

IV Małopolski Kongres Srebrnej Gospodarki o działaniach na rzecz zdrowia psychicznego seniorów

Ponad 120 uczestników wzięło udział w czwartej edycji Małopolskiego Kongresu Srebrnej Gospodarki, która odbyła się **15 listopada 2019 r.** w Krakowie. Tegoroczny Kongres poświęcony został zagadnieniom związanym ze zdrowiem psychicznym seniorów.

„Choroby i zaburzenia psychiczne stanowią obecnie jedno z najpoważniejszych źródeł niesprawności życiowej ludzi na całym świecie, w szczególności osób w podeszłym wieku. Są narastającym problemem we współczesnej psychiatrii. Według WHO są na drugim miejscu chorób powodujących niesprawności, zaraz po schorzeniach układu sercowo-naczyniowego. Dla naszego regionu zdrowe i aktywne życie seniorów to jeden z priorytetów, dlatego aktywnie poszukujemy innowacyjnych rozwiązań, wspierających m.in. rozwój opieki długoterminowej seniorów, opiekunów nieformalnych czy działania na rzecz dziennej opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych”



podkreśliła Marta Malec-Lech z Zarządu Województwa Małopolskiego, otwierając Kongres.

Wśród zagadnień poruszanych w dwóch pierwszych panelach dyskusyjnych Kongresu, eksperci podnosili kwestię konieczności zmiany sposobu myślenia i **przełamania stereotypów** wobec osób w wieku senioralnym cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych, ale także potrzebę **psychoedukacji** społeczeństwa, opiekunów, jak i samych seniorów, znaczenia właściwej **kommunikacji** w budowaniu

i utrzymywaniu relacji. W dyskusji poruszano też kwestię systemu opieki psychiatrycznej w Polsce, możliwości jego rozwoju w zakresie **opieki instytucjonalnej i pozainstytucjonalnej** oraz lepszego dostosowania do zmian demograficznych. W toku dyskusji zaprezentowano przykłady zagranicznych doświadczeń – Wielkiej Brytanii i Holandii; oraz stanowisko Komisji Europejskiej wobec omawianych tematów.

Seniorzy są coraz liczniejszą grupą o rosnącym znaczeniu społecznym i gospodarczym. Dlatego tak ważne są innowacyjne zmiany, które pozwolą wykorzystać **ogromny potencjał srebrnej gospodarki**, a seniorom zapewnią optymalne warunki do jak najdłuższego, aktywnego społecznie i satysfakcjonującego życia. Do osiągnięcia tego celu konieczne jest holistyczne myślenie o człowieku i jego otoczeniu, uwzględniające różnorodne potrzeby i role społeczne.

Kongres kontynuował sprawdzoną formułę obejmującą nie tylko **debaty i wykłady** wygłaszane przez znakomitych ekspertów, ale także **warsztaty**, podczas których uczestnicy zdobywali praktyczne umiejętności i cenne w codziennej pracy i życiu wskazówki m.in. w zakresie efektywnej komunikacji z osobami starszymi cierpiącymi na zaburzenia poznawcze. Nowością była mini wystawa obrazów stworzonych przez seniorów. Prace – specjalnie na Kongres – udostępniło **Muzeum Etnograficzne im. Seweryna Udzieli w Krakowie**.



Debata I – Promocja zdrowia i zapobieganie zaburzeniom psychicznym

W pierwszej debacie Kongresu paneliści skupili się na tematach związanych z metodami poradnictwa psychologicznego, psychoedukacji, z zasadami komunikacji z osobą starszą, a także m.in. z wpływem aktywności na kondycję psychiczną osób starszych.



Jak podkreśliła prof. dr hab. Stanisława Golinowska z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, koncepcja srebrnej gospodarki została wprowadzona Deklaracją Berlińską w 1995 roku. Jej celem jest wspieranie aktywności osób starszych i działań na rzecz starzejącej się gospodarki. W Polsce, to właśnie Małopolska jest wiodącym regionem w dziedzinie srebrnej gospodarki. Profesor podkreśliła, że według projektu „Promocja zdrowia 65+” do indeksu aktywności starszego człowieka zaliczamy: pracę,

edukację (ważne jest ciągłe uczenie się, na przykład poprzez uniwersytety III wieku), sferę kontaktu (przeciwdziałanie samotności) oraz sferę psychiczną.

Według prof. Golinowskiej, niezwykle ważne jest tworzenie na szczeblu lokalnym centrów, które obejmują swoim zasięgiem wszystkie powyższe obszary. Z kolei na poziomie krajowym i regionalnym ważne jest zrozumienie, tak by nie przeszkadzać szczeblowi lokalnemu w działaniu. Postulatem Kongresu w stosunku do władz powinno być także **zadbanie o zwiększenie wiedzy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w obszarze geriatry, psychologii i psychiatrii**. Lekarz POZ musi być kompetentny i rozumieć wielowymiarowość ludzkiego życia.

Zdaniem prof. Golinowskiej:

dobrą praktyką w niektórych krajach europejskich (np. na Litwie) są tak zwane „recepty na zdrowie”, finansowane ze środków publicznych. Lekarz pierwszego kontaktu nie tylko kieruje pacjenta do leczenia specjalistycznego, nie tylko ordynuje leki, ale także zaleca rehabilitację, terapię, a także udziela porad o charakterze społecznym (np. by zapisać się do klubu seniora, włączyć w różne aktywności, choćby taniec).

Według prof. Golinowskiej, wszystkie badania naukowe pokazują, że **dłuższa praca jest niezwykle korzystna dla dłuższej aktywności seniorów**. Badania potwierdzają też, że osoby dłużej aktywne fizycznie i umysłowo, które cały czas się kształcą, są **w mniejszym stopniu zagrożone schorzeniami otępiennymi**. Dłuższą aktywność zawodową wymusza także sytuacja demograficzna i zmniejszona podaż siły roboczej – także w Polsce. Jednocześnie pracodawcy muszą przygotować się na tę zmianę, między innymi poprzez akceptację starszych pracowników, zapewnienie im odpowiednich warunków pracy (np. starsze osoby czują się dobrze w temperaturze wyższej o ok. 5 stopni) oraz uwzględnienie i uszanowanie ich kompetencji i doświadczenia życiowego i zawodowego. Ważne jest także tworzenie odpowiedniego otoczenia, środowiska fizycznego, sprzyjającego jak najdłuższej aktywności osób starszych – likwidacja barier i utrudnień.

Dr n. med. Łukasz Cichocki, Małopolski konsultant wojewódzki ds. psychiatrii, podkreślił, że wiedza i praktyka lekarzy podstawowej opieki medycznej w zakresie komunikacji musi być znacznie zwiększona i stanowić **istotny element ich procesu kształcenia**.

Na poparcie swojego postulatu dr Cichocki przywołał przykład Belgii, gdzie lekarze rozpoczynają kształcenie od 3 miesięcy nauki prawidłowej komunikacji. To kluczowe także dla lekarzy innych specjalności – nawet znakomity chirurg musi umieć przekonać pacjenta do poddania się operacji.

Według dr. Cichockiego, zdrowie psychiczne powinno być obiektem troski **od najmłodszych lat**. Zaczynać należy już od profilaktyki prenatalnej (zapobieganie syndromowi FAS), uczyć dzieci szkolne, a nawet przedszkolne, jak się komunikować – w tym mówić o swoich emocjach i potrzebach. W jego opinii niewystarczająco wykorzystuje się w tym celu **lekcje wychowania do życia w rodzinie**. Wiedza dotycząca zdrowia psychicznego jest znikoma w populacji.



Konsekwencje braku umiejętności komunikacji dotyczą nas w wieku senioralnym – przez nieumiejętność rozmawiania z rodziną, prowadzi on do samotności.

Dobrym rozwiązaniem byłoby także zastępowanie dużych, 100-osobowych domów opieki mniejszymi, dla maksymalnie 20 osób.

Jak zaznaczył ekspert Komisji Europejskiej Rafał Janas, reprezentujący Dyрекcję Generalną ds. Zatrudnienia, wsparcie należy realizować przez formy pozainstytucjonalne. Środki powinny być precyzyjnie dostosowane do zróżnicowanych potrzeb.

Dzienne domy opieki powinny stać się **podstawową jej formą**. Należy realizować strategię dezinstytucjonalizacji. Zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym, gdyż to właśnie na tym szczeblu następuje wdrożenie. Ekspert zaznaczył również, że istotnym czynnikiem pogarszającym zdrowie u osób starszych jest **samotność**.



W opinii Rafała Janasa, Komisja Europejska podpisuje się pod wszystkimi postulatami Kongresu Srebrnej Gospodarki. KE zdecydowanie postuluje wzmocnienie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, **rekomenduje zwiększenie kształcenia kadr medycznych**.

Jednakże przy obecnym modelu stosowanym w Polsce, niezależnie od tego, ilu więcej lekarzy trafi do systemu, będzie on dalej nieefektywny. Konieczne jest **wzmocnienie opieki przez lekarza rodzinnego**. Brakuje także wymiany informacji pomiędzy lekarzami, stąd niezbędne jest ułatwienie przepływu informacji medycznych. Dla przykładu, w Belgii podczas każdej wizyty lekarskiej, nawet prywatnej, na samym początku pada pytanie o nazwisko lekarza rodzinnego, któremu udostępnia się pełną wiedzę o historii leczenia pacjenta, dzięki czemu ma on pełny obraz sytuacji.

Jak podkreśliła Hazel Brown, ekspert projektu ITHACA, reprezentująca Local Solutions z Liverpoolu, w Wielkiej Brytanii około 6,5 miliona osób zadeklarowało się jako opiekunowie osób starszych. W rzeczywistości jest ich prawdopodobnie jeszcze więcej. Podkreśliła zasadę, którą się kierują, opierającą się na założeniu, że każdy człowiek jest inny, dlatego powinno się szukać nieszablonowych rozwiązań, podchodzić indywidualnie do każdego przypadku.

W Wielkiej Brytanii istnieje rozwiązanie „My time”, które pozwala na zorganizowanie odpoczynku opiekunom. We współpracy z przedsiębiorcami (np. hotelami) oferuje im się możliwość biletów na siłownię, czy bezpłatnego noclegu. W ten sposób odciąża się opiekunów i daje im możliwość wytchnienia od codziennej pracy z pacjentem.

Dr n. med. Maciej Matuszczyk z Centrum Zdrowia Psychicznego Feniks zaznaczył, że **dialog, komunikacja, umiejętność słuchania jest kluczowa dla profilaktyki zdrowia psychicznego**. Rozmowa, umiejętność przekazania tego, co gra człowiekowi w duszy jest wartością i dowodem dojrzałości.

Debata II – Współczesne wyzwania w zakresie diagnozowania i leczenia chorób psychicznych u seniorów

W debacie drugiej paneliści poruszali zagadnienia dotyczące m.in. stygmatyzacji osób chorych psychicznie, jakości życia opiekunów nieformalnych, dostępności leczenia psychiatrycznego, problemów demencji czy depresji.



Dr n. med. Anna Borratyńska, neurolog z Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II podkreśliła, że człowiek starszy to osoba z wielochorobowością. Osoba, która wymaga szerokiego spojrzenia na swój stan zdrowia – i somatyczny, i psychiczny. Ważne jest zapewnienie powszechnego dostępu do geriatry. Senior powinien być pod jego opieką. To właśnie geriatra powinien być lekarzem integrującym działania podejmowane przez lekarzy specjalistów w opiece nad pacjentem.

Cécile van Glabbeek, ekspert projektu ITHACA z Holandii zaznaczyła z kolei, że ważne jest nawiązanie kontaktu z pacjentem i jego rodziną, by wiedzieć, czego chce i potrzebuje pacjent. Istotne jest też, by postrzegać człowieka jako osobę, a nie przez pryzmat choroby, z którą się zmagają. **Podejście całościowe – holistyczne – do człowieka jest kluczowe.**

Według dr n. med. Marzeny Dubiel, reprezentującej Stowarzyszenie Lekarzy Nadziei:

Największym wyzwaniem jest indywidualizacja, a nawet personalizacja podejścia do pacjenta seniora. Każdy z nich jest inny, mają różne doświadczenia, hierarchię wartości, marzenia czy potrzeby.

Piotr Stelmaszewski, prezes fundacji Creator Ars Vitae, podkreślił, że jego organizacja stworzyła narzędzie umożliwiające taką indywidualizację – **indywidualny profil gerontologiczny.**

Uczestnicy debaty podkreślali także coraz większą świadomość pacjentów co do możliwości uzyskania pomocy w przypadku zaburzeń psychiatrycznych, ale wciąż wyzwaniem jest mądra edukacja w kontekście destygmatyzacji. Nie najlepiej działa profilaktyka - około 30 procent pacjentów z depresją, ma ją nierozpoznaną.

Jak podkreśliła lek. med. Anna Depukat, psychiatra oraz zastępca dyrektora Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie, pacjenci w obawie przed stygmatyzacją są bardziej skłonni do pójścia do neurologa niż do lekarza psychiatry. Rolą lekarzy jest by to zmienić. Pomaga w tym dezinstytucjonalizacja. Lokalne małe jednostki wrastają w społeczność i redukują stygmatyzację, ułatwiając dostęp do leczenia. Bazując na doświadczeniach związanych z tworzeniem opieki środowiskowej, Anna Depukat zauważa, że w małych miejscowościach nawet



nazwa takiego ośrodka ma znaczenie – pacjenci chętnie przychodzili do Centrum Wsparcia Rodziny, podczas gdy Poradnia Zdrowia Psychicznego świeciła pustkami – jednostki różniła jedynie nazwa. Na poziomie lokalnym potrzebne jest wsparcie rodzin, samorządowców, pacjentów, by wspólnie mówić o tematach zdrowia psychicznego i wspólnie troszczyć się o poprawienie dostępności. W ten sposób więcej osób będzie leczonych na poziomie lokalnym w ośrodkach dziennych, środowiskowych, ambulatoryjnych. Pacjenci ci nie będą wtedy musieli trafiać do leczenia specjalistycznego.

Dorota Krakowska, Zastępca Prezydenta Miasta Tarnowa ds. polityki społecznej podkreśliła, że w Tarnowie udało się stworzyć kompleksowy system pomocowy dla osób z zaburzeniami psychicznymi i dla osób starszych.

Największą potrzebą miasta, którą jest aktualnie wypracowywana, jest miejskie centrum informacyjne, w którym mieszkaniec może dowiedzieć się, gdzie uzyskać konkretną pomoc. Tarnów szkoli też pracowników socjalnych, by byli w stanie rozpoznać potrzebę i skierować pacjenta tam, gdzie uzyska on najlepszą dla siebie profesjonalną pomoc. Takie działania są możliwe dzięki dobrej współpracy samorządu lokalnego z regionalnym. Nieodzowna jest pomoc urzędu marszałkowskiego, urzędu wojewódzkiego i rządu. Te działania są realizowane z wykorzystaniem środków unijnych.

Według pani Doroty Krakowskiej, najważniejsze jest **dotarcie do potrzebującego z informacją** o dostępności pomocy. Destygmatyzowane są też ośrodki pomocy społecznej, tak by potrzebujący korzystali z nich częściej – często wbrew stereotypom są to osoby młode z wyższym wykształceniem. Często pacjenci po wypisaniu ze szpitala są pozostawieni sami sobie – wtedy zaczyna się rola centrum, by pomóc im w dotarciu do odpowiedniego rodzaju pomocy np. opieki dziennej czy wsparcia psychologicznego.



Dr n. med. Marzena Dubiel podkreśliła, że lekarze rodzinni są oczywiście bardzo obciążeni pracą, ale brakuje im też wsparcia systemowego, np. możliwości kontaktu z lekarzem, który wypisał pacjenta ze szpitala. Dużym problemem pozostaje też hospitalizacja z przyczyn socjalnych, która niesie ze sobą ryzyko dodatkowych powikłań u pacjenta. Według badań, około 40 procent pacjentów, których sprawność spadła po hospitalizacji, zmarło w ciągu roku od wyjścia ze szpitala.

Jak podkreśliła lek. med. Anna Depukat, także w przypadku leczenia depresji u osób starszych, kluczowe jest stosowanie zasady: **jak najwięcej lecznictwa środowiskowego**, a lecznictwa hospitalizacyjnego tylko tyle, ile naprawdę jest potrzebne pacjentom. Niezwykle istotna jest edukacja i informowanie pacjentów o wszystkich aspektach leczenia szpitalnego, ważne też, by nie straszyć pacjentów szpitalem.

Dr Marzena Dubiel zaznaczyła także, że depresję w wieku podeszłym rozpatrywać można **jedynie w modelu uwzględniającym biologię, psychologię i czynniki społeczne**. Dlatego trafnym jest uczestnictwo w Kongresie zarówno specjalistów z dziedziny psychiatrii i psychologii, jak również neurologów i geriatrów.

Rozmowa z Cécile van Glabbeek, Avans+, Holandia (ekspert projektu ITHACA)



Jak psychoedukacja jest prowadzona w Holandii?

W Holandii prowadzimy psychoedukację zarówno indywidualną jak i w grupach. Przez większość czasu osoby ze schorzeniami psychicznymi pozostają pod opieką instytucjonalną bądź domową. Edukację o zdrowiu psychicznym prowadzimy zarówno w systemie podstawowej opieki jak i w opiece specjalistycznej. Warto również wspomnieć o Programie E-Health (E-Zdrowie), dzięki któremu przez Internet można edukować pacjentów np. na temat depresji. W specjalnym module przekazujemy dostęp do filmów i materiałów dotyczących danego zagadnienia. Jako opiekun ja również prowadzę psychoedukację – nie tylko pacjenta, ale również rodziny i całej jego sieci społecznej.

W jaki sposób w Holandii prowadzone są działania wspierające opiekunów, rodziny osób starszych?

Opiekujemy się nie tylko pacjentem, opieką otaczana jest też jego rodzina. Kiedy pacjent trafia do ośrodka zdrowia psychicznego jego bliscy mogą skorzystać z dedykowanych grup wsparcia. Na przykład – rodziny pacjentów z chorobą Alzheimera mogą skorzystać z Alzheimer Cafe – sieci miejsc spotkań, w których dostępne są informacje i materiały edukacyjne. Zawsze myślimy o opiekunach, ale też o całej sieci społecznej, o opiekunach formalnych i nieformalnych.

Podczas tegorocznej konferencji, eksperci wskazywali kwestię stygmatyzacji osób ze schorzeniami psychicznymi jako jedną z wciąż istniejących i aktywnych przeszkód w poprawianiu dobrostanu takich osób. Holandia jest już na innym etapie w walce z tym problemem. Jak wyglądają te działania u Was i czy istnieją rozwiązania, które można by „przeszczepić” na polski grunt?

Należy sprawić, by wszyscy byli wspólnie odpowiedzialni za dobrostan pacjentów i opiekunów. Łączyć ze sobą poszczególne społeczności, opiekunów formalnych i nieformalnych, społeczności w jedną sieć wsparcia.

Bardzo ważna jest komunikacja. Trzeba rozmawiać z ludźmi na temat chorób psychicznych i zdrowia psychicznego – najlepiej zaczynać już od małych dzieci, oswajając już przedszkolaki z tymi zagadnieniami. Należy możliwie szeroko głosić wiedzę o tej problematyce – wychodzić do ludzi. Nie tylko profesjonalistów medycznych, opiekunów, którzy mają na co dzień kontakt z zagadnieniami chorób psychicznych, ale np. kierowców autobusów czy pracowników supermarketów, czyli osób które mają duże prawdopodobieństwo spotkania w swojej pracy osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Bardzo ważne jest też wsparcie i edukacja mediów w odpowiednim, obiektywnym nagłaśnianiu tych zagadnień.

Od 25 lat pracuję w systemie wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i przez ten czas zaszły ogromne zmiany. Osoby z zaburzeniami psychicznymi pracują zawodowo, są ważną częścią społeczeństwa. W Holandii bardzo duży nacisk położyliśmy na dezinstytucjonalizację, tak by do hospitalizacji trafiały jedynie te osoby, które naprawdę wymagają takiego leczenia. Większość osób

otrzymuje pomoc w trybie indywidualnym, jednocześnie pracując i funkcjonując w społeczeństwie. Umożliwiło to też znaczną redukcję łóżek szpitalnych.

Czy nasze rozwiązania da się wprowadzić w Polsce? Trzeba pamiętać o różnicach pomiędzy naszymi społeczeństwami m.in. w podejściu do wspólnotowości. Ale na pewno bardzo ważna jest komunikacja – na tym polega dobre leczenie. Trzeba wsłuchiwać się w głos pacjentów i ich opiekunów. To oni mają wiedzę praktyczną, najszerzej dostrzegają praktyczne problemy codziennego działania systemu – są więc nieocenionym źródłem informacji dla każdego, kto myśli o projektowaniu i implementacji nowych rozwiązań.

Rozmowa z dr. n. med. Maciejem Matuszczykiem, Centrum Zdrowia Psychicznego „Feniks” Tychy

Jakie są główne bariery w korzystaniu z poradnictwa psychiatrycznego i psychologicznego?



Pierwszą barierą jest uświadomienie samemu sobie istnienia problemu, który wymaga zgłoszenia się do profesjonalisty. Czasem wynika to też ze specyfiki choroby. Na przykład w przypadku depresji istotnym objawem jest brak pełnego krytycznego podejścia do siebie u pacjenta – jego stan wzbudza w nim poczucie winy, a nie poczucie konieczności leczenia. Dlatego tak kluczowa jest rola otoczenia – rodziny, znajomych.

Kolejnym problemem jest stygmatyzacja. W dalszym ciągu posiadanie etykiety osoby z zaburzeniami psychicznymi jest powodem do wstydu.

Jednakże największym problemem jest znaczne niedofinansowanie psychiatrii w Polsce. Powoduje to coraz większą trudność dla pacjentów w dostępie do leczenia. Szczególnie fatalny stan obserwujemy w przypadku psychiatrii dzieci i młodzieży – na przykład w woj. śląskim jest zaledwie około 15 aktywnych psychiatrów, zajmujących się pacjentami z tej kategorii wiekowej. Te trudności oznaczają tygodnie oczekiwania na wizytę dla osoby dorosłej i miesiące w przypadku dzieci. Taka sytuacja sprawia realne zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów – w Polsce notujemy niezwykle wysoki w skali europejskiej odsetek samobójstw. Obecnie w wyniku odebrania sobie życia ginie rocznie w naszym kraju więcej osób niż w wypadkach komunikacyjnych.

W jaki sposób powinniśmy się zmierzyć z tym problemem?

Na pewno należy zwiększyć finansowanie – obecny poziom finansowania psychiatrii jest dwukrotnie niższy niż w Europie. To pewnie pomogłoby zahamować, a może nawet odwrócić trend przechodzenia lekarzy do sektora prywatnego. Konieczna jest również budowa centrów zdrowia psychicznego. W nich opiekę mogliby sprawować nie tylko lekarze i psycholodzy ale też np. terapeuci środowiskowi, co obniżyłoby koszty funkcjonowania takich placówek. Brakuje także motywatorów systemowych do wprowadzania takich zmian. System kontraktowania NFZ nie wspiera i nie motywuje do wprowadzania długoterminowych inwestycji. Krótkoterminowe kontrakty, niepewność przyszłości finansowania zniechęca inwestorów do rozwijania tej branży w ramach świadczeń publicznych.

Konieczne jest też kształcenie lekarzy rodzinnych, przede wszystkim ponowna zmiana psychiatrii z fakultatywnej na obowiązkową w programie specjalizacji z medycyny rodzinnej. Szacuje się, że między

1/3 a 1/4 wszystkich pacjentów POZ to osoby z zaburzeniami psychicznymi. Pamiętać jednak należy o odpowiednim zbalansowaniu systemu, by dodatkowe kształcenie nie wiązało się później ze zbyt dużym obciążeniem pracą dla lekarzy rodzinnych.

Ważne, by lekarze dobrze rozumieli specyfikę pracy z seniorami ze schorzeniami psychicznymi. Przede wszystkim muszą pamiętać o wielochorobowości – to często pacjenci z wieloma diagnozami, interakcjami ze względu na przyjmowane leki. Z wiekiem maleje też wsparcie społeczne – umierają osoby z otoczenia seniora, nie zawsze może on też liczyć na znaczącą pomoc rodziny.

Czy nowoczesne technologie pomagają w działaniach, związanych z działaniami na rzecz dobrostanu zdrowia psychicznego?

Oczywiście – tak, ale pamiętać też należy, że nowoczesne technologie, smartfony, stały dostęp do Internetu powodują też często przebodźcowanie, które potrafi prowadzić np. do zaburzeń snu. To coraz większy problem, który dostrzegamy w społeczeństwach, w których nowoczesne technologie są obecne.

Nowoczesne rozwiązania teleinformatyczne są jednak bardzo pomocne na przykład w znalezieniu świadczenia – część pacjentów radzi sobie z tym doskonale. Istotne są też możliwości, które daje telemedycyna. W przypadku osób starszych do urazów najczęściej dochodzi w domu, wtedy takie rozwiązania jak np. zegarki SOS, pozwalające szybko wezwać pomoc lub monitorować stan pacjenta, mogą być bardzo przydatne.

Rozmowa z Hazel Brown, Local Solutions Liverpool, ekspertem projektu ITHACA



Jakie są główne problemy i potrzeby opiekunów nieformalnych?

Opiekunowie nieformalni zmagają się przede wszystkim z dwoma rodzajami problemów. Po pierwsze to efekty prac fizycznych, związanych z opieką nad pacjentem, na przykład skutki podnoszenia dużych ciężarów. Drugą kategorią są kwestie mentalne – emocje, z którymi muszą mierzyć się opiekunowie, na przykład poczucie winy czy złość, czasem także czują, że nie mają wystarczającej wiedzy do sprawowania opieki, np. wiedzy o chorobie. Dla opiekunów trudnością bywa też kontakt z organizacjami świadczącymi pomoc, boją się konieczności powtarzania wielokrotnie swojej historii.

Do jakich instytucji, do kogo w Wielkiej Brytanii mogą zwrócić się o pomoc opiekunowie nieformalni?

W Wielkiej Brytanii obowiązuje Carers Strategy, strategia wprowadzona ustawą z 2014 roku, która gwarantuje opiekunom prawo do dopasowanego do potrzeb zakresu pomocy. Większość tego wsparcia realizują podmioty trzeciego sektora, ale finansowanie tych działań pochodzi z poziomu rządowego, co stwarza pewne problemy. Jest dużo organizacji, które zajmują się konkretnie jedną chorobą, np. pacjentami z chorobą Alzheimera.

Są też centra dla opiekunów, w których mogą oni uzyskać szkolenia, wsparcie i fachową wiedzę. Local Solutions jest siecią takich centrów. W nich potrzeby każdego opiekuna są rozpoznawane i proponuje mu się rozwiązania do nich dostosowane. Może to być na przykład udział w zajęciach fitness, bon na

opiekę – opiekun realizując taki bon ma np. możliwość pójścia na zakupy, do urzędu, w tym czasie opieką nad pacjentem zajmuje się dedykowana osoba.

Jakie działania w Wielkiej Brytanii prowadzi Local Solutions?

Local Solutions działa od 1974 roku, ja sama pracuję z opiekunami od 23 lat. Dzięki Local Solutions opiekunowi wystarcza jeden telefon, by uzyskać wsparcie. Mamy wyspecjalizowane działy, odpowiedzialne za poszczególne rodzaje pomocy dla opiekunów. Dzwoniący nie musi wielokrotnie opowiadać swojej historii, wystarczy kontakt z naszą infolinią, by uzyskać odpowiednią pomoc.

Czy Local Solutions prowadzi jakieś szczególne działania dla osób dotkniętych chorobą psychiczną?

Tak, mamy dedykowane programy dla osób z takimi schorzeniami. Prowadzimy przede wszystkim wsparcie dla osób leczących się w domach. Co więcej, duży odsetek opiekunów również ma niezdiagnozowane problemy psychiczne, również i im staramy się pomóc – między innymi poprzez ruch, zajęcia sportowe w naszym ośrodku sportów wodnych. Prowadzimy również działania w szpitalach, sprawdzamy czy zapewnione jest poszanowanie godności pacjentów i respektowane są prawa człowieka.

Rozmowa z Danutą Parlak, psychologiem, członkiem Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych przy RPO

W czasie konferencji usłyszeliśmy, o potrzebie dobrej komunikacji, by efektywnie wspierać seniorów. Jakie są kluczowe elementy takiej komunikacji?



Komunikacja jest podstawową formą kontaktu ze światem zewnętrznym. Za jej pomocą możemy uzyskiwać informacje, sygnalizować nasze potrzeby, emocje. Komunikacja jest ważnym narzędziem nawiązywania i podtrzymywania relacji, a dobra komunikacja może sprawić, że relacje te będą satysfakcjonujące. Bez komunikacji nie jesteśmy w stanie funkcjonować w świecie.

Badania pokazują, że dla seniorów relacje są jednym z wyznaczników jakości życia. Co ważne, nie ich liczba jest istotna, ale właśnie jakość, szczególnie w przypadku relacji z młodszymi pokoleniami. To dlatego tak ważna jest umiejętność odpowiedniej komunikacji z seniorami. Zagrożeniem dla niej jest stosowanie odmiany tzw. „baby talk” – czyli sposobu komunikowania się z małymi dziećmi: używanie podniesionego tonu, nadmierne

stosowanie zdrobnień, pytań i powtórzeń, słów pieszczotliwych, nieuprawnione stosowanie zwrotów poufałych, zdrobnień imion.

Odmiana „baby talk” kierowana do osób starszych nosi nazwę „elderspeak” i charakteryzuje się wszystkimi cechami wymienionymi powyżej. Przejawia się ona zarówno w relacjach rodzinnych, relacjach opiekuńczych, jak i w sferze społecznej, np. w sklepie, na poczcie. „Elderspeak” w praktyce to takie zwroty jak np.: „jak tam nasza nóżka?”, „wypaliliśmy się dzisiaj?” czy też nieuprawnione stosowanie zwrotów „babciu”, „dziadku”, kierowane do nieznanym osobom starszych. Stosowanie „elderspeak” powoduje niesymetryczny, protekcyjny stosunek wobec osoby starszej. Co gorsza, osoby, wobec których komunikacja prowadzona jest w ten sposób, zaczynają bezwiednie przejmować sposób postrzegania swojej osoby, jako np. mniej sprawnej umysłowo lub mniej kompetentnej

językowo. Ma to wyraźny efekt praktyczny – przekłada się nawet na funkcjonowanie poznawcze osób starszych, które wycofują się z relacji społecznych, pogarsza się ich samopoczucie. Dużym zagrożeniem jest nie tylko negatywny stereotyp starości, ale również ambiwalentny – łączący pozytywne cechy postrzegania osób starszych jako np. ciepłych, serdecznych z negatywnymi – np. są mniej sprawni. Dobra komunikacja powinna być skuteczna – zaspokajać potrzeby obu stron. Należy zwracać uwagę na perspektywę drugiej osoby i przede wszystkim nie wolno wchodzić w komunikację z osobą starszą z ukrytymi założeniami o jej mniejszej sprawności. Należy traktować ją po partnersku, a dopiero, gdy zauważymy taką konieczność, odpowiednio dostosowywać komunikację do potrzeb odbiorcy.

Pytanie? Czy można poprawić komunikację z osobą starszą?

Zdecydowanie tak. Można to osiągnąć przy pomocy trzech sposobów oddziaływania. Po pierwsze wobec całego społeczeństwa. Każdy z nas komunikuje się z osobami starszymi, każdy też będzie kiedyś osobą starszą. Dlatego im więcej wiedzy na temat procesu starzenia się, komunikacji z osobami starszymi otrzymamy, tym lepiej. Drugim ważnym odbiorcą są wszelkiego rodzaju kadry, które pracują z osobami starszymi – czy to w systemie opieki i rehabilitacji, czy w systemie edukacji i aktywizacji osób starszych. W tym obszarze kwestia edukacji w zakresie właściwej komunikacji jest bardzo ważna. Trzecim bardzo ważnym typem odbiorcy są same osoby starsze, którym należy uświadomić, na czym polegają zagrożenia i w jaki sposób mogą usprawniać swoją komunikację, edukować ich, że mają prawo nie zgadzać się na formy komunikacji, które im nie odpowiadają, mogą być asertywni.