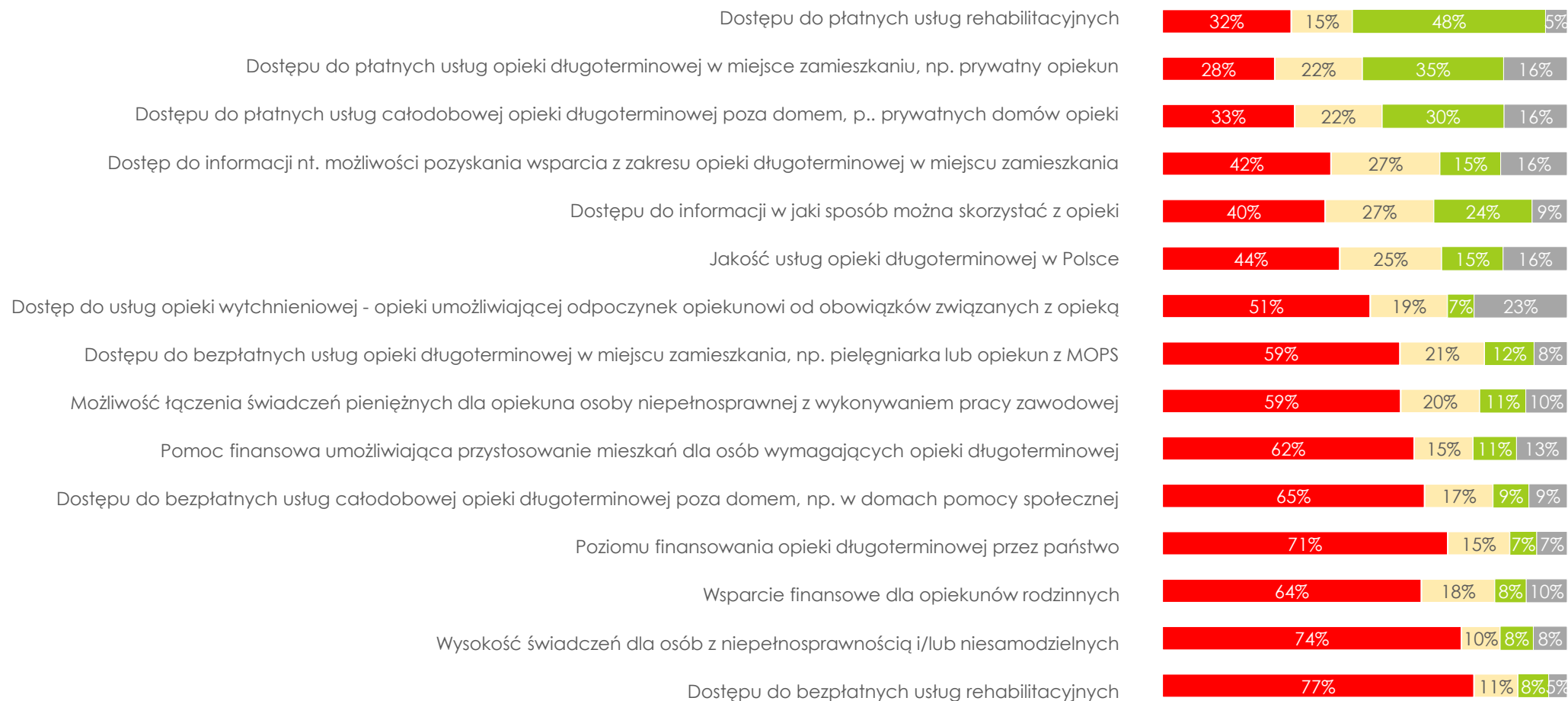




Pytanie: **Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem:**

Odpowiadający: osoby świadczące lub otrzymujące opiekę długoterminową, n=195.

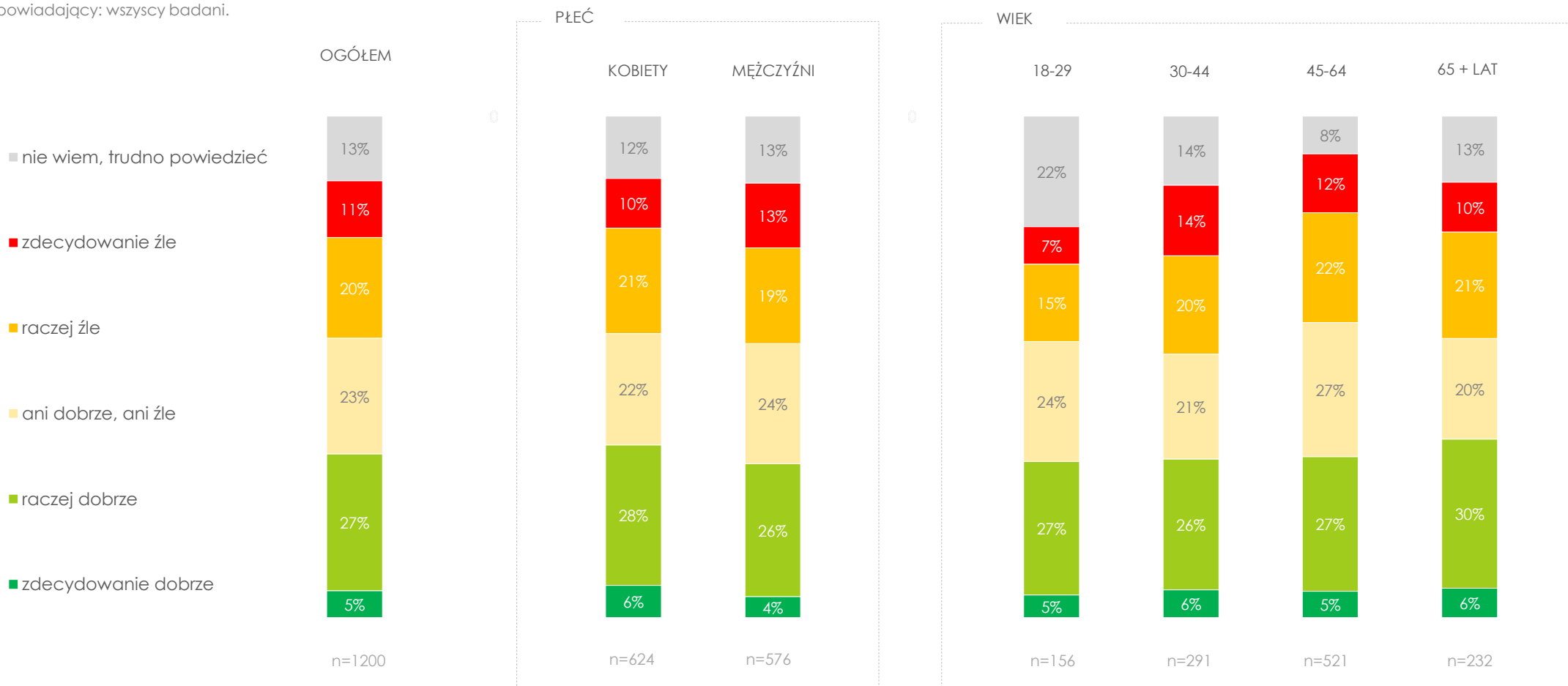
■ negatywnie ■ neutralnie ■ pozytywnie ■ nie wiem, trudno powiedzieć





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Dostępu do płatnych usług całodobowej opieki długoterminowej poza domem, p.. prywatnych domów opieki**

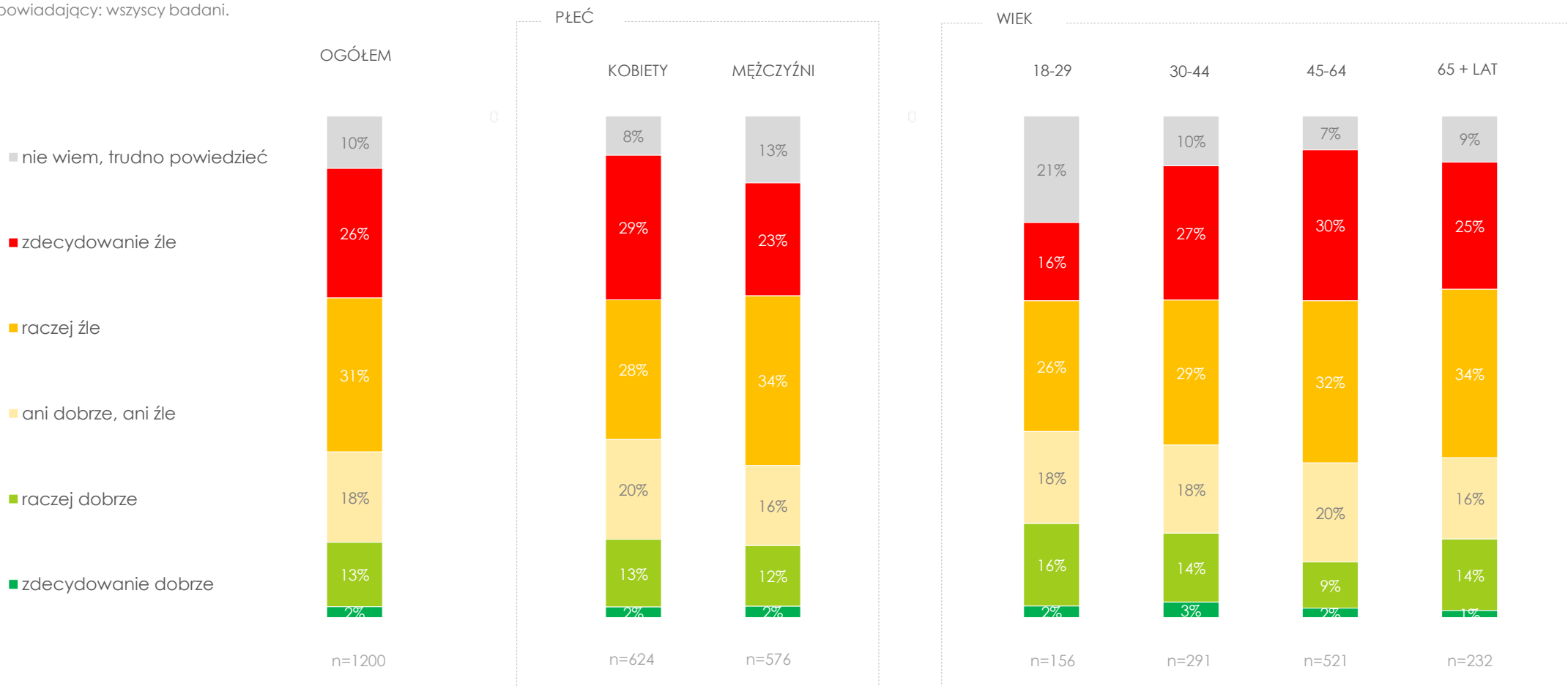
Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Dostępu do bezpłatnych usług całodobowej opieki długoterminowej poza domem, np. w domach pomocy społecznej**

Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Dostępu do płatnych usług opieki długoterminowej w miejsce zamieszkania, np. prywatny opiekun**

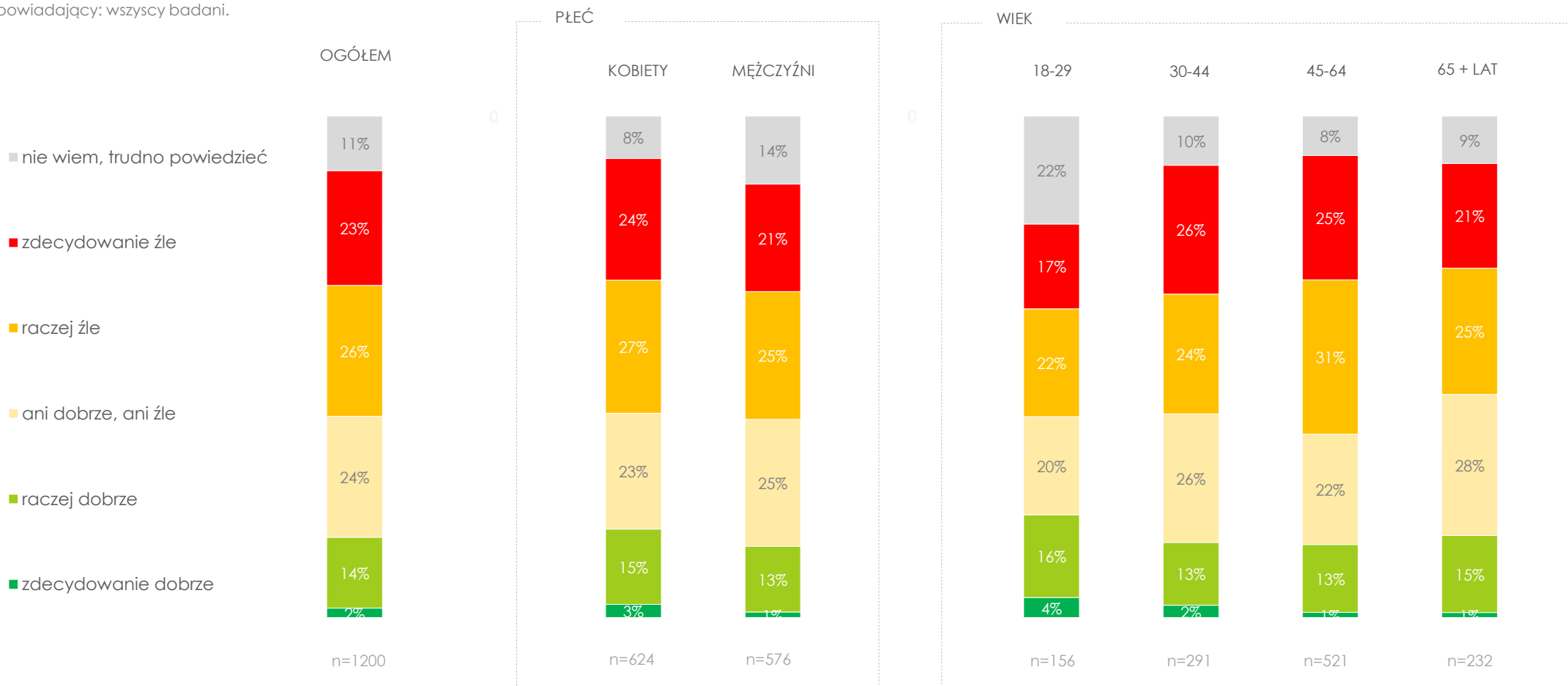
Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Dostępu do bezpłatnych usług opieki długoterminowej w miejscu zamieszkania, np. pielęgniarka lub opiekun z MOPS (Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej)**

Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Dostępu do bezpłatnych usług rehabilitacyjnych**

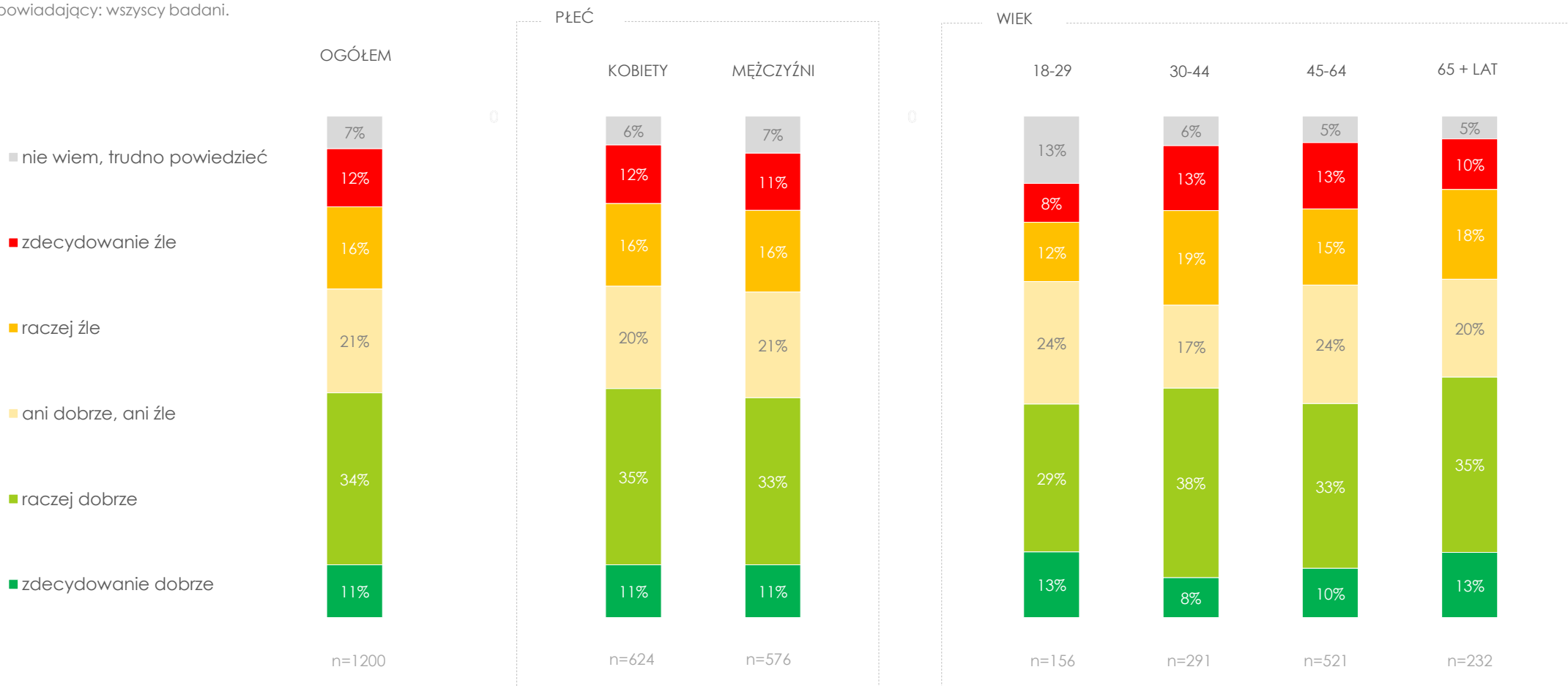
Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Dostępu do płatnych usług rehabilitacyjnych**

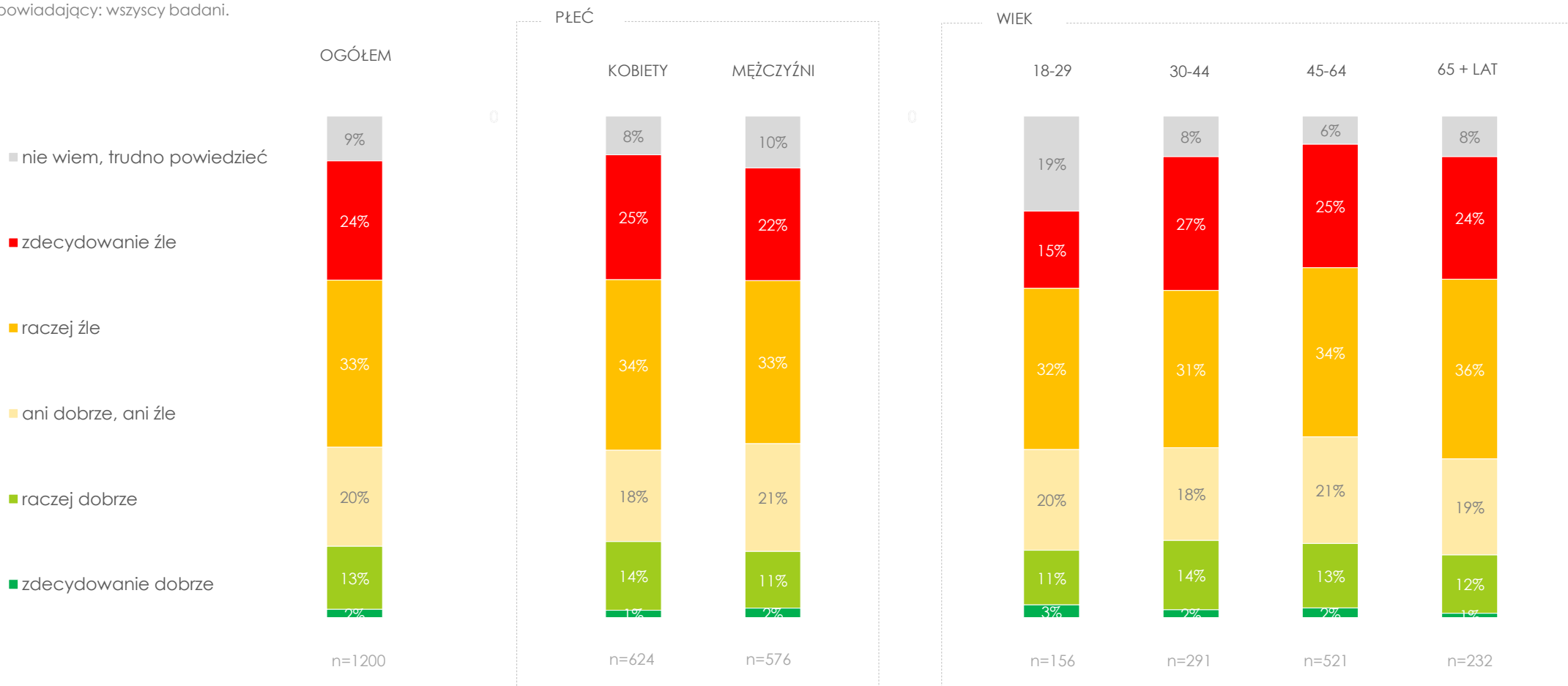
Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Poziomu finansowania opieki długoterminowej przez państwo**

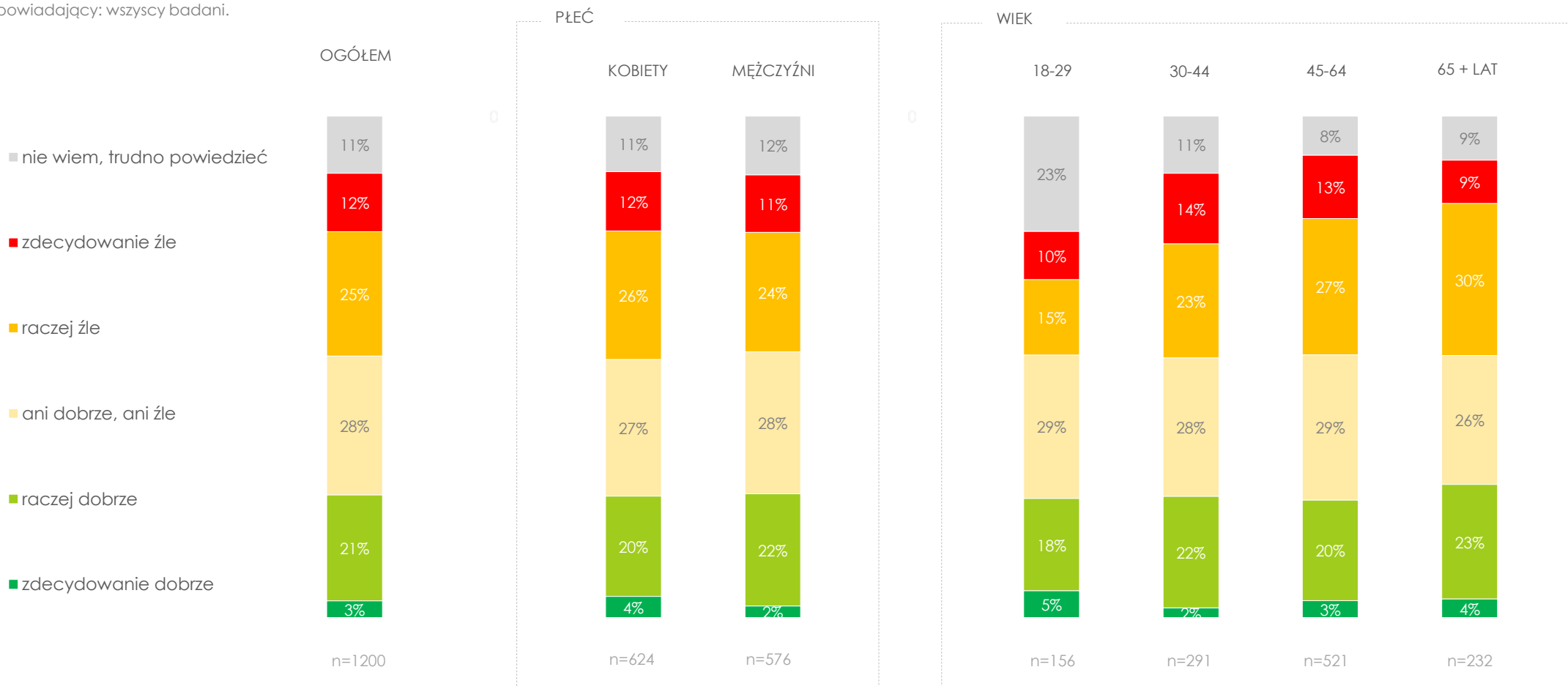
Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Dostępu do informacji w jaki sposób można skorzystać z opieki**

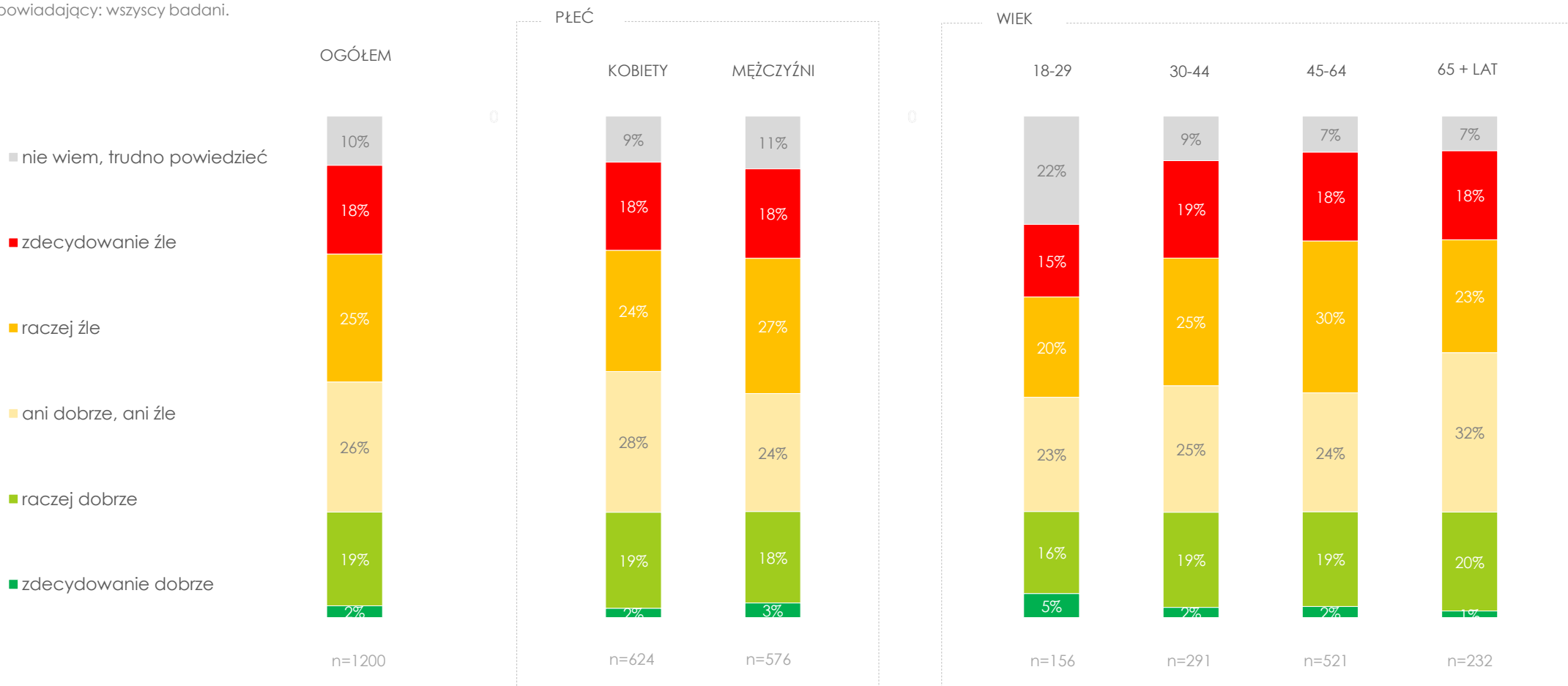
Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Jakość usług opieki długoterminowej w Polsce**

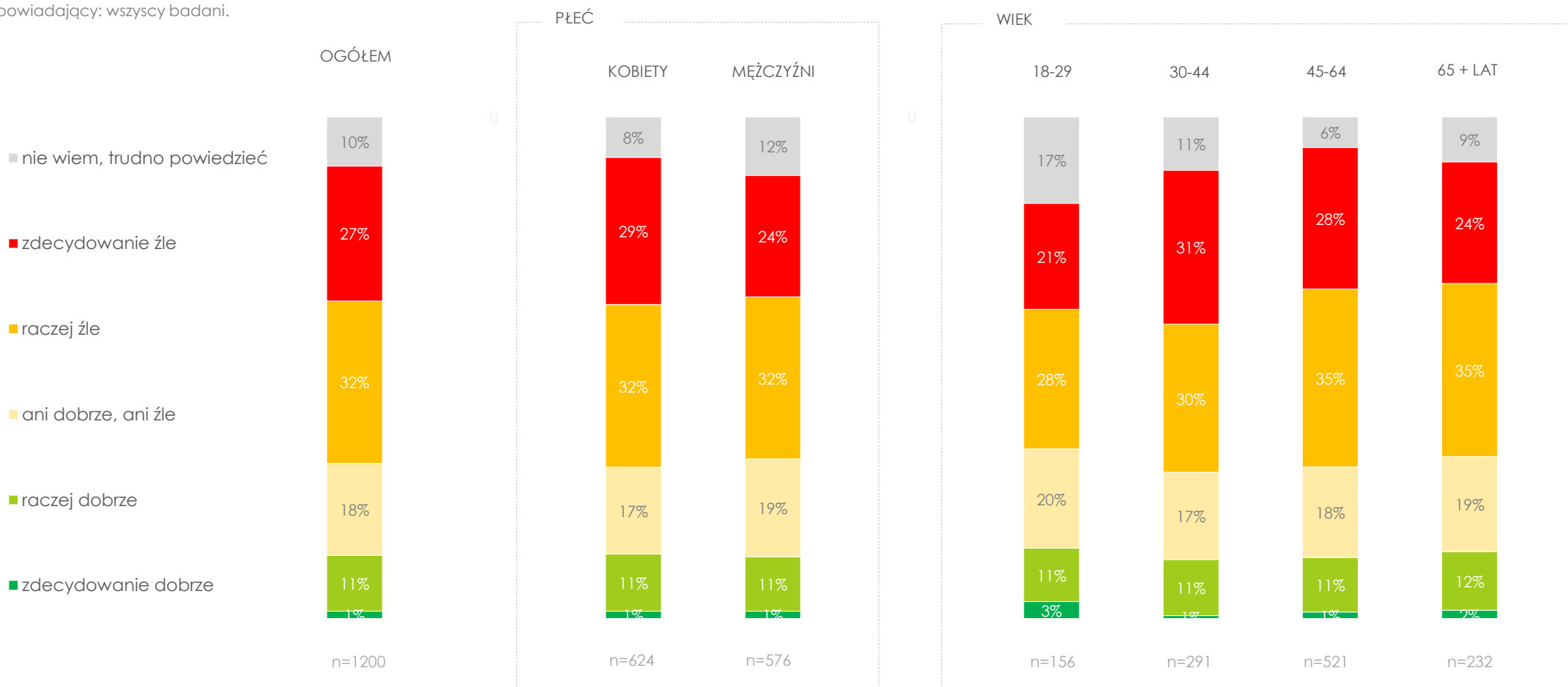
Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Wsparcie finansowe dla opiekunów rodzinnych**

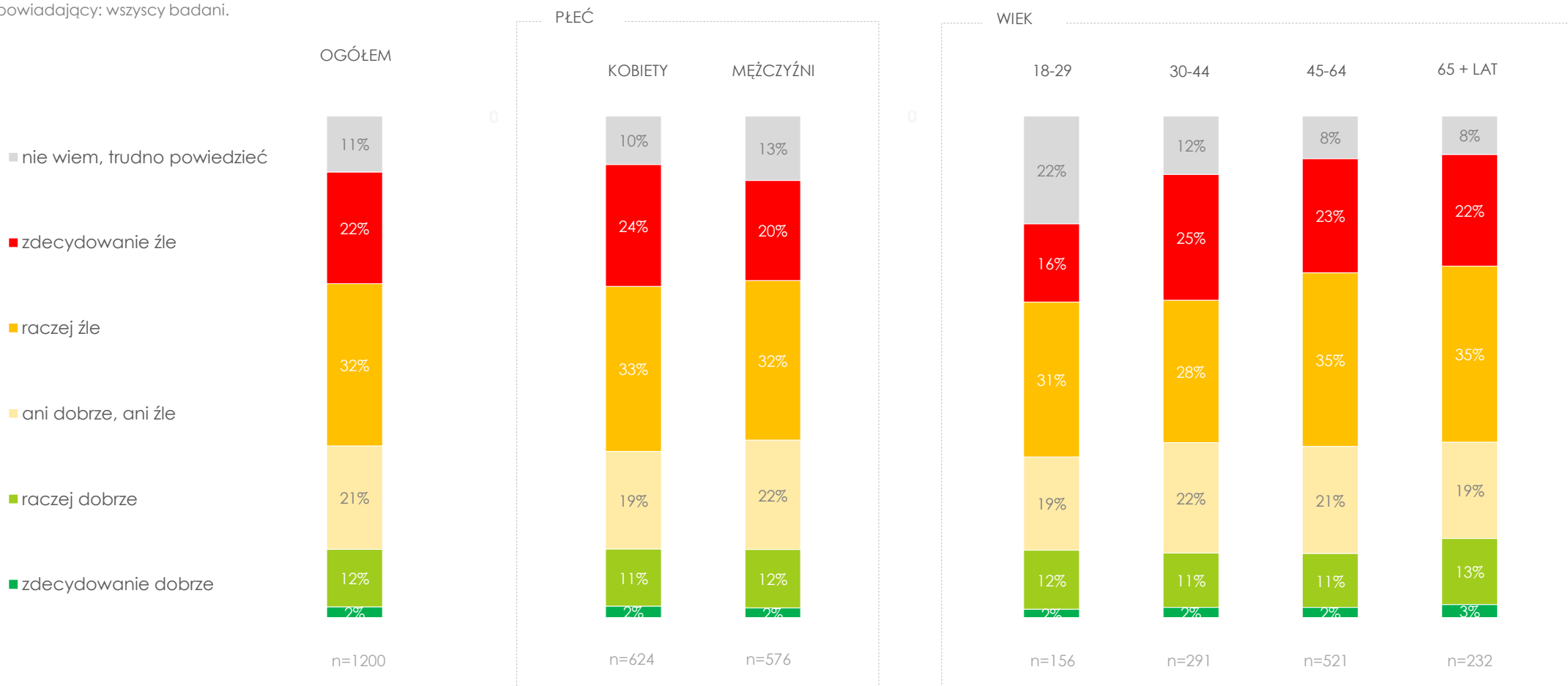
Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Pomoc finansowa umożliwiająca przystosowanie mieszkań dla osób wymagających opieki długoterminowej**

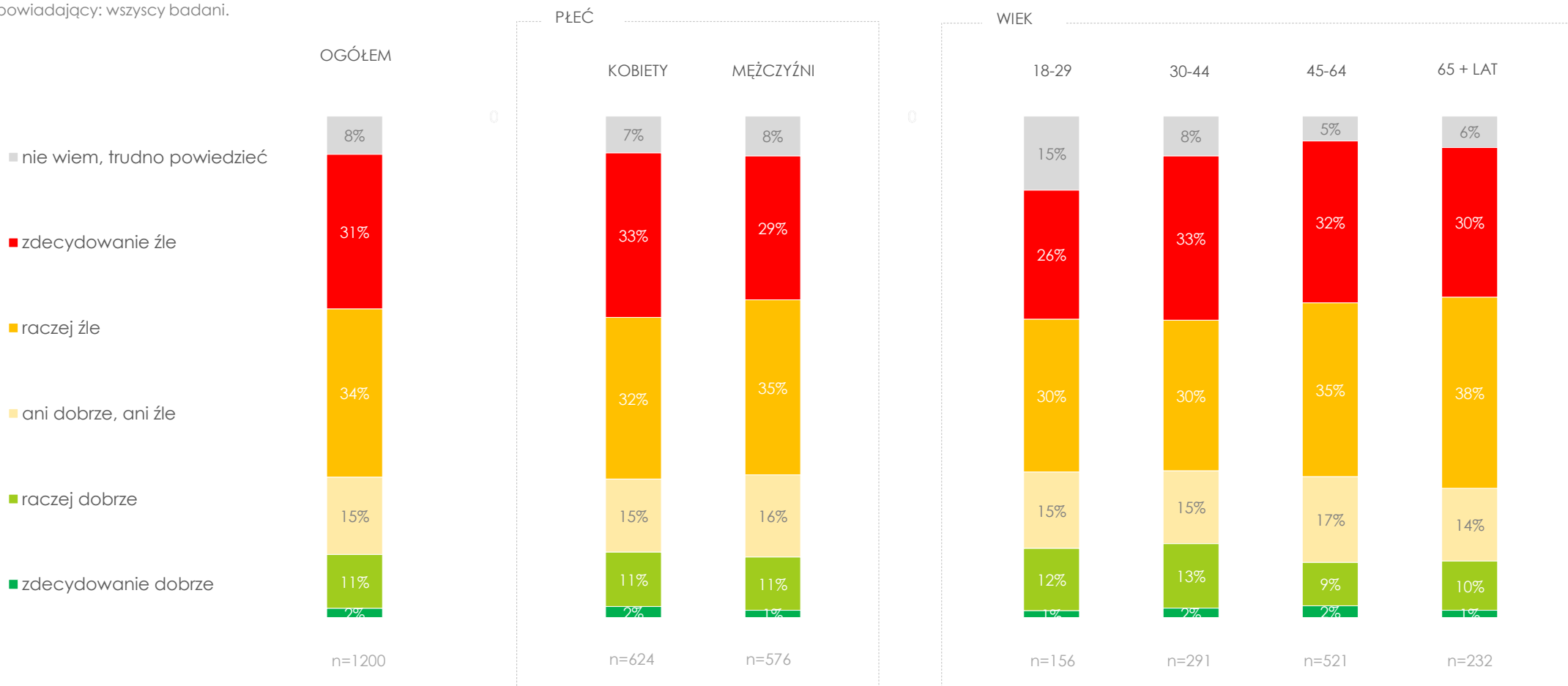
Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Wysokość świadczeń dla osób z niepełnosprawnością i/lub niesamodzielnych**

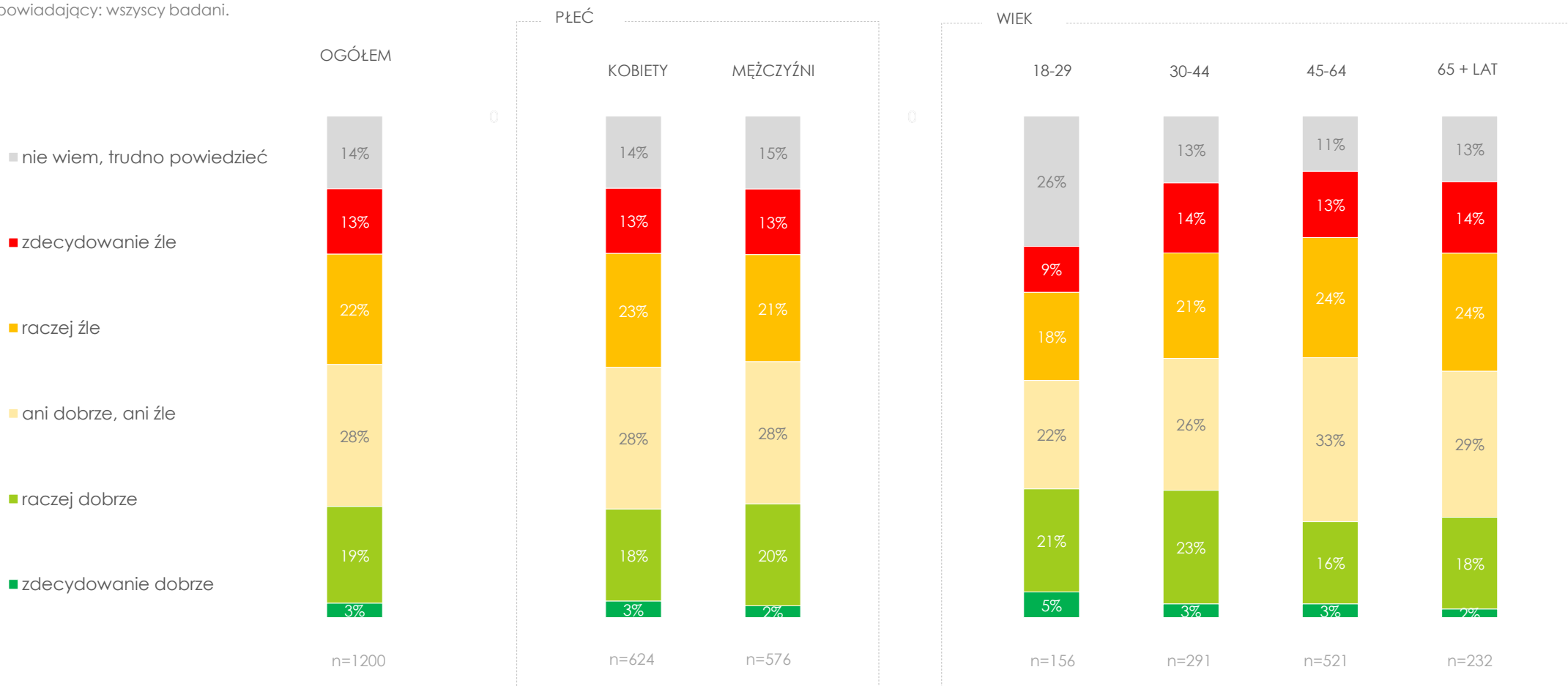
Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Dostęp do informacji nt. możliwości pozyskania wsparcia z zakresu opieki długoterminowej w miejscu zamieszkania**

Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Jak Pan(i) ocenia opiekę długoterminową w Polsce, pod kątem: Dostęp do usług opieki wychnieniowej - opieki umożliwiającej odpoczynek opiekunowi od obowiązków związanych z opieką**

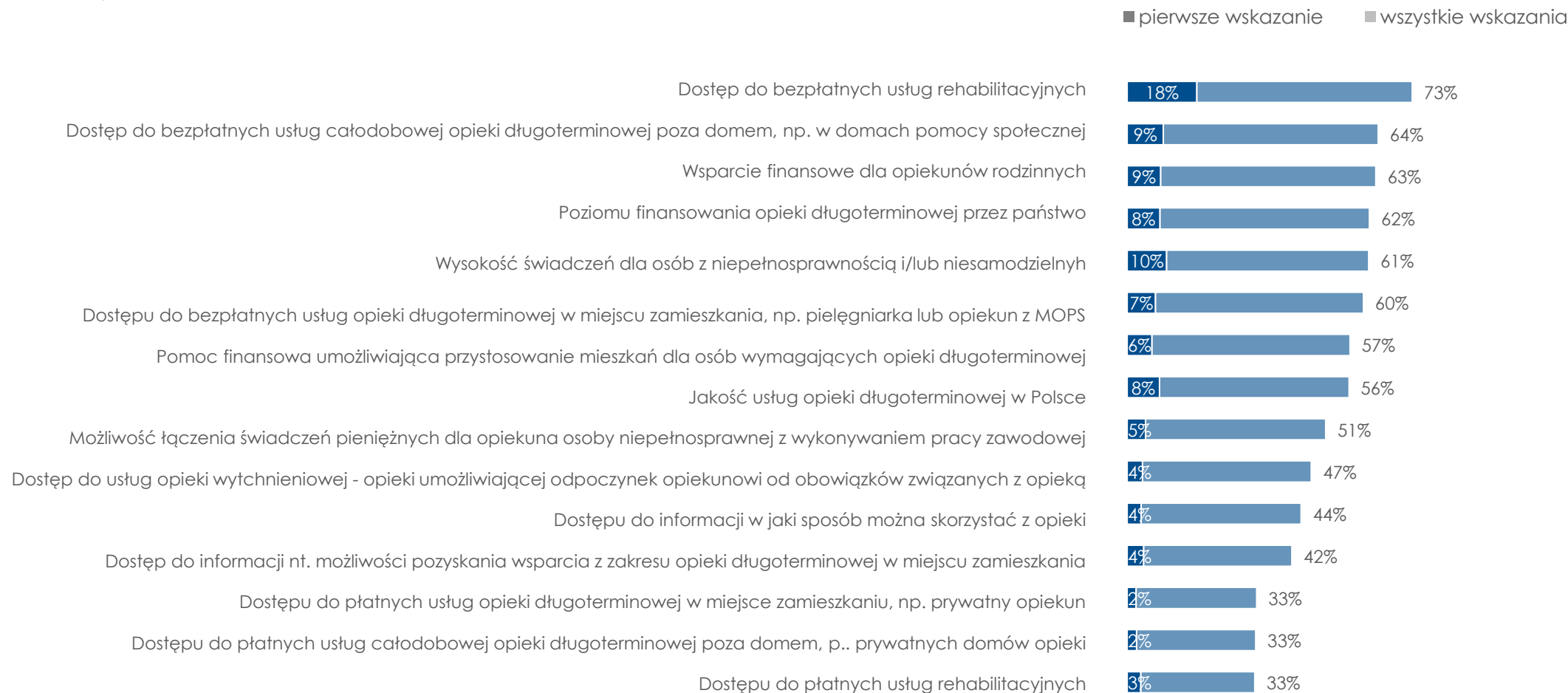
Odpowiadający: wszyscy badani.





Pytanie: **Które z aspektów opieki długoterminowej w Polsce powinny uzyskać większe wsparcie ze strony Państwa w najbliższej przyszłości?**

Odpowiadający: wszyscy badani, n=1200.





ASPEKTY OCENIANE NEGATYWNIE I WYMAGAJĄCE POPRAWY

NISKI POZIOM ZAROBKÓW;

Pracownicy instytucjonalni (szczególnie pielęgniarki, opiekunowie medyczni, rzadziej fizjoterapeuci i c

Kwotę tę postrzegają jako wysoce niewspółmierną do zakresu ich obowiązków, odpowiedzialności, a także zaangażowania w wykonywaną pracę. Warto jednak zauważyć, iż pytani o satysfakcjonujący poziom zarobków deklarowali wzrost o 50% stawki, natomiast fizjoterapeuci będą zadowoleni, jeśli ich stawki będą zrównane z europejskimi (45 – 50 euro za godzinę).

Pracownicy socjalni również oceniają swój poziom wynagrodzenia jako niski, głównie ze względu na pracę w terenie – wchodzenie do „specyficznych” bywa, że niebezpiecznych środowisk, niski poziom zwrotu kosztów za dojazdy do podopiecznych (drogie paliwo, niska kilometrówka).

BRAKI KADROWE;

W zależności od rodzaju placówki, w której pracowali respondenci wskazywane były potrzeby dot.:

- wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej oraz salowych – wymieniane przez opiekunów instytucjonalnych, szczególnie ZOL, DPS oraz część prywatnych domów opieki świadczących usługi w ramach środków pozyskanych z PRFON-u., rzadziej utrzymujących się ze środków prywatnych;
- opiekunów medycznych oraz pracowników socjalnych – wskazywani przez pracowników formalnej opieki domowej.
- znacznie rzadziej fizjoterapeutów, opiekunów medycznych, logopedów

AKTUALNIE STOSOWANE PRAKTYKI

WYNAGRODZENIE ZALEŻNE OD STAŻU PRACY, KWALIFIKACJI ORAZ STANOWISKA;

Niektóre prywatne domy opieki zatrudniając pracowników uzależniają poziom wynagrodzenia w opiece socjalnej stażu pracy oraz zajmowanego stanowiska. Wraz z biegiem lat pracownik obligatoryjnie powinien otrzymać awans, a co za tym idzie wzrost wynagrodzenia w ramach „widetek” zapisanych w ustawie o pomocy społecznej.

Inne domy opieki przy zatrudnianiu wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej, poziom wynagrodzenia ustalają w zależności od posiadanych specjalizacji i dodatkowych kwalifikacji.

Takie podejście do systemu wynagrodzeń ma szansę zmotywować część pracowników do podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

POSZERZANIE KOMPETENCJI PRACOWNIKÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ;

Część prywatnych domów opieki analizuje zalecenia lekarzy dla pacjentów, biorąc pod uwagę posiadany personel. Jeśli okazuje się, iż w danej dziedzinie brakuje specjalisty, bądź jest ich za mało względem potrzeb podopiecznych, pracodawca decyduje się wysłać pracowników na kursy podnoszące ich umiejętności np. z zakresu logopedii, bądź opieki geriatrycznej. W takiej sytuacji kursy są finansowane przez pracodawcę.

Umożliwienie i szkolenie opiekunów medycznych do wykonywania prostych czynności jak np. wkłucie centralnych – istotne wsparcie usług pielęgniarskich.



ASPEKTY OCENIANE NEGATYWNIE I WYMAGAJĄCE POPRAWY

BRAK REGULACJI DOTYCZĄCYCH FORMY ZATRUDNIENIA;

Większość opiekunów medycznych i asystentów osób starszych zatrudnianych przez NGO's świadczy usługi opiekuńcze na podstawie umowy zlecenie bądź posiada własną działalność i startuje w „konkursach”/przetargach ogłaszanych przez ośrodki. Takie formy nie są atrakcyjne dla osób świadczących usługi opiekuńcze ze względu na wysokie składki ZUS oraz brak płatnego urlopu.

SZTYWNE KRYTERIA PRZYZNAWANIA ŚWIADCZEŃ, NIE UWZGLĘDNIAJĄCE STANU SAMODZIELNOŚCI PODOPIECZNEGO;

Pracownicy formalnej opieki domowej (szczególnie opiekunowie medyczni, pracownicy socjalni) zauważają, iż system przydzielając opiekuna kieruje się wyłącznie sztywnymi „widełkami” dochodowymi. Stosunkowo często zdarza się, że osoba starsza przekracza przyjęty dochód i nie może skorzystać ze wsparcia, ale mimo to jej sytuacja mieszkaniowa/bytowa nie jest dobra.

BARDZO RYGORYSTYCZNE WYMAGANIA WOBEC WYKSZTAŁCENIA PRACOWNIKÓW POMOCY SPOŁECZNEJ;

Ostatnie zmiany w ustawie narzuca osobom chcącym zajmować się opieką społeczną posiadanie wykształcenia w zakresie pracy socjalnej (wcześniej dopuszczano osoby po psychologii, pedagogice lub resocjalizacji). Biorąc pod uwagę niski poziom zarobków, niewielu młodych ludzi decyduje się na studia na takim kierunku, przez co kierunki te nie są tworzone, a w efekcie brakuje wyspecjalizowanych pracowników.

DZIAŁANIA NAPRAWCZE → DOBRE PRAKTYWKI

KRÓTKI OKRES PRÓBNY I ZATRUDNIANIE NA UMOWĘ O PRACĘ;

Forma zatrudniania pracowników jest kwestią bardzo indywidualną danego ośrodka pomocy. O ile pielęgniarki dość często świadczą stosunek pracy w różnych miejscach (szpital + prywatny DPS) i umowy zlecenie są dla nich wygodne, o tyle dla opiekunów medycznych zatrudnionych przez jednego pracodawcę, taka forma jest mało atrakcyjna i zachęcająca.

Część instytucji oferuje swoim pracownikom krótką umowę na czas określony, a następnie przejście na umowę na czas nieokreślony w wymiarze pełnego etatu.

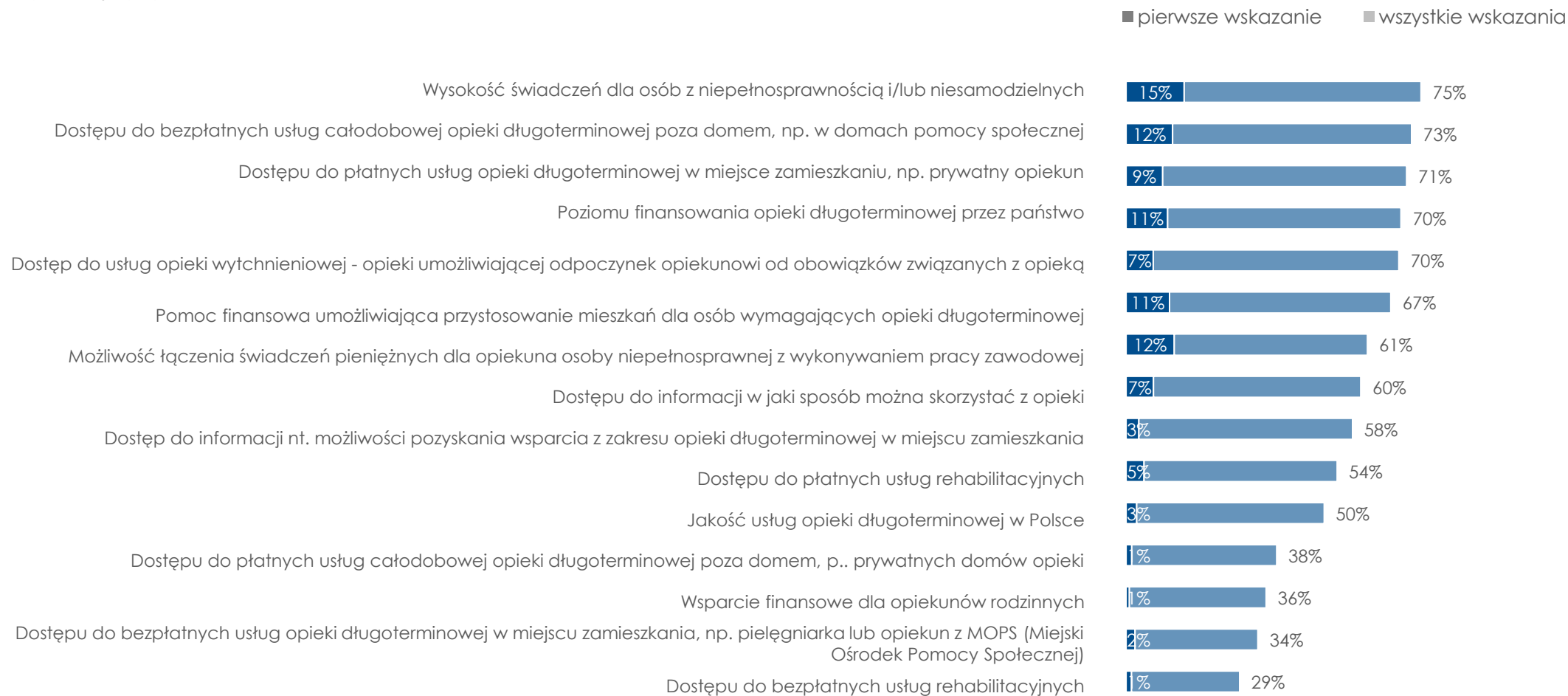
INDYWIDUALNA ANALIZA POTRZEB I MOŻLIWOŚCI PODOPIECZNEGO;

Jako rozwiązanie opiekunowie socjalni proponują posiadanie jakiejś „zapasowej puli środków” na wyjątkowe sytuacje tzn. wsparcie osób starszych, które przekraczają określone przez państwo progi dochodowe, ale ich sytuacja materialna/ mieszkaniowa/ bytowa mimo to nie jest dobra.



Pytanie: **Które z aspektów opieki długoterminowej w Polsce powinny uzyskać większe wsparcie ze strony Państwa w najbliższej przyszłości?**

Odpowiadający: opiekunowie, n=122

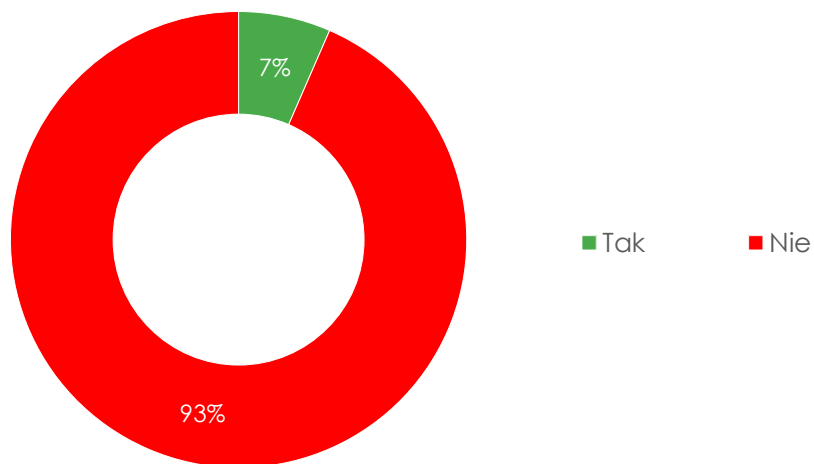




Otrzymywanie pomocy

Pytanie: Czy otrzymuje Pan(i) aktualnie jakąkolwiek opiekę/pomoc w czynnościach związanych z samoobsługą i/lub w prowadzeniu gospodarstwa domowego, w związku ze stanem zdrowia?

Podstawa procentowania: wszyscy badani, n=1200.



7% Polaków deklaruje, że otrzymuje aktualnie jakąkolwiek opiekę lub pomoc związaną z samoobsługą lub w prowadzeniu gospodarstwa domowego w związku ze stanem ich zdrowia. W najstarszej grupie wiekowej (65+) odsetek ten jest wyraźnie większy i wynosi 23%. W większości przypadków otrzymywana pomoc jest w ocenie badanych wystarczająca – zaspokaja wszystkie ich potrzeby (79%).

Pomoc pochodzi najczęściej od członków bliskiej rodziny (89%), którzy zamieszkują na stałe z osobą, którą się opiekują (81%), a za świadczoną pomoc nie otrzymują pieniędzy (90%) oraz nie są nagradzani w inny sposób (87%).

Pytanie: Czy otrzymuje Pan(i) aktualnie jakąkolwiek opiekę/pomoc w czynnościach związanych z samoobsługą i/lub w prowadzeniu gospodarstwa domowego, w związku ze stanem zdrowia?

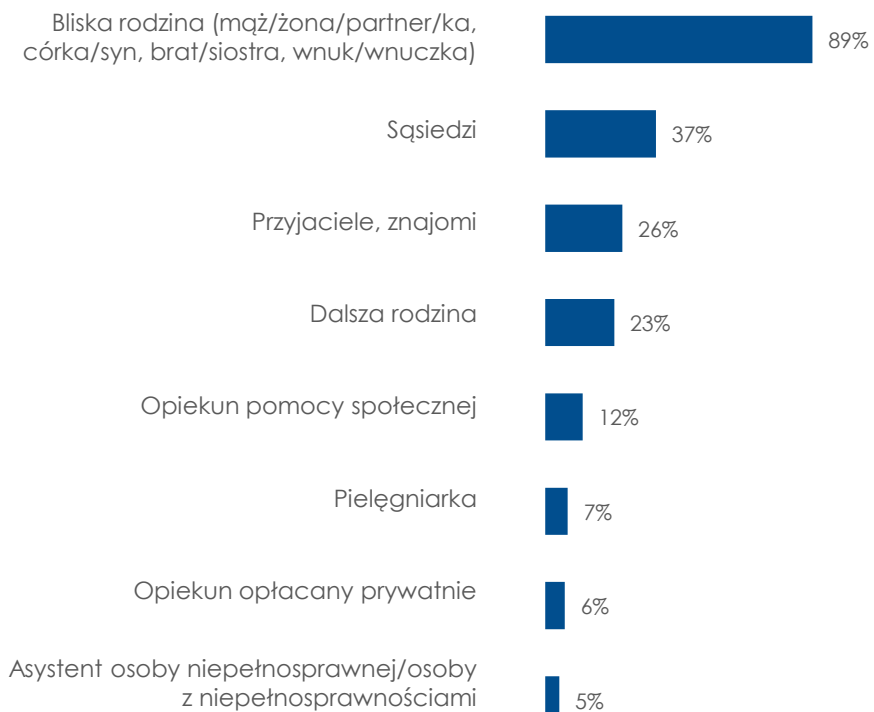
Podstawa procentowania: wszyscy badan, n=1200.



Pytanie: *Od jakich osób i/lub instytucji otrzymuje Pan(i) opiekę/pomoc?*

Podstawa procentowania: badani otrzymujący wsparcie, n=73

81% opiekunów
mieszka na stałe
ze swoim
podopiecznym



Pytanie: **Czy świadczona Panu(i) opieka/pomoc odpowiada Pana(i) potrzebom?**

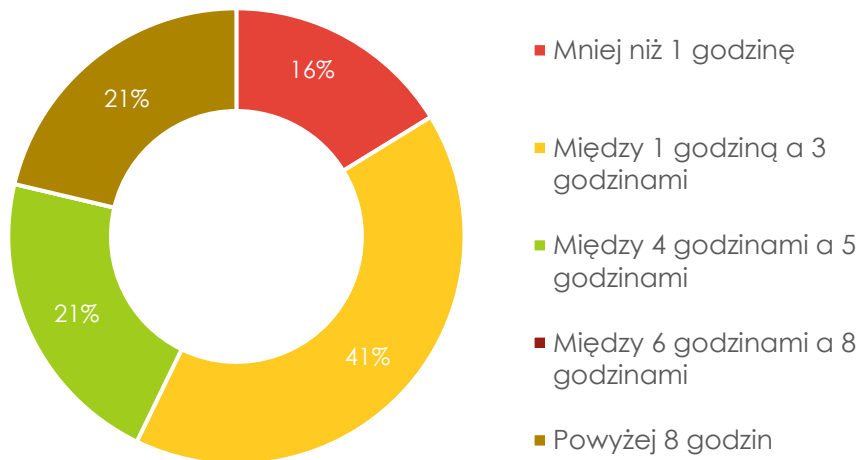
Podstawa procentowania: badani otrzymujący wsparcie, n=73





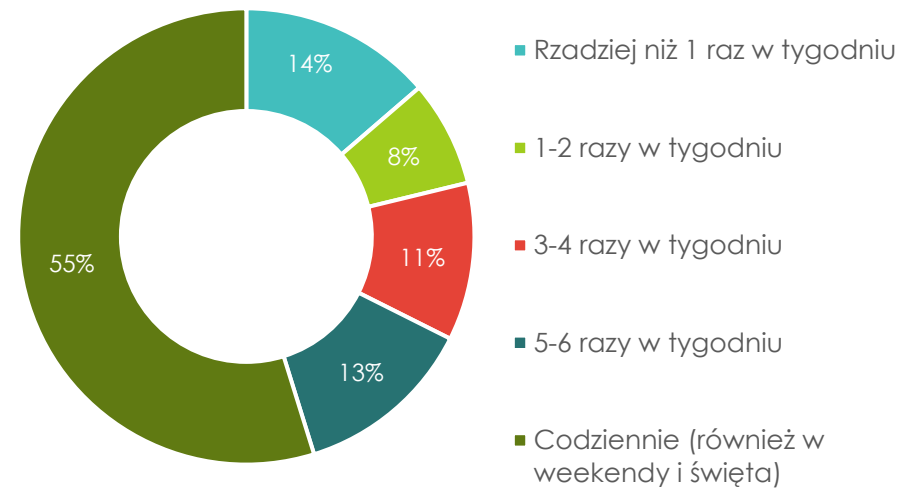
Pytanie: *Przeciętnie, ile czasu dziennie zajmuje opieka/pomoc udzielana przez bliską rodzinę?*

Podstawa procentowania: badani otrzymujący wsparcie od osób z bliskiej rodziny, n=64.



Pytanie: *Jak często korzysta Pan/Pani z opieki/pomocy udzielanej przez tę osobę?*

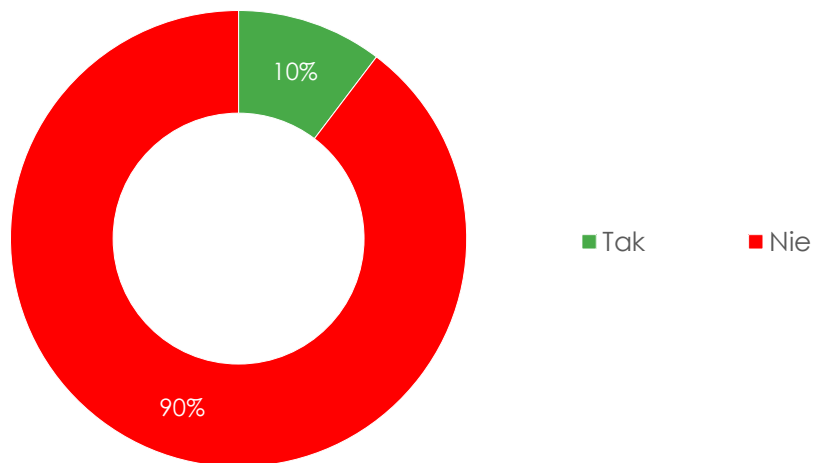
Podstawa procentowania: badani otrzymujący wsparcie od osób z bliskiej rodziny, n=64.





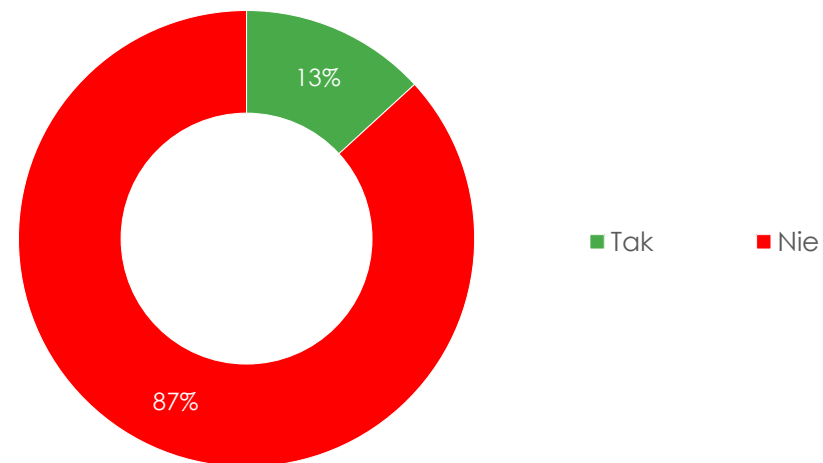
Pytanie: Czy z tytułu świadczonej opieki/pomocy udzielanej przez bliską rodzinę są ponoszone jakieś opłaty?

Podstawa procentowania: badani otrzymujący wsparcie od osób z bliskiej rodziny, n=64.



Pytanie: Czy w jakiś inny sposób wynagradza Pan(i) wysiłek związany ze świadczoną opieką/pomocą przez bliską rodzinę?

Podstawa procentowania: badani otrzymujący wsparcie od osób z bliskiej rodziny, n=64.



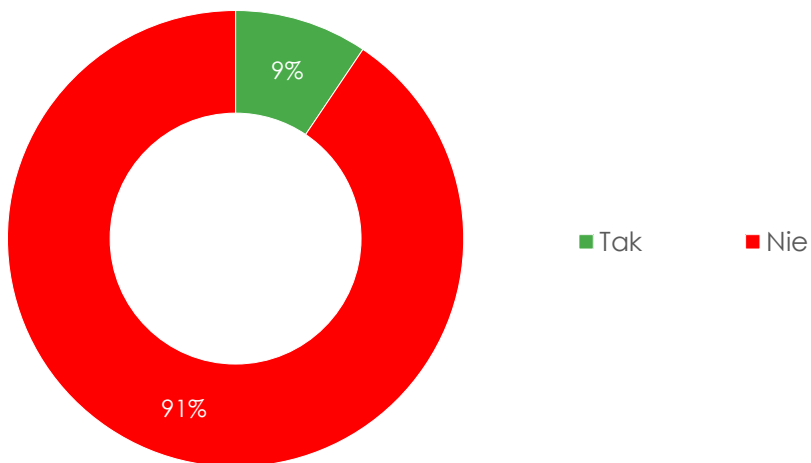


Świadczenie pomocy przez opiekunów
nieformalnych



Pytanie: Czy oferuje (świadczy) Pan(i) aktualnie jakąś opiekę/pomoc dla osoby przewlekle chorej/niepełnosprawnej/starszej?

Podstawa procentowania: wszyscy badan, n=1200.



9% Polaków deklaruje, że aktualnie świadczy jakąś opiekę/ pomoc osobie przewlekle chorej, niepełnosprawnej lub starszej.

Opiekunami są najczęściej osoby w średnim wieku (47% z nich ma 45-64 lata), posiadające własne rodziny (dzieci, wnuki) oraz aktywne zawodowo. Zwykle są to osoby w dobrym stanie zdrowia, które oceniają swoje ogólne zadowolenie z życia gorzej od osób, które nie świadczą usług opiekuńczych.

Świadczona przez nich pomoc przeważnie nie jest wynagradzana (tylko 6% otrzymuje w jakiejś formie wynagrodzenie finansowe), a motywacje do niej składające to przede wszystkim poczucie obowiązku lub wewnętrzna potrzeba.



Pytanie: Czy oferuje (świadczy) Pan(i) aktualnie jakąś opiekę/pomoc dla osoby przewlekle chorej/niepełnosprawnej/starszej?

Podstawa procentowania: wszyscy badani, n=1200.





Pytanie: *Kim jest dla Pani/i ta osoba?*

Podstawa procentowania: badani udzielający wsparcia, n=122.



95% opiekunów **świadczy pomoc** tylko jednej osobie

Sytuacje w których świadczona jest **pomoc** również **drugiej osobie (5%)**, to sytuacje opieki nad **oboje rodziców**

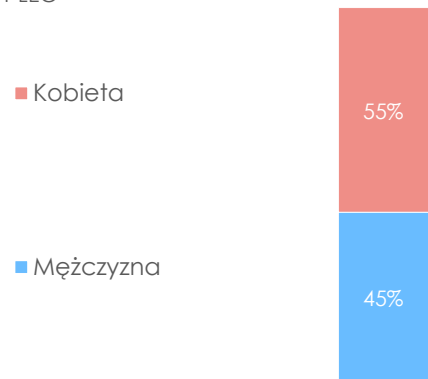
45% opiekunów **mieszka na stałe z osobą/osobami**, którymi się opiekuje.

6% jest wynagradzanych finansowo z tytułu świadczonej opieki.

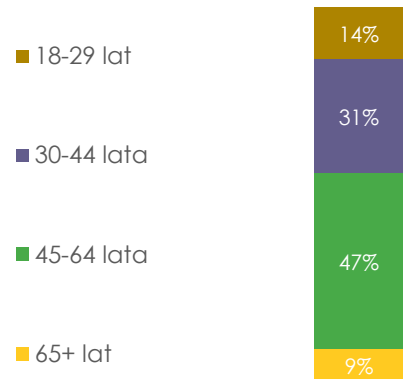
6% jest wynagradzanych w inny sposób



PŁEĆ

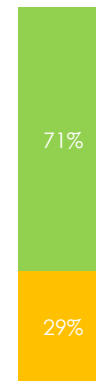


WIEK



■ tak ■ nie

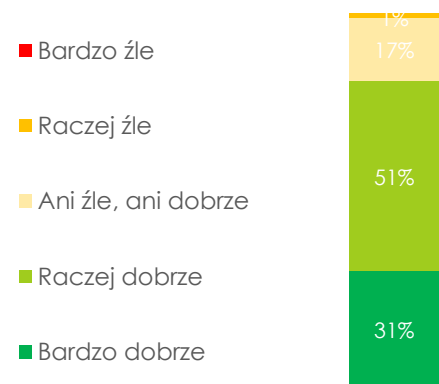
DZIECI



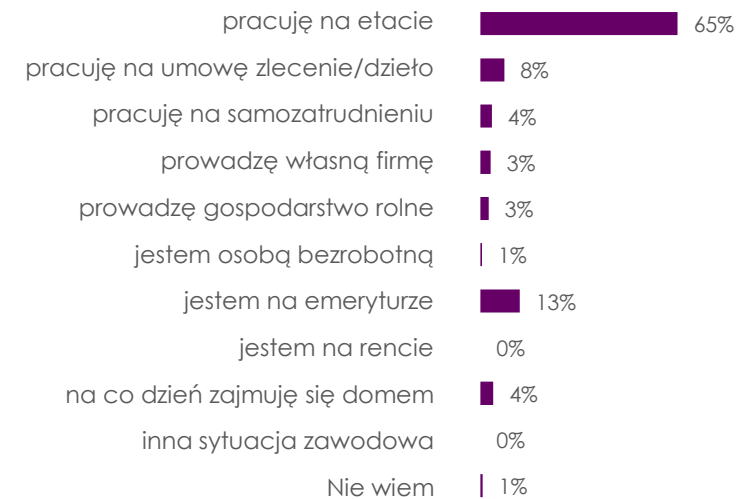
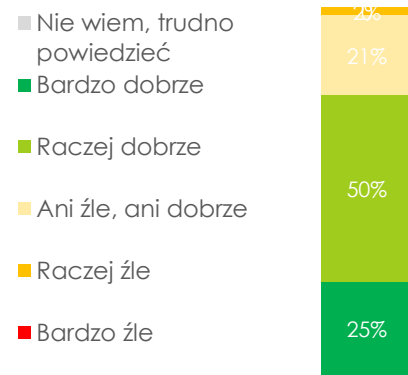
WNUKI



OCENA STANU ZDROWIA



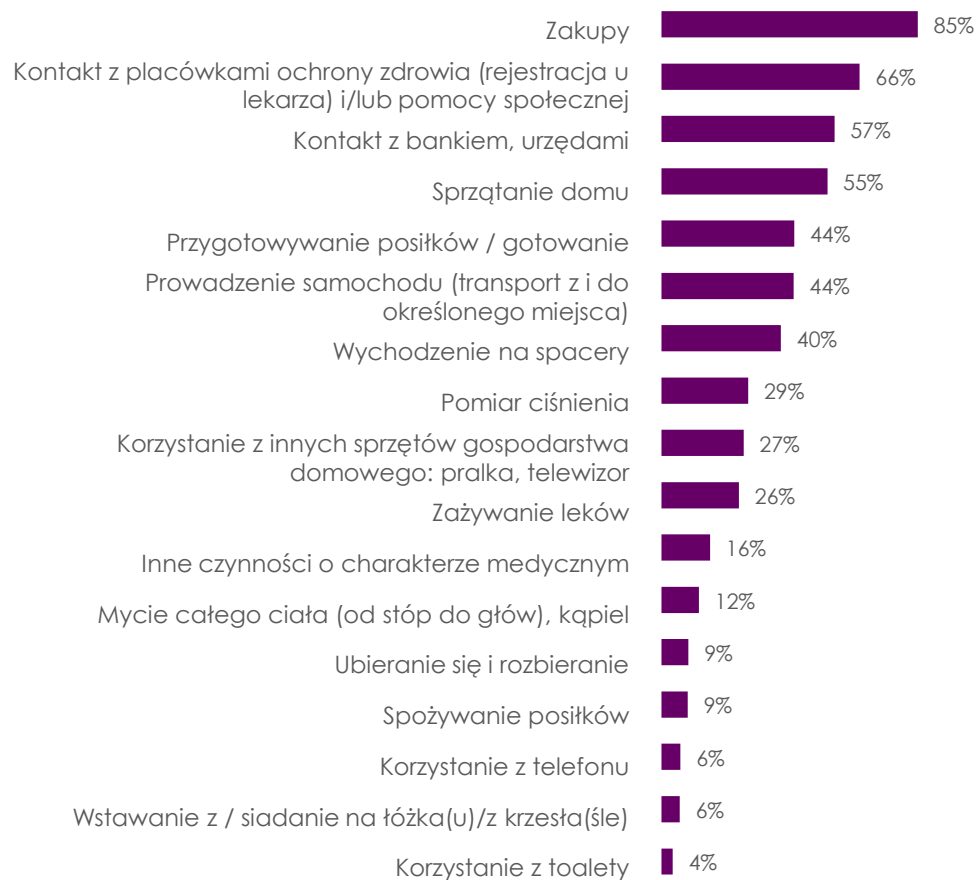
ZADOWOLENIE Z ŻYCIA





Pytanie: *Na czym głównie polega świadczona przez Pana/ią opieka/pomoc?*

Podstawa procentowania: badani udzielający wsparcia, n=122.



Pytanie: *Dlaczego Pan/i świadczy pomoc/opiekę tej osobie? Proszę podać 1 najważniejszy powód*

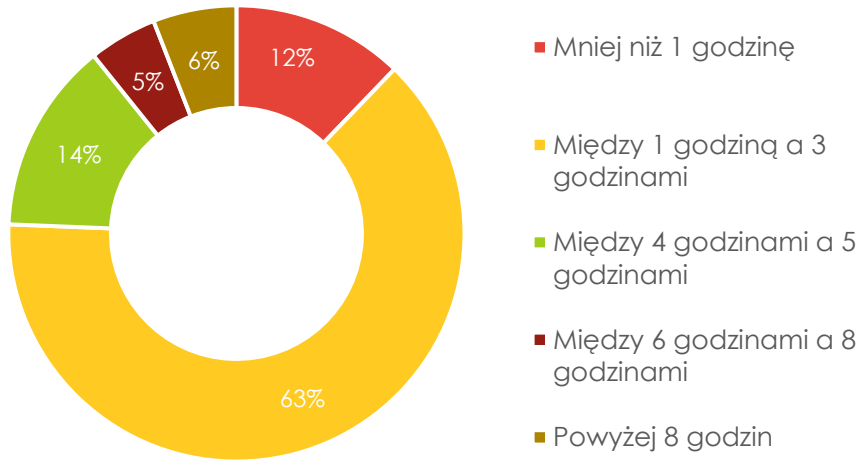
Podstawa procentowania: badani udzielający wsparcia, n=122.





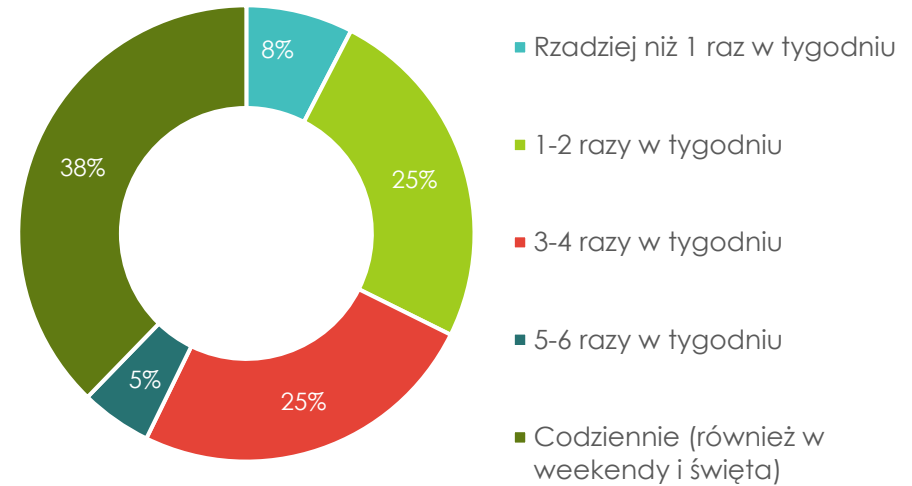
Pytanie: *Przeciętnie, ile czasu dziennie pomoc/opieka ta Panu/i zajmuje?*

Podstawa procentowania: badani udzielający wsparcia, n=122.



Pytanie: *Jak często udziela Pan/i tej opieki/pomocy?*

Podstawa procentowania: badani udzielający wsparcia, n=122.



**POCZUCIE ZOBOWIĄZANIA;**

Opieka nad **osobą, która zajmowała się respondentem w dzieciństwie** (oddanie tego, co samemu się dostało)

**POCZUCIE TROSKI/ WSPÓŁCZUCIA;**

Opiekunowie, którzy świadczą pomoc osobom obcym (np. sąsiadowi ze wsi), za co nie pobierają żadnego wynagrodzenia (czasem drobne upominki w postaci czekolady dla dzieci)

**WYKONYWANIE ZAWODU OKOŁO MEDYCZNEGO;**

Wykonywanie zawodu około medycznego np. rejestratorka medyczna (szczególnie na pół etatu) ułatwia podjęcie decyzji o wsparciu znajomej rodziny w opiece, ze względu na poczucie, że ma się podstawową wiedzę medyczną i czuje się wobec danej rodziny zobowiązanym.

**POCZUCIE OSAMOTNIENIA (MIGRANTKI);**

Brak własnej rodziny rekompensowany bezinteresowną opieką nad osobami blisko mieszkającymi

OPIEKUNOWIE RODZINNI PRYZNAJĄ, ŻE NIE BYLI PRZYGOTOWANI NA OPIEKĘ NAD STARSZYM CZŁONKIEM RODZINY

Żaden z badanych opiekunów rodzinnych nie myślał wcześniej o konieczności opieki nad członkiem rodziny, póki ta sytuacja się nie wydarzyła i wymagała dość często przeorganizowania własnego życia. Podjęcie opieki jest wyrazem poczucia odpowiedzialności i chęci oddania tego co się samemu od danej osoby otrzymało.

Poradzenie sobie w takiej sytuacji było dla badanych trudne chociażby ze względu na aktywność zawodową oraz konieczność poświęcenia czasu i uwagi własnej rodzinie. Podjęcie się opieki było reakcją na sytuację i nie jest planem na przyszłość, co oznacza, że opiekunowie nieformalni nie zamierzają przekwalifikowywać się na opiekunów formalnych (są aktywni zawodowo w znacznie lepiej wynagradzanym obszarze).

ŚWIADCZENIE USŁUG PRZEZ OPIEKUNÓW PRYWATNYCH ZASPOKAJA ICH POTRZEBY FINANSOWE ALE RÓWNIEŻ EMOCJONALNE

Opiekunowie prywatni postrzegają siebie jako osoby empatyczne, wrażliwe na otoczenie i innych ludzi. Dość często informacja o poszukiwaniach opieki trafiła do nich od osób trzecich.

Zdarzają się opiekunowie prywatni, którzy traktują opiekę jako wolontariat → podopieczni wręczają im często smakołyki dla dzieci.



NIEWIELU OPIEKUNÓW RODZINNYCH POSIADA WIEDZĘ Z ZAKRESU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ NAD OSOBAMI STARSZYMI

Opiekunowie rodzinni, to najczęściej osoby aktywne zawodowo w branżach nie związanych ze świadczeniem pomocy.

Wiedza, którą posiadają zdobyli na drodze doświadczeń i intuicyjnego postępowania. Sami siebie określają mianem „samouków”.

Jeśli chodzi o wiedzę specjalistyczną, część opiekunów rodzinnych, których podopieczni wymagają dbania o odleżyny, bądź przyjmowania zastrzyków, czerpało wiedzę w tym zakresie:

- z filmików na Youtube → wykonywanie zastrzyków przeciwzakrzepowych, przewracanie leżącego pacjenta z boku na bok, dbania o rany
- od pielęgniarek środowiskowych - obserwacja czynności związanych ze zmianą opatrunków, dbanie o rany
- lekarzy, podczas wizyt z podopiecznym

ZDARZAJĄ SIĘ OPIEKUNOWIE PRYWATNI, KTÓRZY WYKONUJĄC ZAWÓD OKOŁOMEDYCZNY POSIADAJĄ OGÓLNA WIEDZĘ Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY

Pojedynczy opiekunowie prywatni opłacani przez rodziny podopiecznych, posiadają wiedzę z zakresu udzielania pierwszej pomocy (na poziomie podstawowym).

Wiedzę tę zdobyli w ramach szkoleń w pracy, bądź sami zdecydowali się na odbycie takiego kursu (darmowego) w pierwszym roku podjęcia się pracy mającej na celu świadczenie usług opiekuńczych.

BRAK ZAUWAŻALNEJ POTRZEBY POSZERZANIA WIEDZY/ KWALIFIKACJI Z ZAKRESU OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI

W percepcji większości opiekunów nieformalnych opieka długoterminowa nad osobą starszą jest czymś prostym i nie wymaga posiadania szczególnej wiedzy.

Zaledwie jedna respondentka (opiekunka rodzinna) uczestniczyła w specjalistycznym szkoleniu dotyczącym opieki nad osobą starszą.

- Szkolenie darmowe, organizowane przez Urząd Dzielnicy Warszawa Targówek, prowadzone przez lekarzy specjalistów w zakresie geriatry, pielęgniarstwa środowiskowe i fizjoterapeuci.
- Szkolenie miało na celu uświadomienie opiekunom z jakimi zmianami w mózgu wiąże się starzenie oraz jak opiekować się seniorem.

Opiekunowie rodzinni deklarują brak czasu na poszerzanie swoich kompetencji.

Opiekunowie prywatni poza brakiem czasu postrzegają tego typu szkolenia za dość kosztowne, przekraczające ich możliwości finansowe.



Opiekunowie rodzinni z reguły mieszkają z podopiecznym (szczególnie niesamodzielnym), bądź mieszkają bardzo blisko. Trudno w takiej sytuacji określić „sztywny” zakres usług opiekuńczych, ponieważ podopieczny jest jednym z członków rodziny i poza sytuacjami, w których ewidentnie wymaga wsparcia np. przy kąpiel, to jest po prostu członkiem rodziny (jeśli opiekun gotuje obiad, to dla wszystkich domowników).

Z deklaracji badanych wynika, iż zakres usług opiekuńczych świadczonych przez opiekunów prywatnych i migrantki jest bardzo płynny.

Opiekunowie prywatni (opłacani z prywatnych środków rodziny podopiecznego) i migranci zajmują się swoimi podopiecznymi od wielu lat, w związku z czym często deklarują, że traktują ich jak członków rodziny (mają z nimi silną relację emocjonalną).

Jak sami przyznają, zaczynając współpracę z rodziną, ustalono zakres obowiązków opiekuna, jednak po pewnym czasie opiekunowie sami zaczęli przekraczać ten zakres.

- Będąc osobami empatycznymi, darząc sympatią swoich podopiecznych w pewnych sytuacjach decydują się podjąć działanie np. posprzątać stłuczone naczynia lub pozmywać po obiedzie, niezależnie od tego czy mają to w umie czy nie. Wychodzą z założenia, że takie sytuacje się zdarzają i „trzeba być człowiekiem”.

Istotnym elementem determinującym zakres obowiązków jest stopień niesamodzielnosci podopiecznego i współdzielenie opieki (niezależnie od typu opiekuna).

Opiekunowie opłacani przez rodziny, opiekujący się osobami niesamodzielnymi, bądź z istotnymi ograniczeniami mobilności mają tak naprawdę bardzo podobny zakres obowiązków co opiekunowie rodzinni jednak w innym zakresie czasu.

CZYNNIKI DETERMINUJĄCE ZAKRES OBOWIĄZKÓW

RODZAJ RELACJI Z PODOPIECZNYM

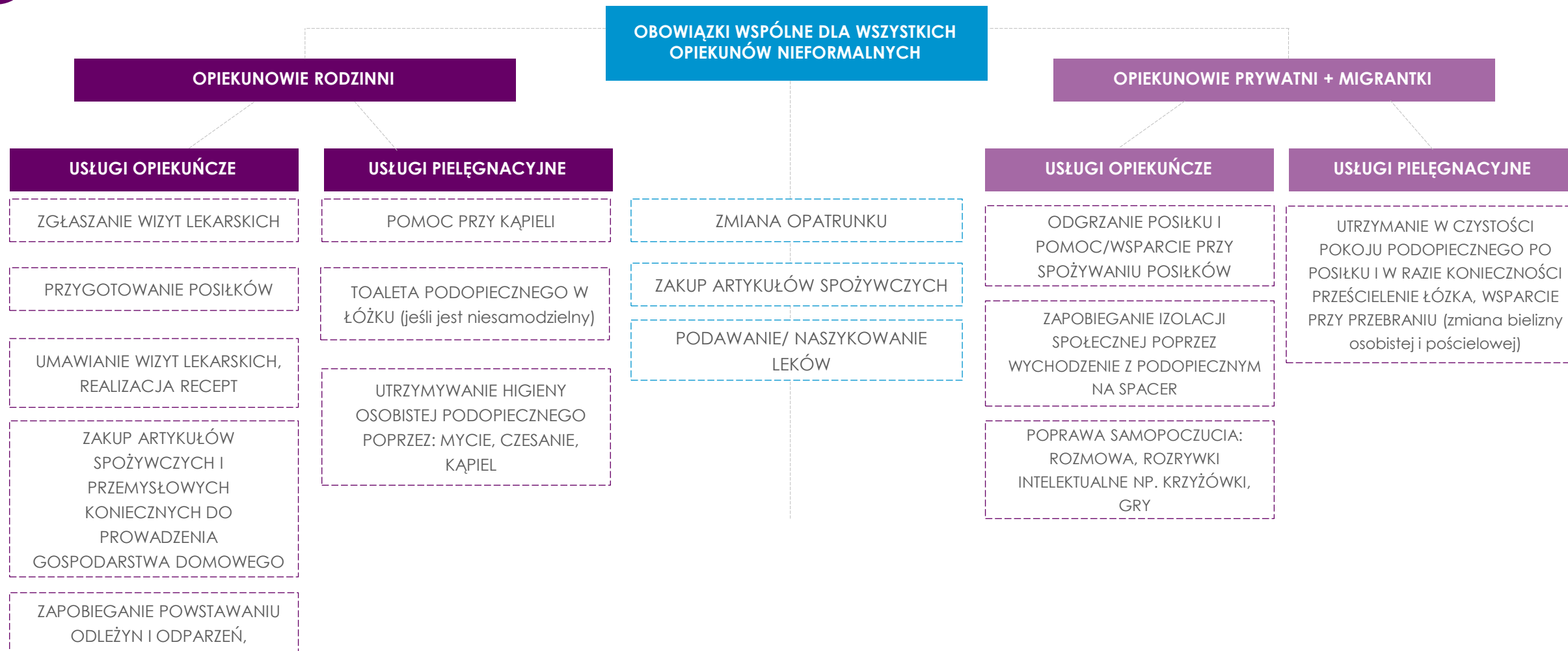
ZAMIESZKANIE Z PODOPIECZNYM BĄDŹ OSOBNO

STOPIEŃ SAMODZIELNOŚCI

WSPÓLDZIELENIE OPIEKI Z INNYMI CZŁONKAMI RODZINY

Są momenty, że sobie umie sama coś zrobić, ale już spacer, pójście na zakupy, pójście do apteki, podwiezienie do lekarza, czy takie różne inne sytuacje, no to już jakby musi mieć opiekuna, czyli osobę, która jakby będzie cały czas przy niej tak, bo to też jest no ta pani też ma taki troszeczkę jakby strach już przed tym wszystkim tak i przed tą ulicami ruchliwością, samochodami i tak dalej i tak dalej. [IDI 3, Gr D, opiekun prywatny z agencji]

Kąpiel, czasami ją podprowadzi się jakiś krótki spacer po podwórku. Przecież. Uważa, że jest zimno nie chce za bardzo wychodzić. Ale czasami się daje namówić na jakiś spacer. [IDI 29, Gr D, opiekun rodzinny]





OPIEKUNOM RODZINNYM NIE JEST ŁATWO ŁĄCZYĆ AKTYWNOŚĆ ZAWODOWĄ Z OPIEKĄ NAD OSOBĄ STARSZĄ LUB OzN

Opiekuni rodzinni to osoby aktywne zawodowo i jak sami przyznają łączenie pracy zawodowej z opieką było dla nich szczególnie trudne w początkowym etapie przejścia opieki, kiedy musieli sobie wszystko poukładać.

W chwili obecnej deklarują, że działają wedle sprawdzonego schematu i nie zastanawiają się co będzie dalej.

Warto zwrócić uwagę, że większość opiekunów była bardziej skłonna zmienić swój system pracy, niż skorzystać ze wsparcia opiekunów formalnych.

- Zdarzały się osoby, świadczące opiekę osobie niesamodzielnej (leżącej) bez wsparcia innych członków rodziny (zostali sami). Próbowali korzystać ze wsparcia opieki formalnej, jednak podopieczni nie chcieli współpracować z obcymi osobami.

CZEŚĆ OPIEKUNÓW SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ SAMODZIELNIE NIE JEST ZAINTERESOWANA OFERTĄ POMOCOWĄ

Wydaje się, iż w przypadku niektórych opiekunów dominuje przekonanie, że nikt nie zajmie się lepiej ich podopiecznymi, niż oni sami.

Zapytani o gotowość do skorzystania z oferty pomocowej, szukali różnych argumentów uzasadniających samodzielną opiekę np. trudny charakter cioci, nie chcą by ktoś obcy kręcił się po mieszkaniu, bo to dla nich dyskomfort, nikt nie zna lepiej mamy niż oni sami etc.

SPOSOBY ŁĄCZENIA OPIEKI Z AKTYWNOŚCIĄ ZAWODOWĄ

PRZEJŚCIE NA PRACĘ ZMIANOWĄ;

Część badanych miała możliwość przejścia na zmianowy tryb pracy dzięki czemu w ciągu dnia może przebywać z podopiecznym.

NIENORMOWANY CZAS PRACY;

Wykonywanie obowiązków zawodowych w trybie zadaniowym, umożliwia opiekunom odwiedzanie podopiecznego w ciągu dnia i kontrolowanie potrzeb (szczególnie jeśli pracują w terenie jako np. handlowiec) lub wykonywanie pracy w nocy (praca zdalna).

ZMIANA TRYBU PRACY NA ZDALNY;

Rezygnacja z pracy w biurze i przejście na tryb zdalny → jeśli podopieczny ma orzeczenie o niepełnosprawności, pracodawca ma obowiązek umożliwienia wykonywania pracy zdalnie.

WSPARCIE INNYCH CZŁONKÓW RODZINY;

Część osób otrzymuje wsparcie od członków rodziny np. współmałżonka, własnych dzieci, czy rodziców w przypadku opieki nad OzN.

PRÓBY SKORZYSTANIA ZE WSPARCIA OPIEKUNÓW FORMALNYCH;

Niektórzy opiekunowie sprawujący opiekę samodzielnie mają doświadczenia ze wsparciem opiekunów nieformalnych, jednak było to wsparcie chwilowe. Dość często osoby starsze nie chcą by zajmowały się nimi obce osoby, więc są niemiłe, agresywne i nie chcą współpracować.



POCZUCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI → OBCIĄŻENIE PSYCHICZNE;

Ciągła świadomość odpowiedzialności za podopiecznego pod względem podawania leków, pilnowania rytmu dnia, karmienia i jednocześnie podołaniu obowiązkowi domowemu i zawodowemu.



OGRANICZENIE ŻYCIA TOWARZYSKIEGO DO MINIMUM;

Brak możliwości swobodnego spotkania ze znajomymi, czy spożycia alkoholu → poczucie, że opiekun zawsze musi być gotowy na pojawienie się trudnej sytuacji np. ataku lęku, paniki.



ZMIANA SPOSOBU WYKONYWANIA PRACY ZAWODOWEJ;

Dopasowanie godzin pracy do dostępności współmałżonka w przypadku współdzielenia opieki, bądź przejście na pracę zdalną w przypadku sprawowania wyłącznej opieki.



ZMIANA MIEJSCA ZAMIESZKANIA;

Przywiązanie członka rodziny (podopiecznego) do miejsca zamieszkania i wynikający z tego komfort funkcjonowania bywa ważniejszy o ile opiekun ma możliwość zmiany miejsca zamieszkania (najczęściej osoby w związkach, pracujące zdalnie).



REZYGNACJA Z URLOPU/WYJAZDÓW;

Zdarzają się pojedynczy opiekunowie rodzinni, pełniący opiekę samodzielnie, którzy rezygnują z wyjazdów urlopowych z rodziną (mąż/partner również nie wyjeżdża), ponieważ nie mają z kim zostawić podopiecznego.

USZCZERBEK NA WŁASNYM ZDROWIU (FIZYCZNYM I PSYCHICZNYM);



Natłok obowiązków wynikających z samodzielnej opieki nad osobą niesamodzielną spowodował, że respondentka była zmuszona poddać się farmakologicznemu leczeniu psychiatrycznemu (sytuacja jednostkowa).

Właściwie mogłabym powiedzieć, że chyba trochę się przyzwyczailiśmy do takiego życia, chociaż trudno się do tego przyzwyczaić. Był taki moment kryzysowy. Ojej, pamiętam, że po prostu jak miałam jechać do mamy to tak się popłakałam i mój partner też widziałam, że ma szkliste oczy, że nie może mi pomóc, a jednak poczucie obowiązku. Znaczący, ja nie cierpię z tego poczucia obowiązku. Może jestem takim pokoleniem, albo tak zostałam wychowana, że wiem, że to robię dla mamy, jak ona kiedyś dla mnie coś robiła. W pewnym momencie odwracają się te funkcje i cieszę się, że jest zadbana, że spędzimy razem, coś kupić jakąś sukienkę, ona się cieszy, że ładnie wygląda i wszyscy mówią, że nie w ogóle nie wygląda tak na swój wiek. [IDI 20, Gr D, opiekun rodzinny]

Nie mogę pójść sobie na imprezę na przykład i wrócić o 4 rano. Albo gdzieś tam ze znajomymi popić nawet po prostu. Czy gdzieś tam pójść na jakieś urodziny i wrócić o 22 gdzieś tam po 2 lampkach wina no, bo nie wiadomo no ciocia się martwi ona zaraz wpada w jakieś lęki, więc to trzeba być jakby w domu. No ale mi to też nie, nie przeszkadza, no bo to jest człowiek dość się w życiu na imprezowałam tam, więc tak także taki etap trochę odpoczynku też jest chyba mi też dobrze zrobić. [IDI 23, Gr D, opiekun rodzinny]

Nawet jeżeli muszę czasami pojechać na jakieś spotkanie i nie ma mnie przez ileś godzin, albo na przykład jak chcę pojechać na wakacje, to wszystko muszę tak organizować, żeby mama miała zabezpieczony być, ale wtedy jest milion 200 telefonów czy wzięta leki, jak się czuje, czy była na dworze i tak dalej natomiast ja mam też taki stres wtedy jak jestem gdzieś po poza domem, bo nie wiem czy ona nie robi jakiejś głupoty. [IDI 20, Gr D, opiekun rodzinny]



Świadczenie pomocy przez opiekunów formalnych



POCZUCIE POWOŁANIA;

Większość pielęgniarek (niezależnie od typu placówki w jakiej pracuje) przyznaje, że „**od zawsze**” **chciała pomagać ludziom** i widziała się w pielęgniarstwie.



DOŚWIADCZENIA W OPIECE NAD CZŁONKIEM RODZINY;

Opieka nad chorym rodzicem, bądź dziadkami spowodowała, iż badani odkrywali w sobie **pokłady empatii**, które po śmierci członka rodziny chcieli przenieść na osoby starsze, potrzebujące wsparcia.



DOSTĘPNOŚĆ WAKATÓW;

Dostrzeżenie braków kadrowych → łatwość zatrudnienia. Znaczna część pracowników formalnych dowiedziała się o możliwości pracy z polecenia znajomych pracujących w danej jednostce.



TRADYCJE RODZINNE;

Część badanych opiekunów formalnych przyznaje, iż wiele członków jego rodziny zajmuje się opieką długoterminową i również wybiera zawód np. terapeutę, czy pielęgniarkę.

Opiekunowie formalni niezależnie od miejsca zatrudnienia i formy świadczenia usług opiekuńczych (w ośrodku lub domu podopiecznego), to ludzie z pasją i wysokim poziomem empatii.

Pielęgniarki to najczęściej osoby wykonujące ten zawód z powołania o czym może świadczyć fakt, że w przypadku niskich zarobków w państwowej służbie zdrowia zatrudniają się również w prywatnych ośrodkach – lubią swoją pracę i tym chcą się właśnie zajmować.

Zdarzają się opiekunowie (najczęściej domowi) świadczący usługi opiekuńcze w ramach współpracy z NGO'sami, którzy opiekując się członkiem rodziny odkrywają w sobie powołanie i przekwalifikowują się, bądź tak jak w przypadku terapeutów pracujących na umowę zlecenie w prywatnych ośrodkach, traktując tę pracę jako dodatkowe zajęcie (jednak nie z powodów finansowych, w głównej pracy zarabiają dobrze).

Pielęgniarki pracujące w prywatnych ośrodkach (głównym miejscem zatrudnienia najczęściej jest szpital państwowy) dowiedziały się o wakacie od znajomych. Wyraźne braki kadrowe (zarówno pielęgniarek, jak i opiekunów) spowodowały, iż bardzo łatwo było znaleźć zatrudnienie, szczególnie w przypadku osób posiadających wieloletnie doświadczenie zawodowe i wysokie kwalifikacje.

Zdarzały się również osoby, które deklarowały, iż praca w zawodzie związanym z pomocą innym jest swego rodzaju tradycją rodzinną i wielu członków rodziny jest np. terapeutami.

OPIEKUNOWIE FORMALNI**ŚWIADCZENIE PRACY PRZEZ PIELĘGNIARKI W WIELU MIEJSCACH;**

Najczęściej zatrudnione na umowę o pracę w szpitalach, natomiast w prywatnych domach opieki świadczą usługi opiekuńcze w oparciu o umowę zlecenie (zarówno opieka stacjonarna, jak i domowa).

OPIEKUNOWIE MEDYCZNI W PRYWATNYCH OŚRODKACH NAJCZĘŚCIEJ ZATRUDNIANI SĄ NA UMOWĘ ZLECENIE;

Forma ta dominuje wśród opiekunów świadczących opiekę domową w ramach współpracy z ośrodkami, które pozyskują środki w ramach współpracy np. z PFRON-em przy konkretnych projektach.

FORMA ZATRUDNIENIA FIZJOTERAPEUTÓW I TERAPEUTÓW ZAJĘCIOWYCH JEST DOŚĆ ZRÓŻNICOWANA;

Rodzaj umowy zależy od typu placówki. W ośrodkach prywatnych najczęściej obowiązują umowy zlecenie (optymalizacja kosztów). W ZOL-ach, DPS-ach i ZPO dominują umowy o pracę opiekujące na najniższą krajową).

OPIEKUNOWIE FORMALNI ŚWIADCZĄCY USŁUGI OPIEKUŃCZE W INSTYTUCJACH PAŃSTWOWYCH ZATRUDNIENI SĄ NA UMOWĘ O PRACĘ

Niezależnie od typu opiekuna formalnego (pielęgniarka, terapeuta etc) praca świadczona jest w ramach umowy o pracę na pełen etat.

Świadczenie długoterminowych usług opiekuńczych przez pielęgniarki stanowi uzupełnienie domowego budżetu ze względu na niski poziom wynagrodzenia w szpitalach, w których zatrudnione są na etat.

- Łączenie pracy w dwóch miejscach nie stanowi dla nich trudności, ponieważ dopasowują dyżury w prywatnych ośrodkach do grafiku w szpitalu.

Zatrudnienie na umowę o pracę wzbudza wśród badanych opiekunów ambiwalentne odczucia.

- Z jednej strony pozostaje pewien margines swobody, bo mogą elastycznie zarządzać swoim czasem (zdarza się, że muszą zmienić godziny wizyt u podopiecznych bo coś się wydarzyło – opieka domowa), ale z drugiej strony brakuje im płatnego urlopu.

Najbardziej zróżnicowaną grupą pod względem formy zatrudnienia są fizjoterapeuci/rehabilitanci i terapeuci zajęciowi.

- Dla niektórych fizjoterapeutów usługi opiekuńcze w prywatnych ośrodkach jest zajęciem dodatkowym, jednak nie mniej ważnym. Usługi opiekuńcze świadczą w godzinach popołudniowych, w soboty i rzadziej w niedzielę.

Wydaje się, iż praca w ośrodkach państwowych jest najbardziej stabilna pod względem zatrudnienia, ponieważ wiąże się z umową o pracę na pełen etat.

Praca na umowę zlecenie jest wygodna dla pielęgniarek, jednak w ocenie części opiekunów medycznych ma swoje mankamenty jak chociażby brak płatnego urlopu.



PIELĘGNIARKI



- Studia pielęgniarskie oceniane są pozytywnie przede wszystkim za wiedzę teoretyczną, która w odczuciu badanych pozwala interpretować objawy i wyprzedzać pewne działania np. pogorszenie stanu podopiecznego, lub agresywne działania.
- Kwalifikacje zawodowe są **postrzegane jako niezbędne**, szczególnie przez **wykwalfikowane pielęgniarki**, ze względu na wykonywanie skomplikowanych działań medycznych, wymagających specjalistycznej wiedzy np. cewnikowanie, wkłucia dożylna.
- **Pielęgniarki** (do 30 roku życia) zatrudnione w ZOL, które deklarowały, że kwalifikacje **są przydatne w codziennej opiece nad pacjentem, jednak nie są niezbędne**.
 - W ich odczuciu czynności pielęgnacyjne nie są skomplikowane i może je wykonywać każda pielęgniarka, nawet bez specjalizacji.

FIZJOTERAPEUCI



- Niezależnie od rodzaju placówki, w której pracują rehabilitanci/fizjoterapeuci posiadanie specjalistycznej wiedzy i kwalifikacji **postrzegane jest przez badanych jako niezbędne**.
- **Brak znajomości anatomii, fizjonomii człowieka może** w ocenie badanych **doprowadzić do kalectwa podopiecznych, lub pogorszenia ich stanu**, wobec czego w przypadku rehabilitacji osób niesprawnych fizycznie konieczna jest świadomość w jaki sposób pracować z pacjentem by nie wpłynąć negatywnie na jego stan zdrowia i pomóc mu w odzyskaniu sprawności.
- Badani z tej grupy, świadczący usługi w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych najczęściej mają **ukończone studia z fizjoterapii**.
- Część fizjoterapeutów pracujących na umowę zlecenie w prywatnych placówkach pomimo, że ich głównym miejscem zatrudnienia jest firma niezwiązana z usługami opiekuńczymi, również ma ukończone **studia w zakresie fizjoterapii i wciąż rozwija swoje kompetencje uczestnicząc w specjalistycznych kursach**.
 - Preferują kursy F2F, ponieważ są najbardziej efektywne. Finansują je z własnych środków (pracodawcy nie mają na to funduszy). W zakresie ich zainteresowania są szkolenia z zakresu: geriatry w rehabilitacji (również aspekty psychologiczne), czy system pracy z osobami starszymi.



- Wszyscy pracownicy socjalni pracujący w instytucjach państwowych, których objęto badaniem, jak również świadczący usługi opiekuńcze w ramach współpracy z NGO'sami **posiadają wykształcenie wyższe z zakresu resocjalizacji.**
- Ukończenie studiów jest przez pracowników socjalnych postrzegane jako **niezbędne ze względu na konieczność posiadania wiedzy formalnej, często również z zakresu prawa.**
- **Poznanie wszelkich regulacji prawnych, sposób działania systemu wsparcia i konieczności wypełniania wniosków, zakresu pomocy, psychologia** → to wiedza postrzegana jako **bardzo przydatna** i taka, którą przyszły pracownik socjalny zdobywa na studiach wyższych.
- Część obecnych pracowników socjalnych ukończyła studia z myślą o pracy w resocjalizacji. Planowali współpracę z trudną młodzieżą, rodzinami w potrzebie, jednak praca ta okazała się zbyt obciążająca i poświęcili się świadczeniu długoterminowych usług opiekuńczych osobom starszym.



- Warto zauważyć, iż opiekunowie medyczni postrzegają swoje kwalifikacje głównie właśnie przez pryzmat określenia „medyczni”. Nie są zwykłymi opiekunami i to właśnie to określenie powoduje, iż muszą posiadać wyspecjalizowaną wiedzę (pełnią rolę okołomedyczną, są wsparciem dla pielęgniarek).
- Opiekunowie medyczni, to najczęściej osoby, które **przekwalifikowały się z innego zawodu kończąc szkołę policealną.** Jak przyznają, w internecie są dostępne różnego rodzaju kursy, jednak nie uprawniają one do wykonywania tego zawodu zgodnie z rozporządzeniem (mogą stanowić uzupełnienie posiadanej wiedzy).
- **Konieczność** ukończenia tego typu szkoły **oceniana jest przez badanych pozytywnie.** Główną rolą opiekuna medycznego jest **wsparcie pielęgniarek w wykonywaniu pewnych czynności medycznych** (szczególnie po zwiększeniu zakresu kompetencji na mocy ustawy) wobec czego **musi posiadać wiedzę z zakresu pielęgnacji pacjenta.**
- Większość osób posiada również **przygotowanie z zakresu pierwszej pomocy medycznej,** a pojedyncze osoby ukończyły kurs KPP (Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy, który zapewnia większy zakres wiedzy i umiejętności, niż kurs podstawowy).



- **Rola asystenta** osoby z niepełnosprawnością dość **często jest łączona z funkcją opiekuna medycznego**.
 - Dość często opiekunowie medyczni zaczęli świadczyć usługi opiekuńcze właśnie od funkcji asystenta OzN, dopiero później zdobywając kwalifikacje do bycia opiekunem medycznym.
- W percepcji badanych **bycie asystentem** osoby z niepełnosprawnością **wiąże się z posiadaniem ważnej w ocenie badanych wiedzy** np. jak obrócić osobę leżącą na łóżku (w jaki sposób ją złapać), przesadzić z łóżka na wózek, **którą zdobywali na różnego rodzaju kursach**.
- Są to jednak **czynności, których można się nauczyć „w praktyce”**. Z deklaracji badanych można wnioskować, że równie ważne, a może nawet ważniejsze są pewne predyspozycje charakterologiczne tzn. **należy być empatycznym, cierpliwym i wyrozumiałym**.



- Terapia zajęciowa **wiąże się** przede wszystkim w ocenie badanych terapeutów **z kreatywnością oraz cierpliwością i empatią**. To cechy, które postrzegane są jako niezbędne.
- **Kwalifikacje** zawodowe w tym obszarze **nie są postrzegane jako niezbędne**, choć **mogą stanowić przydatny punkt wyjścia**. Tak twierdzą osoby, które **ukończyły studia wyższe na kierunku psychologii**, a następnie ukończyły **kurs z określonej dziedziny terapii**.
- **Część** terapeutów **posiada wykształcenie związane ze sztuką, lub muzyką**, którą **uzupełniła kursem z zakresu terapii**, odkrywając w sobie chęć pracy z osobami niepełnosprawnymi czy starszymi.
- **Nie każdy terapeuta w chwili przyjmowania do pracy musiał wykazać się kwalifikacjami i doświadczeniem w obszarze terapii zajęciowej** (najczęściej takowe mieli). **Pracodawcy** w części prywatnych domów opieki **zwracali większą uwagę na to jakim ktoś jest człowiekiem, cenili „miękkie” umiejętności**, weryfikując pozostałe kwalifikacje w czasie zatrudnienia na okres próbny.

**ZGRANY PROFESJONALNY ZESPÓŁ WSPÓLRACOWNIKÓW;**

Element budujący poczucie zadowolenia w największym stopniu. Możliwość wsparcia ze strony współpracowników jest bardzo ważne (szczególnie dla pielęgniarek, asystentów oraz opiekunów medycznych), ponieważ stanowi istotną pomoc w wykonywaniu codziennych obowiązków i radzeniu sobie z trudnymi (fizycznie i mentalnie) podopiecznymi

ZADOWOLENIE PODOPIECZNYCH;

Czynnik najbardziej „napędzający” opiekunów formalnych do dalszej pracy. Większość opiekunów formalnych doskonale zna i lubi swoich podopiecznych, pozytywne relacje z nimi (szczególnie jeśli są to osoby sprawne intelektualnie) są dla nich bardzo ważne. Uśmiech, możliwość rozmowy czy radość podopiecznych z powrotu opiekuna z urlopu (placówki prywatne), to zachowania dla których opiekunowie przyznają „warto wykonywać tę pracę”.

ZNAJOMOŚĆ PLACÓWKI;

Część pielęgniarek (szczególnie tych do 30 roku życia) przyznaje, że pracuje w ośrodkach, w których miało możliwość odbywania praktyk zawodowych. Znają tę placówkę, wiedzą czego się spodziewać i jakie zaplecze oferuje podopiecznym.

SZEFOSTWO I SPOSÓB ZARZĄDZANIA;

Opiekunowie formalni pracujący w prywatnych placówkach (czy to jako główne miejsce pracy, czy jako dodatkowe) zauważają, iż znacznie lepiej współpracuje się z kierownictwem promującym rozwój pracownika (szkolenia) oraz nastawionych na dobro podopiecznych (wysokie standardy mieszkania, żywienia i organizacja dodatkowych zajęć)

ŻADEN Z BADANYCH OPIEKUNÓW FORMALNYCH NA POZIOMIE SPONTANICZNYM NIE PORUSZYŁ KWESTII ZWIĄZANYCH Z WYNAGRODZENIEM ZA WYKONYWANĄ PRACĘ

Na poziomie spontanicznym żaden z opiekunów nie wspomiał o kwestii wynagrodzenia jako czynnika budującym poczucie satysfakcji z usług opiekuńczych.

Nie oznacza to jednak, iż badani są zadowoleni z poziomu wynagrodzenia jakie otrzymują.

- Zaledwie jedna osoba (wykwalifikowana pielęgniarka z długoletnim stażem pracy), zatrudniona w prywatnym ośrodku pomocy przyznała, iż jej poziom wynagrodzenia jest adekwatny do posiadanych kwalifikacji i obciążenia pracą. Jednostka przyznająca poziom wynagrodzenia w zależności od stażu pracy i przebytych kursów.

Znaczna większość badanych przyznała, iż poziom ich wynagrodzenia nie jest adekwatny do poziomu odpowiedzialności oraz zakresu obowiązków.

Opiekunowie medyczni oraz asystenci i fizjoterapeuci zatrudnieni na umowę zlecenie otrzymują wynagrodzenie w wysokości 28 zł brutto za godzinę, co postrzegane jest jako **stawka niewystarczająca**. Część badanych przyznaje, iż jest w dość komfortowej sytuacji, bo partner, współmałżonek zarabia więcej dzięki czemu mogą pozwolić sobie na relatywnie niskie dochody.

Niezależnie od profesji i typu placówki, wszyscy badani przyznają, iż **wzrost wynagrodzenia o 50% byłby dla nich bardziej satysfakcjonujący niż obecny poziom wynagrodzenia**.

- Jedynie pojedynczy rehabilitanci oczekiwaliby wyrównania wynagrodzenia do poziomu europejskiego (50 Euro za godzinę).

**ŚMIERĆ PODOPIECZNEGO;**

Większość opiekunów formalnych zna swoich podopiecznych od wielu lat i ma z nimi relatywnie bliską relację. Śmierć podopiecznego jest dla nich trudna, starają się podchodzić do niej racjonalnie, jednak na poziomie emocjonalnym nie każdy opiekun potrafi sobie z tym poradzić.

BRAK WSPÓŁPRACY ZE STRONY PODOPIECZNEGO;

Część fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych przyznaje, że przychodzi taki moment, kiedy pacjent nie widzi poprawy swojego stanu zdrowia, w związku z czym traci zapał i zaangażowanie w terapię. Nie chce jej się dłużej poddawać.

OBCIĄŻENIE PSYCHICZNE WYNIKAJĄCE Z POCZUCIA OSAMOTNIENIA PODOPIECZNYCH;

Opiekunowie medyczni oraz pielęgniarki dość często zmagają się z poczuciem osamotnienia/porzucenia przez rodzinę swoich podopiecznych.

TRUDNOŚCI W POROZUMIENIU Z PODOPIECZNYM, WEJŚCIEM DO JEGO ŚRODOWISKA;

Sytuacja, z którą mierzą się pracownicy socjalni świadczący opiekę w domu podopiecznego. Nie każdy podopieczny chce współpracować i wpuścić pracownika socjalnego, bądź wykonywać jego polecenia.

ZACHOWANIA AGRESYWNE;

Doświadczane przede wszystkim przez pielęgniarki i opiekunów medycznych w państwowych ZOL, ZPO i rodzinnych domach opieki, rzadziej w DPS.

SPOSOBY RADZENIA SOBIE**WSPARCIE PSYCHOLOGA;**

Część ośrodków finansowych ze środków prywatnych zatrudnia psychologów, którzy pracują z pacjentami, ale są również do dyspozycji personelu.

KONSULTACJE Z BARDZIEJ DOŚWIADCZONYM PERSONELEM;

W takich sytuacjach istotnym wsparciem są bardziej doświadczeni znajomi lub członkowie rodziny wykonujący ten sam zawód. Badanym zdarza się zasięgać opinii co w takiej sytuacji należy zrobić i jak postępować w danym przypadku.

SUPERWIZJE;

Superwizje czyli spotkania wewnętrzne w większym gronie, na których omawiane są trudne dla pracowników sytuacje i przypadki chorobowe podopiecznych np. opiekun nie wie jak sobie poradzić z podopiecznym, który nie chce z nim współpracować. Tego typu spotkania organizowane są w placówkach finansowanych z prywatnych środków.

Pracownicy socjalni świadczący usługi opiekuńcze w domach podopiecznych również mają organizowane superwizje, jednak postrzegają je jako mało efektywne → brak swobody wypowiedzi ze względu na obecność kierownictwa, które notuje wszelkie trudności pracowników (obawiają się, że zostanie to źle wykorzystane).

SZKOLENIA Z ZAKRESU SAMOOBRONY;

Przed wszystkim opiekunowie medyczni w prywatnych ośrodkach → finansowane przez pracodawcę, ale również z własnych środków.

WSPARCIE PERSONELU;

Pomoc w obeszwałnieniu innych osób pełniących dyżur na oddziale.



Jest taka część po dwóch stronach. Jeśli chodzi o moich znajomych i moje rodzinę, wszyscy po prostu, no jak, pracownik socjalny? Pracownik socjalny to najgorzej. Ale jeśli chodzi o tą drugą część, tych seniorów, tych starszych osób na wsi, to oni uważają, że ja pracuję w urzędzie. I dla nich jest to coś, że to super. To w ogóle nie jest prestiżowy zawód, z żadnej strony. To jest zawód półwolontariacki. [IDI 1, Gr A, pracownik socjalny OPS]



Myślałam, że tak, natomiast w covidzie zawód zeszczacono zupełnie. Doprowadzili ludzie do tego, coś się z ludźmi porobiło, że my, pielęgniarki, byśmy traktowane jak zło konieczne, jak jakieś kobiety, które roznoszą epidemię jak takie, no taka chodząca zaraza. To co nie raz nam pacjenci robią to jest nic, a to znieważenie za nasze dobro i poświęcenie, bo przecież my byśmy cholernie narażone. [IDI 25, Gr A, pielęgniarka dyplomowana]



Niski prestiż

Wysoki prestiż



Spotkałam się z dobrymi reakcjami i z reakcjami obojętnymi, natomiast nie spotkałam uwag negatywnych. Raczej ewentualnie jakieś takie zastanawianie się, czy na pewno jest dobrze, bo jednak jest to ciężka praca, fizyczna. Tak dźwiganie pacjenta, przebywanie tu wchodzi w grę, odporność psychiczna. Tak no te różne aspekty, jeżeli osoba nie jest świadoma w ogóle co robi, co mówi duża taka odporność psychiczna. Na pewno wiele takich osób nie powinno w ogóle pracować lub same się wypowiada, że nie odnalazłaby się w ogóle. Nie ma takich predyspozycji do tego typu pracy. Jeżeli chodzi o zajmowanie się jest to zawód bardzo potrzebny, bo w społeczeństwie teraz mamy bardzo dużo osób starszych i tych osób ciągle przybywa. Jest to zawód bardzo potrzebny na obecną chwilę. [Idi 18, Gr C, opiekun domowy]



Jeżeli ktoś już zaczyna rozumieć co ta osoba robi, jeżeli postucha, zacznie rozumieć to jakby w ogóle szacunek do takiej osoby wzrasta, a w momencie, kiedy on tam w ZOL-u pracuje to jest nic. Mój trzynastolatek by powiedział, że jesteś przegrywam tylko że on wie co ja robię, na przykład moje dzieci chodziły do przedszkola, które było przedszkolem integracyjnym, byli dzieci z różnymi dolegliwościami, bo tak staramy się to nazywać, żeby nie było i społeczeństwo totalnie jest niewydukuwane. [IDI 40, Gr A, Fizjoterapeuta w ZOL]



W OPINII SAMYCH OPIEKUNÓW

W OPINII SPOŁECZEŃSTWA

NISKIE ZAROBKI;

Wykonywanie zawodu pielęgniarki, pracownika socjalnego, lub opiekuna postrzegana jest w kontekście pracy w instytucjach państwowych, w których zarobki są niskie i nie współmierne do obciążenia pracą i odpowiedzialnością jaką ponoszą. Percepcję tę potwierdzają opiekunowie formalni, którzy w żaden sposób nie czują się docenieni finansowo.

NIEBEZPIECZNE ŚRODOWISKO → praca w terenie pracownika socjalnego wiąże się z wchodzeniem w różne środowiska i radzenie sobie z trudnymi sytuacjami, przez co jest postrzegana jako odpowiednia dla osób odpornych psychicznie i silnych.

MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU;

Terapeuci przyznają, iż sam fakt wykonywania takiej profesji cieszy się uznaniem, jednak w sytuacji kiedy otoczenie dowiadyuje się, iż wykonywana jest w ośrodku typu ZOL, od razu traci na prestiżu (nie jest dość dobry by pracować w prywatnym gabinecie).

PRACA W TRUDNYCH WARUNKACH →

szczególnie opiekunowie i pracownicy socjalni;
W świadomości społeczeństwa, ze wsparcia pracowników opieki socjalnej/ społecznej najczęściej korzystają osoby pochodzące z trudnych, patologicznych środowisk.

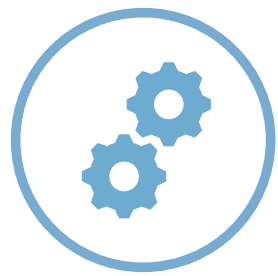
Głównym elementem determinującym postrzeganie opiekunów formalnych jako wykonujących mało prestiżowy zawód jest **niski poziom wynagrodzenia**.

Pomimo, iż praca ta wiąże się z dużą odpowiedzialnością, wymaga wiedzy i często świadczona jest w trudnych warunkach, co powinno tym bardziej czynić ją wyjątkową, to zarówno w percepcji samych opiekunów, jak również ogółu społeczeństwa (w ich odczuciu) nie wiąże się z uznaniem właśnie ze względu na niskie zarobki.

Często opiekunowie przyznawali, że jeśli państwo/system nie szanuje osób świadczących usługi opieki długoterminowej, to społeczeństwo tym bardziej nie będzie.

Elementem istotnie determinującym **prestiż opiekunów formalnych w oczach społeczeństwa jest również miejsce zatrudnienia**.

- ZOL-e, DPS-y, czy ZPO kojarzone są z podopiecznymi z marginesu społecznego, osobami porzuconymi przez rodziny bez środków do życia, mieszkającymi w złych warunkach czy spożywającymi alkohol. Praca w takich ośrodkach zamiast być wiązana z uznaniem społecznym, często spotyka się z niezrozumieniem.
- Jednak bycie psychologiem, terapeutą, czy fizjoterapeutą w prywatnym ośrodku, czy własnym gabinecie świadczy o ciężkiej pracy i postrzegana jest zupełnie inaczej.



Ocena warunków i narzędzi pracy opiekunów formalnych

OPIEKUNOWIE FORMALNI NIEZALEŻNIE OD PROFESJI CZUJĄ SIĘ MOCNO OBCIĄŻENI PRACĄ, CO JEST EFEKTEM OGRANICZONYCH ŚRODKÓW FINANSOWYCH JAKIMI DYSPONUJĄ PLACÓWKI

Ograniczone środki finansowe są o tyle istotne, iż przekładają się na braki personelu, tym samym opieką nad relatywnie dużą ilością pacjentów i zacieraniem zakresu obowiązków między poszczególnymi rodzajami opiekunów.

W Zakładach Opiekuńczo – Lecznicznych i Pielęgniacyjno - Opiekuńczych

- pielęgniarki zajmują się od 10 do 15 pacjentami, co nie pozwala im poświęcić odpowiednio dużo czasu każdemu pacjentowi (skupiają się na zadaniach).
- fizjoterapeuci od 6 do 10.
- pielęgniarka środowiskowa, świadcząca usługi w domu ma pod opieką od 10 do 15 pacjentów
- opiekunowie medyczni od 3 do 4 podopiecznym w zróżnicowanym stopniu samodzielności.

Opiekunowie współpracujący z gorzej dofinansowanymi NGO'sami mają pod swoją opieką:

- opiekunowie medyczni ok 5 pacjentów
- Terapeuci zajęciowy i fizjoterapeuci zajmują się od 6 do 12 pacjentami
- pielęgniarki: ok 10 pacjentów

OPIEKUNOWIE PRACUJĄCY W WYSOKO FINANSOWANYCH DOMACH OPIEKI MAJĄ RELATYWNIE DUŻĄ LICZBĘ PACJENTÓW, JEDNAK NIE CZUJĄ SIĘ OBCIĄŻENI PRACĄ PONIEWAŻ MAJĄ WSPARCIE

Pielęgniarki pracujące w tego typu ośrodkach mają pod swoją opieką od 20 do 37 pacjentów, jednak nie zajmują się nimi samodzielnie. Wspierają ich najczęściej w zależności od jednostki:

- 2 opiekunki medyczne i salowa
- 1 dodatkowa pielęgniarka, 2 – 3 sanitariuszy i 4 – 5 opiekunów medycznych.

PRZY OGRANICZONEJ LICZBIE PERSONELU TRUDNO ZACHOWAĆ SWÓJ ZAKRES OBOWIĄZKÓW

Niezależnie od typu placówki i pełnionej w niej funkcji/ stanowiska, badani, to osoby mocno empatyczne i zaangażowane w swoją pracę.

Każdy z nich przyznaje, że ma określony w umowie zakres obowiązków, jednak trudno go zachować, jeśli pacjent potrzebuje wsparcia np. nakarmienia, lub prześcielenia łóżka, ale nie ma w tej chwili odpowiedniej osoby.

Z deklaracji badanych wynika, że tak naprawdę każdy wykonuje niezbędne w danym momencie czynności o ile ma do tego odpowiednie kwalifikacje → fizjoterapeuta opróżni pacjentowi basen lub go nakarmi, ale nie zmieni kroplówki lub poda leków.

OPIEKUNOWIE
WSPÓŁPRACUJĄCY
Z NGO'S





SPOSÓB POZYSKIWANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

PLACÓWKI UTRZYMUJĄCE SIĘ Z OPŁAT
WNOSZONYCH PRZEZ RODZINY
PODOPIECZNYCH + DOBROWOLNE
DATKI DARCYŃCÓW I
DOFINANSOWANIA UNIJNE


USŁUGI OPIEKUŃCZE ŚWIADCZONE W
RAMACH WSPÓŁPRACY Z FUNDACJAMI
LUB INSTYTUCJAMI PAŃSTWOWYMI (NP.
PFRON REALIZUJĄCY KONKRETNĄ
PROJEKT)


DOSTĘP DO MATERIAŁÓW DLA PACJENTÓW

 Łatwy dostęp do materiałów takich jak pampersy, czy podkłady i innych środków higienicznych. Koszt wliczony w opłaty za pobyt, lub rozliczany z rodziną konkretnego podopiecznego.

 Ograniczony przez kierownictwo limit pampersów i podkładów dla jednego pacjenta na dobę (3 szt.). Oceniany jako niewystarczający. Zdarzają się sytuacje, w których pielęgniarki przynoszą materiały dla pacjentów ze szpitali w których są zatrudnione.

DOSTĘP DO MATERIAŁÓW DLA PERSONELU

 Oceniane pozytywnie → brak trudności z dostępem do rękawiczek i maseczek.

 Dobowy przydział rękawiczek wskazuje, że personel powinien używać tych samych rękawiczek do czynności higienicznych i np.: karmienia.


OPIEKUNOWIE
FORMALNI
INSTYTUCJONALNI




SPOSÓB POZYSKIWANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

UTRZYMYWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

DOSTĘP DO MATERIAŁÓW DLA PACJENTÓW

 Podobnie jak w przypadku instytucji prywatnych opiekunowie i pielęgniarki mają ściśle określone limity pampersów i podkładów. O ile pacjent nie cierpi na dolegliwości jelitowe to część pielęgniarek przyznaje, że faktycznie pampersy zmieniane są rzadko. Jednak jeśli pojawi się biegunka, wówczas nie jest możliwe, aby limitów przestrzegać.

DOSTĘP DO MATERIAŁÓW DLA PERSONELU

 O ile z maseczkami nie ma problemu, o tyle zbyt szybkie zużycie rękawiczek przez opiekunów medycznych nie spotyka się z aprobatą przełożonych.

NEZALEŻNIE OD TYPU PLACÓWKI WSZYSCY BADANI ZAUWAŻAJĄ BRAKI KADROWE, KTÓRE NALEŻAŁOBY UZUPEŁNIĆ**BRAKI KADROWE POWODUJĄ, ŻE BADANIE NIE CZUJĄ ZAGROŻENIE UTRATY ZATRUDNIENIA**

Zarówno w placówkach prywatnych, jak również instytucjach państwowych **badani wyraźnie zauważają braki kadrowe**.

W ocenie badanych w pierwszej kolejności powinno zatrudniać się:















- **salowe** → najczęściej jest jedna salowa na oddział/ piętro, która pracuje w określonych godzinach (najczęściej 8 godzin). Liczba pacjentów na oddziale jest zbyt duża na jedną osobę, wobec czego często pielęgniarki, opiekunowie, rehabilitanci wykonują ich obowiązki (opróżnienie kaczki, prześcielenie łózka)
- **opiekunowie** → ze względu na niskie zarobki zawód, w którym wciąż poszukiwani są kompetentni pracownicy. Objęte badaniem pielęgniarki deklarują, że obserwują dość dużą rotację na tym stanowisku (szczególnie w ZOL, ZPO, DPS).

Brak opiekunów świadczących usługi pomocowe w ramach opieki domowej skutkuje tym, że osoby składające wniosek o wsparcie muszą bardzo długo czekać, co dodatkowo wpływa negatywnie na postrzeganie oferty pomocowej.

W chwili obecnej temat opieki nad osobami starszymi w przestrzeni publicznej nie funkcjonuje. Na rynku jest dostępnych wiele publikacji dot. wychowania małych dzieci, jednak temat starości, starzenia i opieki nie jest tak powszechny. W rezultacie młode pokolenie wychowywane jest w ocenie badanych w kulcie młodości i „wygodnego” życia.

W percepcji badanych opiekunów formalnych młode pokolenie nie jest zainteresowane pracą w opiece długoterminowej przede wszystkim ze względu na niskie zarobki, ale również brak empatii wobec osób starszych.

Brak zainteresowania powoduje, iż badani opiekunowie formalni czują się bardzo bezpiecznie. Warto jednak zauważyć, iż poczucie bezpieczeństwa i pewność zatrudnienia nie wpływa negatywnie na ich zaangażowanie w wykonywanie obowiązków zawodowych.

	STAN LOKALU/ PLACÓWKI	WYPOSAŻENIE PLACÓWKI/ DOMU	DOSTĘP DO MATERIAŁÓW DLA PACJENTÓW	DOSTĘP DO MATERIAŁÓW DLA PERSONELU
 <p>OPIEKUNOWIE FORMALNI INSTYTUCJONALNI</p>	 <p>Wszystkie placówki i lokale wewnątrz nich są przystosowane do wymogów dostępności dla OzN i osób starszych. Posiadają windy, podjazdy, poręcze na korytarzach. W ocenie badanych jest to niezbędne by placówka w ogóle mogła świadczyć usługi opiekuńcze, funkcjonować.</p>	 <p>Podstawowy sprzęt typu balkoniki, wózki, łózka elektryczne są zapewnione każdemu pacjentowi. Jednak badani deklarują niewystarczającą liczbę sprzętu specjalistycznego np. dźwig do przekoszenia pacjentów, jonizatory powietrza, butle z tlenem.</p>	 <p>Dostęp do materiałów zależy w dużej mierze od rodzaju placówki (prywatna vs państwowa) i sposobu nią finansowania/ zarządzania (dodatkowe fundusze vs ograniczenie jedynie do finansowania przez państwo), jednak we wszystkich placówkach obowiązują zbyt niskie limity wykorzystywania podkładów i pampersów (3 sztuki na dobę).</p>	 <p>Brak trudności w dostępie do maseczek. Zbyt szybkie zużycie rękawiczek przez opiekunów medycznych nie spotyka się z aprobatą przełożonych.</p>
 <p>OPIEKUNOWIE WSPÓŁPRACUJĄCY Z NGO'S</p>	 <p>Podstawowy sprzęt typu balkoniki, wózki, łózka elektryczne są zapewnione każdemu pacjentowi. Dźwig do przenoszenia pacjentów dostępny jest w bardziej „bogaty” placówkach prywatnych.</p>	 <p>Podstawowy sprzęt typu balkoniki, wózki, łózka elektryczne są zapewnione każdemu pacjentowi. Dźwig do przenoszenia pacjentów dostępny jest w bardziej „bogaty” placówkach prywatnych.</p>	 <p>Dobowy przydział rękawiczek wskazuje, że personel powinien używać tych samych rękawiczek do czynności higienicznych i np.: karmienia.</p>	
 <p>FORMALNA OPIEKA DOMOWA</p>	 <p>Trudno mówić o dopasowaniu stanu lokalu do potrzeb seniorów. O ile część podopiecznych mieszka w domach i nie ma trudności, o tyle zdarzają się osoby mieszkające w bloku na wyższych kondygnacjach, gdzie wychodzenie stanowi pewne wyzwanie.</p>	 <p>W dużej mierze zależy od sytuacji finansowej podopiecznego i rodziny, jednak większość domów na tyle na ile jest to możliwe jest przystosowana do funkcjonowania osoby starszej (uchwyty, balkoniki, rzadziej łózka elektryczne).</p>	 <p>W ramach opieki domowej, opiekunowie nie mają problemu z dostępem do tego typu materiałów. Odpowiedzialność za ich zapewnienie leży po stronie rodziny, która dostaje refundację z NFZ lub finansuje zakupy całkowicie z własnych środków.</p>	 <p>Opiekunowie świadczący opiekę w ramach projektu realizowanego ze środków PFRON-u dostają jedno pudełko rękawiczek na cały projekt → muszą dokupywać z własnych środków.</p>

Źródło informacji: wyniki badania jakościowego realizowanego na próbie celowej opiekunów formalnych n = 36 IDI



Ocena wysoce pozytywna



Ocena ambiwalentna



Ocena negatywna



Ocena pozytywna



Ocena umiarkowanie negatywna



Dziękujemy za uwagę