

Michał Danielewicz  
Emilia Sobol  
Aleksandra Wójcicka

# RAPORT Z INTERWENCJI BADAWCZEJ SKIEROWANEJ DO OSÓB ZAWODOWO ZAJMUJĄCYCH SIĘ PRACĄ OPIEKUŃCZĄ



**Autorzy:** Michał Danielewicz, Emilia Sobol, Aleksandra Wójcicka  
dr Anna Janowicz (ekspertyza)

**Redakcja i korekta:** Jacek Łęgiewicz

**Projekt okładki:** Marcin Kot

**Skład:** Wojciech Maciejczyk

**ISBN:** 978-83-68747-32-4

**Wydawca:**

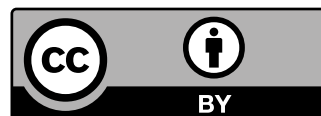
Instytut Badań Edukacyjnych – Państwowy Instytut Badawczy

ul. Górczewska 8, 01-180 Warszawa

tel. (22) 241 71 00; [www.ibe.edu.pl](http://www.ibe.edu.pl)



Publikacja dostępna na licencji Creative Commons  
Uznanie Autorstwa 4.0.



**Wzór cytowania:**

Danielewicz, M., Sobol, E., Wójcicka, A. (2025). *Raport z interwencji badawczej skierowanej do osób zawodowo zajmujących się pracą opiekuńczą*. Instytut Badań Edukacyjnych – Państwowy Instytut Badawczy.

Badanie oraz publikacja finansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach projektu „Wspieranie dalszego rozwoju Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji w Polsce (ZSK 6)”.

Warszawa 2025

Egzemplarz bezpłatny

# 1. Spis treści

<b>1. Opis projektu</b> .....	5
Cele i zarys projektu.....	5
Schemat projektu.....	5
Kontekst projektu.....	5
Kulisy realizacji projektu.....	7
Formuła interwencji badawczej.....	7
Projekt „Opiekuję się – pracuję” okiem etnografki.....	9
Tło realizacji projektu – Zintegrowany System Kwalifikacji.....	13
<b>2. Przebieg projektu</b> .....	15
<b>3. Portret osoby zawodowo zajmującej się pracą opiekuńczą</b> .....	17
Portret psychologiczny.....	17
Wyzwania emocjonalne oraz fizyczne .....	18
Kto i jak zostaje opiekunem – trajektorie wejścia .....	19
Jacy są opiekunowie zawodowi? .....	20
<b>4. Realia pracy opiekuńczej</b> .....	24
Na czym polega praca opiekuńcza?.....	24
Z kim pracują opiekunowie? .....	26
<b>5. Wnioski i rekomendacje</b> .....	29
Kluczowe obserwacje i wnioski.....	29
Rekomendacje dla organizacji świadczących usługi asystenckie i wytchnieniowe.....	30
Rekomendacje dla instytucji zamawiających i finansujących asystencję oraz opiekę..	31
Rekomendacje dla opiekunów i asystentów .....	32
<b>Bibliografia</b> .....	33
<b>Aneks</b>	
<b>Kształcenie kadr na rzecz osób starszych. Ekspertyza</b> .....	34
<b>Wprowadzenie</b> .....	35
A1. Potrzeby osób starszych wymagających wsparcia w kontekście edukacji kadr.....	37
A2. Odpowiedź na potrzeby osób starszych wymagających wsparcia w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej.....	39

A3. Kształcenie kadr na rzecz seniorów wymagających wsparcia .....	40
A3.1. Kształcenie kadr ochrony zdrowia .....	42
A3.2. Kształcenie kadr pomocy społecznej.....	45
A4. Kształcenie podyplomowe dla różnych grup zawodowych.....	50
A5. Oferta szkoleń i kursów dla opiekunów osób starszych .....	51
A6. Kształcenie kadr na potrzeby usług dotyczących rekreacji i aktywności osób starszych.....	54
A7. Wyzwania w zakresie kształcenia kadr na potrzeby osób starszych wymagających wsparcia – opinie eksperckie.....	55
<b>Podsumowanie .....</b>	<b>66</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>68</b>

# 1. Opis projektu

## Cele i zarys projektu

Głównym celem projektu było zebranie wiedzy pozwalającej na pogłębione zrozumienie osób zajmujących się zawodowo pracą opiekuńczą (dalej: opiekunów, przy czym pod tym pojęciem rozumiemy także opiekunki; dotyczy to również nazw innych zawodów, stanowisk, funkcji itp.; rozwiązanie to przyjęto wyłącznie dla zachowania przejrzystości i spójności tekstu, a nie z zamiarem wykluczenia któregoś z przedstawicieli danej grupy) – przede wszystkim ich oczekiwań, potrzeb, trudności i obaw widzianych w kontekście pracy, jak również przygotowania do pracy, realiów pracy i potencjału dalszego rozwijania kompetencji opiekuńczych. Ponadto, korzystając z doświadczeń i wiedzy zdobytych w trakcie pierwszej edycji projektu skierowanej do osób sprawujących nieodpłatną opiekę nad osobami bliskimi, mieliśmy możliwość przeprowadzenia pewnych porównań<sup>1</sup>.

## Schemat projektu

1. Wstępna eksploracja tematu (*desk research*).
2. Rekrutacja partnera instytucjonalnego.
3. Indywidualne wywiady pogłębione z potencjalnymi uczestnikami grupy wsparciowo-rozwojowej.
4. Cykl spotkań grupy wsparciowo-rozwojowej (wsparcie kompetencyjne oraz emocjonalne<sup>2</sup>) wraz z obserwacjami uczestniczącymi.
5. Całodniowa sesja podsumowująco-ewaluacyjna.

## Kontekst projektu

Zapotrzebowanie na pracę opiekuńczą w Polsce rośnie. Ze względu na starzenie się społeczeństwa oraz wzrost zachorowalności na choroby wieku podeszłego i choroby układu nerwowego będzie rosło nadal. Trudno oszacować dokładnie skalę zapotrzebowania na takie usługi, ponieważ wsparcie osób z niepełnosprawnościami, schorowanych czy starszych

---

<sup>1</sup> Zainteresowanych szczegółowymi wynikami pierwszej edycji odsyłamy do raportu dostępnego pod adresem <https://ibe.edu.pl/files/BIBLIOTEKA/ZSK/opiekuje-sie-pracuje-raport.pdf>

<sup>2</sup> Wsparcie to miało pozwolić uczestniczkom i uczestnikom grupy lepiej odnajdywać się w roli osób sprawujących opiekę oraz skuteczniej wykonywać swoje obowiązki i dbać o własne zdrowie.

to w dużej mierze niewidzialna praca wykonywana przez bliskich, przeważnie rodzinę. W przeważającej mierze są to kobiety – matki, żony, córki czy synowe.

Opieka nad bliskim stanowi wyzwanie kompetencyjne oraz emocjonalne. Zazwyczaj niesie ze sobą również istotne ograniczenia życiowe dla osoby, która taką opiekę sprawuje. I choć to doświadczenie może być źródłem satysfakcji oraz bywa traktowane jako swego rodzaju misja, to wiąże się najczęściej z dużym obciążeniem emocjonalnym oraz fizycznym. Coraz więcej mówi się o opiece wytchnieniowej jako niezbędnej dla zachowania lepszej kondycji opiekunów rodzinnych. Nie zawsze też w rodzinie znajdzie się ktoś, kto chce lub może podjąć się takiej „pełnoetatowej” opieki nad bliskim. Rosnące zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze zarówno dla osób starszych, z niepełnosprawnościami, schorowanych, jak i dla opiekunów tych osób w ramach usług wytchnieniowych sprawia, że dużym wyzwaniem jest kształtowanie kadry opiekuńczej, która mogłaby zaspokoić popyt na to wsparcie. Ważne jest profesjonalne wsparcie opiekunów osób, wymagających opieki bezpośrednio, ale również wsparcie ich rodzin, które opiekują się nimi na co dzień.

Popyt na pracowników zajmujących się opieką i wsparciem osób starszych odnotowano także w prognozie zapotrzebowania na pracowników w zawodach szkolnictwa branżowego na krajowym i wojewódzkim rynku pracy w roku 2025 r. (MEN, 2025). Celem prognozy jest wskazanie, w jakim kierunku powinna rozwijać się oferta szkolnictwa branżowego. I właśnie w 2025 r. na liście krajowej pojawiły się po raz pierwszy zawody z poziomu szkoły policealnej: opiekun osoby starszej i opiekun w domu pomocy społecznej.

Można zauważyć, że wzrostowi potrzeb związanych ze wsparciem i pomocą społeczną towarzyszy spadek liczby osób, które zatrudniają się do pracy w tych obszarach. W raporcie Branżowego Bilansu Kapitału Ludzkiego (Grabowska i in., 2023) dla branży opieka zdrowotna i pomoc społeczna z roku 2023 wskazano, że w 2021 r. odnotowano spadek zatrudnienia w porównaniu z rokiem 2020 o około 4% (MRiPS, 2021). Przyczyn takiego zjawiska mogło być wiele – ograniczone zainteresowanie podjęciem zatrudnienia w tym sektorze, trudne warunki pracy, niskie zarobki przy jednoczesnym postrzeganiu wizerunku pomocy społecznej i jej pracowników jako mało prestiżowych. Do tego dochodzą wyzwania związane z codziennym wykonywaniem pracy, które w wyraźny sposób przekładają się na duże obciążenie emocjonalne, w tym zakłócenie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, jak również negatywny wpływ, jaki świadczenie opieki wywiera na zdrowie opiekunów (Grabowska i in., 2023).

Więcej informacji związanych z tematem starzenia się społeczeństwa, zapotrzebowaniem na pracę opiekuńczą oraz malejącym potencjałem opiekuńczym rodzin zawarto w stanowiącej aneks do raportu [ekspertyzie](#) autorstwa dr Anny Janowicz.

## **Kulisy realizacji projektu**

Wśród osób zajmujących się pracą opiekuńczą, które uczestniczyły w projekcie „Opiekuj się – pracuję” były osoby pracujące zarówno w roli asystentów osób niepełnosprawnych, jak i opiekunów wytchnieniowych oraz w obu naprzemiennie. Ci pierwsi pomagają w codziennych obowiązkach samotnym osobom, które mają problemy w poruszaniu się, w tym poruszającym się na wózkach, lub mającym innego rodzaju niepełnosprawności. Aktywizują swoich podopiecznych, a także towarzyszą im w codziennych czynnościach jak, np. wyjście z domu, załatwienie spraw w urzędzie, wizyta u lekarza, robienie zakupów, sprząatanie, czynności pielęgnacyjne lub spotkanie towarzyskie. Opiekunowie wytchnieniowi zaś w pierwszej kolejności wspierają opiekunów rodzinnych, aby ci mogli odpocząć od codziennych opiekuńczych obowiązków i zadbać o własne potrzeby. Opiekun wytchnieniowy zajmuje się podopiecznym w zastępstwie głównego opiekuna, pomaga w obowiązkach domowych, umożliwia mu wyjście z domu i odpoczynek, zajęcie się sobą i swoimi sprawami. Uczestnicy projektu wskazywali, że często główni opiekunowie podczas pobytu w domu opiekuna wytchnieniowego nigdzie nie wychodzą, ponieważ już obecność drugiego człowieka, możliwość rozmowy z nim, napięcia się z kimś herbaty wiele im daje.

Tematem opieki nad osobami niesamodzielnymi czy wsparcia ich opiekunów zajmuje się w Polsce wiele różnych organizacji. Pierwszym krokiem w realizacji projektu zespołu badawczego IBE PIB było ich wyszukanie oraz zrekrutowanie jednej z nich do współpracy. Po serii spotkań z organizacjami świadczącymi usługi opiekuńczo-wytchnieniowe przeprowadzonych przez zespół projektowy ostatecznie zdecydowano się na współpracę z Fundacją KTOŚ z siedzibą w Łodzi (dalej: Fundacja) w roli partnera instytucjonalnego. Organizacja zajmuje się wsparciem osób z niepełnosprawnościami lub niesamodzielnymi, zatrudnia więc opiekunów i zawodowych asystentów.

## **Formuła interwencji badawczej**

Projekt, podobnie jak w przypadku jego pierwszej edycji, miał formułę interwencji badawczej, która to formuła wywodzi się z nurtu badań partycypacyjnych, m.in. badań w działaniu (*action*

*research*<sup>3</sup>), rozwijanych przede wszystkim na gruncie takich naukowych dyscyplin, jak pedagogika, antropologia i socjologia. Można wskazać na dwa założenia charakterystyczne dla tego nurtu.

Pierwszym jest mniej lub bardziej aktywne uczestnictwo badanych osób czy instytucji w procesie badawczym i związana z tym wizja procesu badawczego jako swego rodzaju dialogu pomiędzy zaangażowanymi weń aktorami, tj. badaczami, badanymi, ale też osobami i instytucjami realizującymi działania skierowane do badanej grupy czy wreszcie odbiorcami wyników badań (np. decydenci, grupy interesu). Drugą cechą charakterystyczną jest wspomniane zorientowanie na poznawanie przez działanie – wchodzenie przez badaczy i badanych w znaczące interakcje<sup>4</sup> oraz posługiwanie się szeroko rozumianą kategorią zmiany traktowaną jako istotne narzędzie poznania<sup>5</sup>. Przy czym o ile w przypadku badań w działaniu *sensu stricto* (*action research*) zdobyta w ten sposób wiedza ma przede wszystkim służyć weryfikowaniu i – w efekcie – doskonaleniu podejmowanych działań (por. Koshy i Chapman, 2005; O'Brien, 2001; McNiff i Whitehead, 2006), o tyle w przypadku interwencji badawczych głównym celem jest samo pozyskanie wiedzy.

Innymi słowy – oba podejścia łączy praktyczna filozofia prowadzenia działań badawczych, różni zaś to, w jakich sferach są usytuowane główne cele realizowanych projektów; w przypadku *action research* będzie to w pierwszym rzędzie sfera praktyk, zaś w przypadku interwencji badawczej – sfera poznawcza.

Wybór interwencji badawczej jako formy realizacji badania dawał możliwość realizacji jego celów poprzez działania badawcze oraz interwencyjne. Z punktu widzenia zespołu badawczego aspekt poznawczy był kluczowy w poszukiwaniu odpowiedzi na stawiane pytania, jednak z punktu widzenia osób uczestniczących w działaniu to część interwencyjna była najważniejsza. Tu jednak należy wspomnieć, że dzięki uczestnictwu obserwatorki-badaczki w spotkaniach grupy wsparciowo-rozwojowej część interwencyjna również dostarczała wielu badawczych wglądów i refleksji. Cały czas trwania badania – poczynając od

<sup>3</sup> W ramach tego nurtu można spotkać się z licznymi odmianami ogólnego podejścia, takimi jak: partycypacyjne badania w działaniu (*participatory action research*), badania partycypacyjne (*participatory research*), uczenie się przez działanie (*action learning*) czy inne podejścia (o nazwach niemających polskich odpowiedników), takie jak: *collaborative inquiry*, *emancipatory research*, *contextual action research*, przy czym w istocie mamy tu do czynienia z wariacjami zasadniczego tematu, jakim jest poznawanie przez działanie właśnie (McNiff i Whitehead, 2006).

<sup>4</sup> Czyli takie, pod wpływem których mogą zmieniać się postawy, przekonania czy zachowania, przy czym warto zwrócić uwagę, że zmiany te mogą zachodzić po obu stronach (badaczy i badanych).

<sup>5</sup> Poza omawianym tu nurtem w badaniach społecznych bardzo głęboko zakorzeniony jest dogmat nakazujący minimalizować wpływ badacza i badania na badanego w przekonaniu, że prowadzi to do zaburzenia wyników badania. Podejście partycypacyjne natomiast dostrzega w tymże (kontrolowanym) wpływie szansę na katalizę – wydobyć na wierzch tego, co skrywane lub nieświadomione, jak również urzeczywistnienie tego, co potencjalne.

etapu badawczego, poprzez etap interwencyjno-badawczy, kończąc na etapie podsumowania i ewaluacji działań – był czasem systematycznego gromadzenia wiedzy o uczestnikach i uczestniczkach badanej grupy. Badawczy aspekt rozpoczął projekt i był od początku jasno komunikowany osobom w nim uczestniczącym. Wiedza była gromadzona przez samą grupę, zespół badawczy, a także w ramach spotkań organizowanych z koordynatorką działań od strony organizacyjno-logistycznej, moderatorką grupy wsparciowo-rozwojowej oraz przedstawicielami partnera instytucjonalnego.

## **Projekt „Opiekuję się – pracuję” okiem etnografki**

Obserwacja jest metodą badawczą stosowaną w wielu naukach, w tym w naukach społecznych. Zgodnie ze słowami Janusza Sztumskiego: „Przez obserwację rozumie się celowe, tzn. ukierunkowane i zamierzone oraz systematyczne postrzeganie badanego przedmiotu, procesu lub zjawiska” (Sztumski, 1999, s. 122). Zaletą tej metody jest możliwość prześledzenia przebiegu wydarzeń i odnotowania wielu szczegółów, które byłyby niemożliwe do wychwycenia za pomocą narzędzi wykorzystujących wyłącznie zamknięty zestaw zagadnień do zbadania. Jak zauważają Catherine Marshall i Gretchen Rossman, stopień uczestnictwa badacza w wydarzeniu objętym obserwacją może być różny – badacz może uczestniczyć w życiu codziennym badanej grupy i znaleźć sobie miejsce w jej strukturze, może również w ogóle nie angażować się w interakcje społeczne (Marshall i Rossman, 1995). Martyn Hammersley i Paul Atkinson opisują ryzyka związane z różnymi strategiami prowadzenia obserwacji uczestniczącej. Zarówno z byciem „obserwatorem nieuczestniczącym”, „obserwatorem jako uczestnikiem”, jak i „uczestnikiem jako obserwatorem” wiążą się różnego rodzaju wyzwania, które opisywali w swoich pracach różni etnografowie (Hammersley i Atkinson, 1995, s. 107–130). Hammersley i Atkinson rekomendują dobór strategii prowadzenia obserwacji odpowiednio do natury badanego środowiska i celu prowadzonego badania, zalecają też modyfikowanie roli badacza w celu minimalizacji jej wpływu na zbierane informacje (op. cit., s. 116).

Jako członkini zespołu badawczego uczestniczyłam w spotkaniach grupy wsparciowo-rozwojowej na takich samych zasadach, jak jej pozostali uczestnicy i byłam traktowana jako jej uczestniczka zarówno przez osobę prowadzącą te spotkania, jak i przez jej członków. Każdą sytuację zaistniałą podczas spotkań grupy obserwowałam więc od wewnątrz poprzez faktyczne włączenie się w obserwowane zdarzenia i ich analizowanie (Babbie, 2005).

Jako osoba z zespołu projektowego przeprowadziłam cztery z dwunastu wywiadów IDI<sup>6</sup> poprzedzających zawiązanie grupy wsparciowo-rozwojowej. Później uczestniczyłam w większości spotkań grupy, w tym także w spotkaniu z fizjoterapeutą oraz psychogeriatrą. Byłam również obecna podczas warsztatu ewaluacyjnego. Łącznie przeprowadziłam pięć obserwacji uczestniczących.

Warto wspomnieć, że w podobnej formule przeprowadzono pierwszą edycję projektu „Opiekuję się – pracuję”, poświęconą opiekunom rodzinnym, tj. opiekującym się niesamodzielnymi bliskimi. Tamto badanie również miało formę interwencji badawczej, w ramach której była zorganizowana grupa wsparcia, a ja podczas jej spotkań prowadziłam obserwacje uczestniczące. Ponieważ formuła ta dobrze się sprawdziła, postanowiliśmy jako zespół badawczy zastosować ją jeszcze raz do innej grupy w nowej edycji projektu poświęconej profesjonalnym opiekunom i asystentom. Tak samo jak podczas wcześniejszej edycji, obserwacje uczestniczące miały charakter ustrukturyzowany i określony ramami arkusza obserwacji, który jako obserwatorka wypełniałam po spotkaniach. Arkusz ten przeszedł iterację po doświadczeniach z pierwszej edycji projektu „Opiekuję się – pracuję” i został dostosowany do edycji aktualnej. Jego nowa wersja obejmowała następujące pola:

- Podstawowe informacje (data i czas trwania spotkania, liczba osób uczestniczących w spotkaniu).
- Przebieg spotkania (opis całego wydarzenia).
- Motywacje do bycia opiekunem/opiekunką (dlaczego zdecydowali się nimi być, co im daje taka praca).
- Nabywanie kompetencji i ich weryfikacja (jak się uczą i jak weryfikują w działaniu zdobytą wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne).
- Język mówienia o kompetencjach (na ile znane jest im to pojęcie, na ile myślą o sobie jako o ludziach, którzy mają kompetencje).
- Bolączki, trudności, wyzwania i potrzeby zawodowych opiekunów.
- Czy osoby z grupy docelowej korzystają z jakichś form wsparcia? Jakie są ich źródła?
- Czego im brakuje? Jakie formy wsparcia byłyby jeszcze możliwe?
- Czy mówią o formalno-prawnych ramach swojej sytuacji zawodowej, swoich zarobkach i potrzebach finansowych?
- Znaczenia pracy opiekuńczej – jak uczestnicy mówią o swojej pracy opiekuńczej.

<sup>6</sup> Wywiady IDI (ang. *in-depth interview*) – indywidualne wywiady pogłębione.

- Czy zachodzi wymiana dobrych praktyk – z jakiego obszaru, jakimi tematami są zainteresowani(-ne).
- Droga, jaką podąża moderatorka (moderacja, tematy, zadania).
- Jak grupa rezonuje ze sobą?
- Jak grupa rezonuje z moderatorką (reakcje na tematy i formy działań/zadań)?
- Autorefleksja: postać obserwatorki i jej wpływ na grupę (opis ewentualnych interakcji grupy/moderatorki z obserwatorką).
- Co spowodowało jakieś napięcie lub konflikt, jak się kto zachował, jak sytuację rozwiązano?
- Co nie zagrało, co okazało się problematyczne (opis trudności techniczno-organizacyjnych).

Tak jak w przypadku pierwszej edycji projektu, formuła ta umożliwiła poszukiwanie odpowiedzi na pytania badawcze oraz pozwoliła na obserwację sposobu jego przeprowadzenia i rozwiązywanie pojawiających się ewentualnych problemów organizacyjnych na bieżąco.

Zastosowanie obserwacji uczestniczącej pozwoliło przyrzeć się z bliska i lepiej poznać grupę, której dotyczyła interwencja badawcza – poznać radości i smutki dnia codziennego (również te niewypowiedzane wprost), wyzwania, źródła wsparcia oraz charakter relacji opiekunów z podopiecznymi i ich rodzinami. Wszystko to było omawiane podczas spotkań grupy wsparcia oraz podczas luźnych rozmów o życiu codziennym w trakcie przerw. Pozwoliło to też poznać życie pozazawodowe opiekunów – ich pasje, źródła wsparcia, źródła radości, formy dbania o siebie, marzenia i cele. Dowiadywaliśmy się też o ich zaburzonej równowadze między życiem zawodowym i osobistym (więcej na ten temat w rozdziale 3). Było to dobrą okazją do zrozumienia w pełni, jak zapracowani są to ludzie, i jak duże jest ich zaangażowanie w pracę. Obserwacje uczestniczące umożliwiły też czuwanie nad przebiegiem projektu i gromadzenie na bieżąco informacji o tym, jak uczestnicy odbierają adresowane do nich działania. Podejście takie jest zgodne z założeniami interwencji badawczej, przedstawionymi w poprzednim podrozdziale, dotyczącym jej formuły. W tym miejscu należy też podkreślić różnicę między opiekunami zawodowymi a rodzinnymi, przebadanymi w pierwszej edycji „Opiekuję się – pracuję” – opiekunowie zawodowi nie są ludźmi aż tak samotnymi. Jeżeli jednak przyjmiemy definicję samotności jako brak zrozumienia, to specyfika ich pracy utrudnia im nawiązanie kontaktu z osobami w podobnej sytuacji, mierzącymi się z podobnymi problemami i poszukującymi podobnych rozwiązań.

Z pozoru dołączenie do grupy jako obserwatorka nie wydawało się trudnym zadaniem, ponieważ grupa była bardzo zróżnicowana pod względem wieku i płci, a w taką grupę

łatwiej jest się wtopić (dla porównania – w pierwszym projekcie „Opiekuję się – pracuję” uczestniczkami grupy wsparcia były osoby 45+, od których odstawałam wiekowo). Także część uczestników nie znała się (więcej o tym w kolejnych rozdziałach), więc obecność kolejnej anonimowej osoby nie była niczym dziwnym. Ponadto prowadziłam część wywiadów poprzedzających spotkania grupy wsparciowo-rozwojowej, więc dzięki temu znałam część uczestników. Podczas pierwszego spotkania grupy czułam jednak, że jestem kimś z zewnątrz. To uczucie potęgowało się, gdy niektóre osoby z grupy żartowały, że jestem „szefem”, więc uczestnicy wykonujący wraz ze mną np. zadanie w parach „będą mieli łatwiej”, bo ja tak naprawdę zarządzam wszystkim co się dzieje, mimo że mówiłam, że tak nie jest. Podczas kolejnych spotkań to poczucie dystansu zaczęło się rozmywać, ponieważ grupa się integrowała. Tu należy wspomnieć o pozytywnym nastawieniu do mnie i mojej roli w grupie jej członków, którzy dbali o to, bym nie czuła się odsunięta. Być może można pokusić się w tym miejscu o wniosek, że badani przez nas opiekunowie i asystenci są osobami, które dobrze się odnajdują w relacjach z innymi ludźmi, łatwo w nie wchodzą, czerpią z nich dużą satysfakcję i zależy im, żeby inni czuli się przy nich dobrze. Pomimo tego i tak starałam się nie zabierać członkom grupy przestrzeni na ich wypowiedzi i dzielenie się swoimi doświadczeniami, przez co zyskałam w ich oczach status uczestniczki nieśmiałej i wycofanej, która powinna popracować nad pewnością siebie i zabieraniem głosu w grupie.

Ustalenie dla mnie roli podczas spotkań grupy na początku sprawiało pewną trudność jej moderatorce. Podczas pierwszych zajęć wyłączała mnie z prac grupowych, chcąc, by grupa lepiej się zintegrowała. Osoby z grupy jednak upominały się o to, żebym też dołączyła do ich wspólnych prac, czemu moderatorka się nie przeciwstawiała, więc siłą rzeczy funkcjonowałam w grupie jako pełnoprawna członkini – uczestniczyłam w ćwiczeniach i dyskusjach, zabierałam głos na forum i zadawałam uczestnikom pytania, gdy coś mnie zaintrygowało.

Grupa widziała dużą potrzebę realizacji projektu. O ile na początku część uczestników podchodziła do grupy wsparciowo-rozwojowej z pewną dozą nieufności, raczej z zaciekawieniem, czym ten projekt będzie, to później zdecydowanie częściej wybrzmiewały głosy, że takie spotykane się i wzajemne wspieranie w pracy po prostu jest im potrzebne. Sam element wymiany doświadczeń i możliwość rozmowy o różnych trudnościach były dla nich wyraźnie wartościowe, oprócz tego realizowany projekt stanowił dobre uzasadnienie dla wprowadzenia w Fundacji pewnych ważnych dla nich rozwiązań. Przede wszystkim mamy tu na myśli superwizję opiekunów i asystentów (więcej informacji o działaniach rekomendowanych dla instytucji organizujących pracę opiekunów podano w rozdziale 5). Sam fakt, że ja podczas spotkań grupy realizuję jakieś badanie, wydawał się nie być dla nich aż tak ważny.

W kontekście przeprowadzanych obserwacji uczestniczących istotny był aspekt zachowania poufności danych uczestników, ze względu na dużą liczbę osobistych informacji, jakie uczestnicy projektu ujawniali podczas spotkań. Wprowadziłam anonimizację arkuszy obserwacji i – uznawszy pewne informacje za zbyt osobiste, albo potencjalnie niekomfortowe dla konkretnego/konkretnej uczestnika/uczestniczki do ujawnienia poza grupą, którą ta osoba obdarzyła zaufaniem – nie ujawniałam danych umożliwiających zidentyfikowanie danej osoby na tle grupy. Posługiwałam się wtedy określeniami „jedna z osób” lub „pewna osoba”, bez względu na płeć. Dzięki temu odbiorcy arkuszy mieli zarysowany obraz danego problemu, ale nie wiedzieli, o kogo z grupy faktycznie chodzi. Postawa taka wydawała się zgodna z założeniami przyświecającymi obecności obserwatorki na spotkaniach, a jednocześnie nie naruszała zaufania osób, które podlegały obserwacji.

Czy prowadzenie obserwacji uczestniczących działań prowadzonych w ramach projektu pozwoliło naszemu zespołowi badawczemu lepiej realizować założenia interwencji badawczej? Myślę, że tak. Argumentów przemawiających za słusznością tego rozwiązania można wskazać kilka – od nawiązania relacji z uczestnikami projektu, poznawania ich w działaniu, głębszego wglądu w proces wsparcia, po wgląd w całokształt ich sytuacji. Nie wolno nie doceniać tak delikatnego aspektu badania, jak zaufanie między uczestnikami badania a badaczem. Dzięki zebranej w ten sposób wiedzy udało się stworzyć bardziej pogłębiony i zniuansowany portret zawodowego opiekuna i asystenta osoby niesamodzielnej.

## **Tło realizacji projektu – Zintegrowany System Kwalifikacji**

Badanie zostało zrealizowane przez Instytut Badań Edukacyjnych - Państwowy Instytut Badawczy (IBE PIB), który m.in. prowadzi działania wdrażające Zintegrowany System Kwalifikacji (ZSK). System ten opisuje, porządkuje i zbiera różne kwalifikacje w jednym, powszechnie dostępnym rejestrze – Zintegrowanym Rejestrze Kwalifikacji ([kwalifikacje.gov.pl](http://kwalifikacje.gov.pl)). ZSK określa także zasady i standardy potwierdzania funkcjonujących w nim kwalifikacji, co zapewnia wysoką jakość certyfikatów wydawanych w ramach systemu. Zintegrowany System Kwalifikacji to ważne narzędzie polityki uczenia się przez całe życie, realizowanej zgodnie ze strategią polskiego rządu oraz Unii Europejskiej. U podstaw idei uczenia się przez całe życie leży przekonanie, że nawet po zakończeniu etapu formalnej edukacji trzeba w dalszym ciągu doszkalać się oraz podnosić swoje kwalifikacje.

W ramach ZSK można uzyskać kwalifikacje niezależnie od sposobu nabycia składających się na nie kompetencji. Potwierdzenie ich posiadania odbywa się na podstawie pozytywnego wyniku walidacji, czyli sprawdzenia, czy osoba ubiegająca się o daną kwalifikację faktycznie posiada dane kompetencje. System opiera się na założeniu, że osoby uczące się i zdobywające kompetencje w sposób formalny, pozaformalny czy też nieformalny mają podobne możliwości w ubieganiu się o interesujące je kwalifikacje, bez względu na sposób uczenia się.

Osoby, które zawodowo zajmują się pracą opiekuńczą, często nabywają swoje umiejętności w sposób nieformalny, niejednokrotnie już w toku samej pracy, poprzez wykonywanie zadań zawodowych na co dzień i zdobywanie w ten sposób doświadczenia. Prowadząc działania badawcze, skupiono się więc na znaczeniu ZSK dla potencjalnych użytkowników systemu, którzy nabywają kompetencje w sposób nieformalny. Celem było zdobycie informacji dotyczących tego, jakie potrzeby względem ZSK może mieć wybrana grupa zawodowa. Szczególnym zainteresowaniem objęto tematy nabywania, identyfikowania i weryfikacji kompetencji opiekunów zawodowych, ich zapotrzebowania na potwierdzanie kompetencji nabytych w sposób nieformalny oraz samych procesów nabywania wiedzy i umiejętności, które mają potencjał poddania walidacji i certyfikacji.

Projekt „Opiekuję się – pracuję” został zrealizowany jako element zadania Z5 ZSK 6: „Prowadzenie badań i analiz umożliwiających doskonalenie i projektowanie nowych rozwiązań ważnych dla rozwoju ZSK” w ramach umowy FERS.01.08-IP.05-0001/23. Działania projektowe odpowiadały również celom zawartym w Zintegrowanej Strategii Umiejętności<sup>7</sup> z obszaru 13. „Wspieranie kadr instytucji spoza systemu edukacji formalnej i pozaformalnej (realizujących zadania z zakresu opieki, wychowania i edukacji) w zakresie rozwoju umiejętności”, w temacie 13.9 „Wspieranie w zakresie własnej kondycji fizycznej, psychicznej i emocjonalnej, między innymi przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”.

---

<sup>7</sup> Więcej o Zintegrowanej Strategii Umiejętności: <https://www.gov.pl/attachment/d878ece0-503d-4b91-a9a1-68e8b3c9a375>

## 2. Przebieg projektu

Projekt składał się z dwóch części: badawczej i interwencyjnej. Pierwszą stanowiły działania badawcze podejmowane przez zespół badawczy IBE PIB, w tym przeprowadzenie z uczestnikami i uczestniczkami projektu pogłębionych wywiadów indywidualnych pozwalających poznać sytuację opiekunów i asystentów, obserwacja uczestnicząca badaczki IBE PIB podczas spotkań grupy oraz sesja ewaluacyjna kończąca projekt. Druga część obejmowała sześć spotkań grupy wsparciowo-rozwojowej oraz warsztat superwizyjny, podczas którego doszło do kolejnego spotkania grupy po kilku miesiącach od zakończenia regularnych (raz na miesiąc) spotkań grupy wsparciowo-rozwojowej.

W pierwszej części, na mocy porozumienia, Fundacja wytypowała grupę współpracujących z nią opiekunów i asystentów, którzy mogliby być uczestnikami projektu. Były to zarówno osoby współpracujące z Fundacją od wielu lat, jak i nowi współpracownicy, zarówno osoby dwudziestokilkuletnie, jak i emeryci, zarówno kobiety, jak i mężczyźni (szczegółowa charakterystyka uczestników zawarta jest w rozdz. 3).

W tym miejscu należy podkreślić rolę wykonawczynie odpowiedzialnej za rekrutację respondentów do wywiadów IDI i docelowo uczestników warsztatów. Wykonawczynie kontaktowała się z osobami wytypowanymi przez Fundację, pośrednicząc *de facto* między zespołem badawczym a respondentami-uczestnikami warsztatów. Przy pomocy osoby rekrutującej umówiono 12 wywiadów indywidualnych. Wywiady realizowane przez badaczy IBE PIB odbyły się w siedzibie Fundacji w Łodzi. Celem wywiadów było zebranie informacji na temat uczestników, ich pracy, życia, trudności, z jakimi się zmagają na co dzień oraz zidentyfikowanie obszarów wsparcia. Informacje w pierwszej kolejności posłużyły opracowaniu tematów warsztatów odpowiadających potrzebom grupy, w drugiej zaś – głębszej analizie, której owocem jest szczegółowy portret opiekuna.

Po przeprowadzeniu wywiadów ich uczestnicy wzięli udział w drugiej części projektu – w cyklu sześciu spotkań grupy wsparciowo-rozwojowej. Grupa była prowadzona przez profesjonalną moderatorkę. Spotkania odbywały się co miesiąc, od listopada 2024 r. do kwietnia 2025 r. i każde z nich poświęcone było innemu tematowi. Za przebieg spotkań, zastosowane ćwiczenia i materiały odpowiadała moderatorka grupy, zaś za ich organizację i logistykę – wykonawczynie zewnętrzna. Podczas spotkań była obecna osoba z zespołu badawczego; notatki z obserwacji uczestniczących stanowią wraz z wywiadami indywidualnymi materiał badawczy, na podstawie którego powstał niniejszy raport.

Z początku grupę stanowiło 12 osób, które wzięły udział w wywiadach. Jedna z uczestniczek zrezygnowała z uczestnictwa w projekcie, ostateczny skład grupy stanowiło 11 opiekunów i asystentów, moderatorka i obserwatorka z IBE PIB. Warto zaznaczyć, że na samym początku, podczas zawiązania się grupy, nie wszyscy uczestnicy się znali. Można powiedzieć, że dzięki wieloletniej współpracy z Fundacją znała się około połowa uczestników – dla reszty była to pierwsza okazja, by nawiązać relacje z innymi opiekunami.

Na każdym z sześciu spotkań grupy poruszano konkretną tematykę. Warsztat listopadowy poświęcono samoświadomości roli opiekuńczej, grudniowy – dbaniu o równowagę fizyczną i psychiczną, styczniowy – asertywności, lutowy – psychologii wieku późnej dorosłości i umierania, marcowy – pracy w dysfunkcyjnym systemie rodzinnym, zaś kwietniowy – stawianiu celów zawodowych i superwizji pracy opiekuńczej. Dwa z tych spotkań były rozszerzone o komponent szkoleniowy i prowadzone przez ekspertów-praktyków. Dotyczyły one następujących tematów:

- Ergonomia pracy opiekuna – jak zadbać o siebie, by móc dbać o innych?
- Psychogeriatrya – psychologiczne potrzeby i intelektualne uwarunkowania starości, komunikacja z osobami starszymi, radzenie sobie ze stratą podopiecznego.

Podczas wszystkich spotkań grupy (z wyjątkiem warsztatu marcowego, ze względu na swoją chorobę) obserwacje prowadziła jedna z członkiń zespołu badawczego IBE PIB, etnografka. Obserwacjom tym podlegała praca grupy, jej interakcje, dyskusje, wyrażane opinie i emocje, opisywane przez uczestników trudności oraz wszelkie elementy związane ze specyfiką ich pracy. Prowadzono je na podstawie zawartych w arkuszu obserwacji pytań, które zamieszczono w rozdziale 1, w ramce dotyczącej obserwacji etnograficznych. Pozwoliły one zespołowi badawczemu lepiej zrozumieć sytuację opiekunów, zmierzyć się z zagadnieniami, których nie udało się poruszyć podczas IDI w całej ich złożoności. W ramach prowadzonych badań zadbano o prywatność badanych i ochronę wrażliwych informacji, a także wątków osobistych.

Pół roku po zakończeniu serii spotkań grupy wsparciowo-rozwojowej przeprowadzono warsztat podsumowująco-ewaluacyjny. Ten odstęp czasowy był w zamierzeniu organizatorów czynnikiem rozszerzającym perspektywę i pozwalającym w związku z tym lepiej ocenić, czy i na ile udział w projekcie miał wpływ na funkcjonowanie i pracę uczestniczących w nim opiekunów. Warsztat ten był prowadzony wspólnie przez zespół badawczy IBE PIB oraz dwójkę moderatorów, w tym moderatorkę znaną już grupie z poprzednich warsztatów. Tak jak w przypadku wywiadów i obserwacji, również wnioski z warsztatu stanowiły materiał badawczy, na podstawie którego powstała analiza zaprezentowana w niniejszym raporcie.

### 3. Portret osoby zawodowo zajmującej się pracą opiekuńczą

Grupa opiekunów zawodowych uczestniczących w projekcie była zróżnicowana pod kątem płci, wieku, doświadczenia zawodowego i życiowego. Patrząc szerzej na ich obecną sytuację zawodową jako opiekunów, można wśród nich wyróżnić trzy główne grupy, z których każda ma nieco inne uwarunkowania oraz potrzeby związane z wykonywaną pracą.

- Opiekunowie pełnoetatowi
  - Często nad-etatowi – pracujący nawet po 270 godzin na miesiąc. W tej grupie najłatwiej spotkać osoby bardzo zaangażowane w pracę (nieraz, jak się wydaje, nadmiernie, co prowadzi do przeciążenia).
  - Dla niektórych opiekunów etatowych ta praca to tymczasowy przystanek, wstęp do dalszej kariery w branży pomocowej jako opiekun medyczny, terapeuta czy pedagog specjalny.
  - Inni opiekunowie etatowi traktują tę pracę jako długoterminową lub docelową. W tym wypadku często są to osoby 50+, nieraz z doświadczeniem zwolnienia z miejsca wieloletniej pracy. Dla nich zazwyczaj jest to ostatni przystanek zawodowy przed emeryturą.
- Opiekunowie dorabiający – emeryci, renciści
  - Mają zazwyczaj jednego–dwóch podopiecznych, „nie gonią za pracą”. Dla nich ta praca to często ostatni rozdział zawodowy.
- Opiekunowie dorabiający – aktywni zawodowo. W tej pracy szukają zarówno dodatkowego źródła dochodów, jak i pewnej zawodowej odmiany (w przypadku naszej grupy były to takie zawody, jak nauczyciel wspomagający, podłożka i przedszkolanka).

#### Portret psychologiczny

„Ja byłam opiekunem z charakteru od zawsze. Już w szkole, jak przychodziła nowa osoba, no to sadzano ją ze mną”. (IDI 9)

Istnieją cechy osobowościowe, które sprzyjają odnalezieniu się w tej pracy. Posiadanie ich z jednej strony mocno sprzyja temu, że dana osoba będzie się w niej dobrze czuć, z drugiej zaś – że będzie dobrze ją wykonywać. Te cechy to:

- empatia,
- troskliwość,

- odpowiedzialność,
- zaangażowanie.

Ostatnia z cech, chociaż sama w sobie jest niewątpliwie pozytywna, to wiąże się też z często pojawiającym się wśród opiekunów problemem z zachowaniem granic i równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym. Podane powyżej cechy są dość częste wśród opiekunów, warto jednak wskazać też taką, którą należałoby określić jako deficytową wśród przedstawicieli tego zawodu, choć – jak się wydaje – również byłaby im przydatna: **asertywne stawianie granic**. Problemy na tym tle często dają się we znaki osobom pracującym w roli opiekuna, w pierwszym rzędzie rzutując na ich własny dobrostan. Koszt braku asertywności jest w tej pracy wysoki.

„Grzesiek<sup>8</sup> powiedział, że on jest tu po to, by nauczyć się stawiać tę granicę [pomiędzy pracą a życiem osobistym], w czym zawtórowała mu Renata. Kolejna osoba podzieliła się refleksją, że życie potrafi tego nauczyć. Są takie sytuacje, że rodzina podopiecznego potrafi znienawidzić za coś opiekuna, bo u takich osób jest krótka droga od miłości do nienawiści i takie sytuacje czynią człowieka mądrzejszym o doświadczenie”.

(notatka z obserwacji z 23.11.2024)

## Wyzwania emocjonalne oraz fizyczne

„Ciocia się martwi o to, że się wypalę, że to jest ciężka praca. A mama uważa, że to jest głupia praca, że powinnam siedzieć i pracować w biurze”. (IDI 2)

„Naprawdę ty zmieniasz im pampersy? Ty ich przewijasz z kupy? No to było coś, co było dla moich dzieci nie do przyjęcia. Ja im odpowiadałam: a ciebie to nie przewijałam? No przecież zakładam rękawiczki i myję ręce po tym”. (IDI 3)

„Przy omawianiu ćwiczenia o komunikatach Ewa wyraziła refleksję na temat tego, jak bardzo się zmieniła, pracując przez lata. Kiedyś miała w sobie więcej empatii wobec ludzi. Nie mówiła tego w tonie pozytywnym, że dzięki temu zyskała coś nowego, że jest jej łatwiej, tylko wyrażała w ten sposób żal, że czegoś jej w samej sobie brakuje. Na jej słowa zareagowała Krysia: w tej pracy tak jest, że 6–8 lat i się wypalasz. Janina odpowiedziała, że jej właśnie niedługo wybijie szósty rok pracy jako opiekunka”.

(notatka z obserwacji z 13.04.2025)

<sup>8</sup> Wszystkie imiona uczestników projektu pojawiające się w tekście Raportu zostały zmienione.

Poniżej wymieniamy problemy i bariery najczęściej powracające w relacjach opiekunów.

- **Poczucie przytłoczenia pracą.** Nierzadko intensywność relacji podopiecznych i opiekunów – w połączeniu z obiektywnie trudną nieraz sytuacją tych pierwszych – sprawia, że osoby zajmujące się pracą opiekuńczą czują się często przytłoczone lub wyczerpane emocjonalnie, co może prowadzić do stanu z pogranicza wypalenia zawodowego. Wśród najczęściej pojawiających się czynników przytłaczających są niemożliwe do spełnienia oczekiwania rodziny i podopiecznych oraz pogarszający się stan zdrowia lub śmierć tych ostatnich.
- **Problemy z kondycją fizyczną.** Choć to zwykle o przytłoczeniu emocjonalnym najczęściej słychać w kontekście pracy opiekuńczej, to zmęczenie fizyczne również stanowi wyraźnie odczuwalny koszt jej wykonywania. Działania podejmowane w trakcie pracy, szczególnie w przypadku wspierania osób z problemami z poruszaniem się, schorowanych osób leżących, osób z niepełnosprawnościami ruchowymi sprawiają, że opiekunowie odczuwają jej skutki, m. in. bóle kręgosłupa. W związku z tym powinni dbać o swoją sprawność fizyczną, ale warto też zapewnić im edukację w zakresie ergonomii pracy.
- **Deficyt pozytywnych wzmocnień, uznania dla ich pracy.** W związku z często bardzo dużym zaangażowaniem w pracę osoby wykonujące pracę opiekuńczą – tak samo jak osoby zajmujące się niesamodzielnymi bliskimi – potrzebują jej docenienia i zauważenia. Nierzadko brakuje im dostrzeżenia ich starań przez podopiecznych lub ich rodziny, ale także szerszego uznania społecznego – nieraz spotykają się ze stereotypem opiekuna jako tego, który tylko „zmienia pampersy”.

## Kto i jak zostaje opiekunem – trajektorie wejścia

„Pracowałam w wielu firmach biurowych, strasznie źle się tam czułam. Jak wychodziłam to szłam do parku i siadałam na ławce i nagle koło mnie siadały osoby i zwracały mi się z czegoś. I pomyślałam, może to jest to? Może to jest ten kierunek? Żeby komuś pomagać? Zawsze chciałam komuś pomagać”. (IDI 2)

„Chyba od tego wolontariatu się zaczęło, że ja od dziecka uwielbiałam starszych ludzi. I to u mnie to w ogóle starsi ludzie są takim targetem. (...) Ja spotkam starszą panią w parku i zawsze z nią zamienię trzy zdania. Trochę na takiej zasadzie”. (IDI 7)

Historie uczestników i uczestniczek projektu pokazują jasno, że nie ma jednego modelu wejścia do zawodu. Dla części z nich praca opiekuńcza była pracą z wyboru, jej podjęcie to świadoma decyzja: chcieli wspierać osoby niesamodzielne i w tym obszarze widzieli swoją przyszłość

zawodową. Inni z kolei do pracy w charakterze opiekuna wytchnieniowego czy asystenta trafili w sposób bardziej pośredni, w wyniku zakrojonych na szeroką skalę poszukiwań zatrudnienia lub też chcąc dorobić do renty czy emerytury. Jeszcze inni traktowali to zajęcie jako pierwszy krok na drodze do pracy opiekuńczej wymagającej wyższych kwalifikacji (np. opiekuna medycznego).

Niekiedy decyzja o wejściu do zawodu była podejmowana spontanicznie, w momencie pojawienia się trudności zawodowych, np. utraty zatrudnienia. Czasami zaś to elastyczny czas pracy i możliwość łączenia jej z inną czyniło ją atrakcyjną.

Specyfiką tej pracy jest formalnie niski próg wejścia do zawodu – od kandydatów nie wymagano żadnych specyficznych kompetencji czy doświadczeń w branży. Jednocześnie istotną część opiekunów miała doświadczenia w opiece nad osobami niesamodzielnymi: członkami rodziny w podeszłym wieku bądź sąsiadami.

Niektórzy podejmowali się tej pracy z inspiracji osób bliskich, które dostrzegały ich opiekuńczy potencjał, czy też wspierały aktywizację na emeryturze poprzez dodatkowe zajęcie. Pewną rolę w decyzji o zostaniu opiekunem odgrywały niekiedy specyficzne i raczej trudne przeżycia osobiste, ugruntowujące chęć niesienia pomocy innym. Niektórzy mieli z kolei wcześniejsze doświadczenia pracy w instytucjach pomocowych lub opiekuńczych.

## **Jacy są opiekunowie zawodowi?**

Na podstawie wywiadów przeprowadzonych z uczestnikami i uczestniczkami projektu, obserwacji uczestniczących etnografki podczas spotkań grupy wsparciowo-rozwojowej, spotkania ewaluacyjnego oraz spotkań roboczych odbytych z moderatorką grupy zidentyfikowano następujące aspekty pracy opiekunów.

### Mocne strony

- Empatia.
- Uwaga na drugiego człowieka.
- Chęć i gotowość niesienia pomocy innym oraz dążenie do poprawy jakości życia podopiecznych oraz ich rodzin.
- Duże zaangażowanie w pracę.
- Pracowitość.

- Umiejętność samoorganizacji pracy oraz umiejętności logistyczne.
- Elastyczność poznawcza, umiejętność odnajdywania się w różnych sytuacjach.

#### Bolączki, obawy, trudności, wyzwania

- Trudności podopiecznych – zarówno te związane z ich niesprawnościami fizycznymi, chorobami, starzeniem się, jak i te dotyczące problemów z rodziną. Trudności te często są wyzwaniem również dla opiekunów, ponieważ wymagają od nich fizycznej i psychicznej siły oraz przełamywania słabości swoich oraz podopiecznych.
- Trudności emocjonalne związane z wykonywaną pracą – duże zaangażowanie w pracę i intensywne relacje mogą przyczyniać się do wypalenia emocjonalnego.
- Trudności fizyczne związane z opieką – praca opiekuńcza często wymaga umiejętnego działania, aby nie zrobić krzywdy nie tylko podopiecznemu, ale i sobie, np. przy jego podnoszeniu. Opiekunowie nie są uczeni technik radzenia sobie z wyzwaniami fizycznymi, nie są przygotowywani do wykonywania pewnych ruchów i działań w sposób bezpieczny zarówno dla podopiecznego, jak i dla nich samych.
- Trudności logistyczne, związane np. z koniecznością przemieszczania się pomiędzy miejscami sprawowania opieki, uciążliwe dojazdy.
- Trudności w relacjach z członkami rodziny podopiecznych lub brak z nimi kontaktu – rodziny niekiedy próbują cedować na opiekunów całą odpowiedzialność za funkcjonowanie podopiecznych.
- Przekraczanie granic przez podopiecznych – opiekunowie często czują się traktowani nie tylko jak opiekunowie właśnie, ale również jak pomoc domowa, a zasady ich współpracy z podopiecznymi nie są przestrzegane. Oczekuje się od nich wtedy realizacji wszystkich oczekiwań podopiecznych oraz ich rodzin, również tych zadań, które nie powinny być realizowane w ramach pracy opiekuńczej. Opiekunowie wskazują także na roszczeniowość ze strony podopiecznych lub ich rodzin.
- Agresja lub nieprzewidywalne zachowania ze strony podopiecznego – opiekunowie nie są przygotowani do odnajdywania się w takich problematycznych sytuacjach.
- „Przynoszenie pracy do domu” – niekiedy emocjonalnie trudne jest odcięcie się od pracy w momencie opuszczenia domu podopiecznych. Wówczas zdarza się, że opiekunowie poza godzinami pracy nadal o niej myślą, martwią się o podopiecznych, próbują rozwiązać ich problemy.

- Możliwość „zatracenia się” w tej pracy, szczególnie przez osoby, które doświadczyły na wcześniejszym etapie życia różnych trudności – ta kwestia jest złożona, ponieważ z jednej strony część opiekunów może mieć tendencję do pracoholizmu, rzucania się w wir pracy, z drugiej strony zaś chęć pomocy innym niekiedy nie pozwala im odłożyć problemów podopiecznych na później.

### Źródła wsparcia

- Skupienie się na własnym, pozazawodowym życiu – to jest kluczowa kwestia odróżniająca opiekunów zawodowych od opiekunów rodzinnych; w przypadku tych drugich dom jest jednocześnie miejscem pracy, a praca – domem. Opiekunowie zawodowi przychodzą do pracy i z niej wychodzą, choć nie zawsze do końca, bo nieraz praca ta pozostaje w ich głowie po opuszczeniu domów podopiecznych, mogą więc skupić się na swoim własnym życiu, obowiązkach domowych, rodzinie, a tym samym oderwać od życia podopiecznych (choć bywa to trudne).
- Bliscy opiekunów, tj. rodzina, np. współmałżonkowie, rodzeństwo, czasem nawet dzieci, a także znajomi – kontakt z innymi skutecznie pomaga oderwać się od pracy. Należy jednak wspomnieć, że niekiedy opiekunowie dzieląc się z nimi emocjami związanymi z wyzwaniami opiekuńczymi, przynoszą pracę do domu, szczególnie gdy w domach podopiecznych sytuacja staje się trudniejsza.
- Sami podopieczni – bliska relacja między opiekunami a podopiecznymi sprawia, że wsparcie odbywa się nie tylko ze strony opiekuna, ale także podopiecznego; gdy pojawiają się trudne sytuacje w życiu prywatnym opiekunów, podopieczni niekiedy to wychwytyją i wtedy to oni potrafią okazać zainteresowanie, chęć emocjonalnego wsparcia opiekujących się nimi osób.
- Inni opiekunowie – ważnym źródłem wsparcia dla opiekunów zawodowych są inne osoby zajmujące się opieką. Możliwość przedyskutowania z nimi różnych sytuacji i wymiany doświadczeń zmniejsza frustrację, daje możliwość skorzystania z ich rad i spojrzenia na swoje problemy z innej perspektywy. Taki sposób szukania pomocy jest szczególnie zauważalny wśród opiekunów z wieloletnim stażem, którzy mieli okazję poznania innych opiekunów i nawiązania z nimi relacji.
- Wsparcie instytucji, w ramach której opiekunowie świadczą opiekę – choć tu warto zwrócić uwagę, że w praktyce ten potencjał bywa niezrealizowany, ponieważ są oni nastawieni na indywidualne radzenie sobie z problemami i wyzwaniami („nie chcą zwracać głowy” – zwłaszcza koordynatorom, którzy są od koordynowania, a nie od

wspierania). Dodatkowym wsparciem w ramach organizacyjnych mogą być też grupowe spotkania opiekunów z koordynatorami ich pracy czy zarządem, dające możliwość omówienia wyzwań w pracy.

- Spotkania superwizyjne (prowadzone w ramach realizowanego projektu „Opiekuję się – pracuję”) – możliwość omówienia trudnych przypadków ze swojej pracy, innego spojrzenia na sytuację, wymiany doświadczeń opiekunowie bardzo sobie cenią i bardzo na tym korzystają.
- Obowiązki zawodowe inne niż praca opiekuńcza – część opiekunów zajmuje się tą pracą dodatkowo (nie dotyczy to opiekunów pełnoetatowych); wówczas możliwość realizowania się zawodowo w pracy innej niż opieka daje możliwość rozładowania napięcia czy po prostu poczucie, że gdyby chcieli oni zrezygnować z pracy opiekuńczej, nie pozostaliby bez zajęcia.

Nawiązując do ostatniego punktu, warto również wspomnieć o wyborze, jaki mają opiekunowie, o swobodzie ich decydowania o swojej działalności opiekuńczej. Nie jest to typowe źródło wsparcia, ale wyraźnie odróżnia tę grupę osób od opiekunów rodzinnych. Opiekunowie zawodowi zdecydowali się na podjęcie swojej pracy i choć nie jest tak, że sami mogą wybrać, kogo wspierają (najczęściej zajmują się tym koordynatorzy działań opiekuńczych), to jednak dokonali takiego wyboru – teoretycznie mogą zrezygnować z pracy opiekuńczej w ogóle lub też ze wsparcia danego podopiecznego. To różni ich od opiekunów osób bliskich, którzy często czują się postawieni w sytuacji bez wyjścia.

## 4. Realia pracy opiekuńczej

Opiekunowie świadczą nie tylko usługi opiekuńcze, ale także wspierają podopiecznych. Nierzadko wsparcie emocjonalne okazuje się ważniejsze od czynności *stricte* opiekuńczych. Do tego zawodu trafiają przeważnie ludzie, którzy cenią sobie kontakt z drugim człowiekiem i rzeczywiście lubią pracować na relacjach. Ich atutem jest naturalność i bezpośredniość, natomiast czasem brakuje im wiedzy i umiejętności „profesjonalizujących” tę pracę – w tym obszarze kryje się istotny potencjał rozwoju i doskonalenia. Korzystają bowiem wtedy ze znanych im schematów postępowania z ludźmi i wchodzenia w relacje, które to schematy nie zawsze są „dobre” czy „zdrowe”. Opiekunom nieraz towarzyszą dylematy – zdają sobie sprawę z tego, że rodziny podopiecznych to nie są ich rodziny i nie powinni nadmiernie się angażować, jednak empatia popycha ich w stronę wspierania podopiecznych, zajmowania stanowiska w konfliktach, brania na siebie trudnych emocji.

Podejmując działania na rzecz edukowania i profesjonalizacji opiekunów w tym zakresie, warto jednak dołożyć starań, aby podręcznikowe schematy i wzorce nie zatępiły do końca relacyjnej autentyczności i spontaniczności, które cechują większość opiekunów. Warto też liczyć się z ryzykiem ewentualnego oporu wobec zmian w tym obszarze, wynikającego z przywiązania do własnych schematów nawiązywania i utrzymywania relacji czy odnajdywania się w sytuacjach problematycznych. W tym kontekście jest to też kolejny argument na rzecz korzyści płynących z superwizji, która sprzyja spokojnej ewolucji schematów percepcyjno-behawioralnych w obszarze relacji. W każdym razie ten swoisty psychologiczny aspekt pracy opiekuńczej (która nierzadko bywa w pierwszym rzędzie pracą wspierającą) jest bardzo ważny, bo często opiekunowie wspierają ludzi na różne sposoby odciętych od świata zewnętrznego i relacji z innymi.

### **Na czym polega praca opiekuńcza?**

Opiekunowie, wchodząc do domów podopiecznych, wchodzą równocześnie w specyficzne domowe realia rodzinne, co często wiąże się z bardzo wysokim poziomem nieformalności relacji i znacząco odróżnia ten zawód od większości innych prac. Wyzwaniem w takich warunkach jest reagowanie na trudne sytuacje z zachowaniem należytego szacunku dla zasad rodziny, bycie profesjonalnie zdystansowanym i jednocześnie empatycznie zaangażowanym.

„Gorsza to jest to właśnie co mówiłam – współpraca z rodzinami niektórymi, bo niektóre są bardzo pozytywne, ale niektóre są tak toksyczne, że ja tam emocjonalnie nie wytrzymuję.

[...] Na szczęście mam tylko dwie takie rodziny, jedną właśnie mamę tego chłopaka, która mnie tak potwornie denerwuje i najchętniej od razu wyszłabym z nim na spacer i jak najdłużej bym tam z nim siedziała". (IDI 2)

Ważnym wymiarem tej pracy jest troska – o czyjś względny dobrostan, czyjeś potrzeby i komfort fizyczny oraz psychiczny. Osoby wymagające wsparcia często odczuwają trudne emocje związane ze swoimi ograniczeniami czy stanem zdrowia. Dlatego praca opiekuna to praca z ludzkimi słabościami zarówno w rozumieniu słabości fizycznej, jak i trudnych emocji. Do tego niezbędna jest cierpliwość i wyrozumiałość.

Opiekunowie pracują nieraz nie tylko z podopiecznymi, ale też z całym systemem rodzinnym. Ta praca często oznacza wchodzenie w rodziny, w przestrzeń domową, w zastane i bardzo silne układy relacyjne, niekiedy mocno nacechowane emocjonalnie. W rezultacie opiekun wspiera psychicznie nie tylko osobę, którą się oficjalnie zajmuje, ale czasami również jej bliskich, którzy nie mają z kim porozmawiać. Zdarza się, że wchodzi w rolę osoby rozładowującej napięcia wewnątrzrodzinne lub jest w niej obsadzany. Jeden z opiekunów opisywał rodzinę, którą wspiera, złożoną ze starszej pani niesamodzielnej ruchowo i zajmującej się nią dorosłej córki, która zmaga się z depresją – opiekun oficjalnie zajmował się starszą panią, w praktyce wspierał również jej córkę.

Wyzwania stające przed opiekunami często mają charakter pracy fizycznej – podnoszenie podopiecznych, ale również sprzątanie, robienie zakupów. Uczestnicy projektu bardzo często opowiadali o odkurzaniu u podopiecznych, myciu okien itp. Jeden z uczestników miał podopieczną, która bardzo lubiła porządek i za każdym razem prosiła go, by sprzątał, przy tym instruowała go jak ma coś wycierać, poprawiać i czyścić. Bardzo zwracała uwagę na to, by praca została wykonana z najwyższą dokładnością. Uczestnik ten w wywiadzie twierdził wręcz, że umiejętności sprzątania czy naprawiania rzeczy są bardzo ważne w tej pracy. Wielu opiekunów mówiło też wprost, że istotne są: siła fizyczna, kondycja i sprawność.

Poniżej prezentujemy katalog najczęściej wykonywanych czynności w ramach pracy opiekuńczej:

- rozmowy z podopiecznymi, szeroko rozumiane spędzanie z nimi czasu;
- spacerowanie z podopiecznymi, odwiedzanie różnych miejsc (np. oceanarium, kino, kawiarnia, lodziarnia);
- wsparcie w załatwianiu spraw poza domem (np. wizyty w urzędach, na poczcie, u lekarza, w gabinecie rehabilitacyjnym);
- granie z podopiecznymi w gry planszowe, karciane, wspólne rozwiązywanie łamigłówek, krzyżówek;

- robienie podopiecznym zakupów – zarówno samemu, jak i wspólnie z nimi;
- gotowanie i podawanie podopiecznym posiłków ;
- czynności pielęgnacyjne (przewijanie, mycie, ubieranie podopiecznych);
- czynności domowe (sprzątanie mieszkania, porządkowanie, zmywanie naczyń);
- drobne prace techniczno-remontowe (np. przykręcanie pótek);
- czynności transferowe, tj. przenoszenie podopiecznego z łóżka na wózek lub odwrotnie;
- asystowanie przy ćwiczeniach rehabilitacyjnych;
- asystowanie przy wchodzeniu i schodzeniu ze schodów;
- wspólne oglądanie telewizji.

Należy zaznaczyć, że opiekunowie niemający statusu opiekuna medycznego potwierzonego specjalistycznym kursem nie mogą podawać podopiecznym leków. Wyjątki stanowią sytuacje, w których podaje się odmierzone i sprawdzone dawki leków – wtedy, gdy jest to konieczne.

Ważnym i nieoczywistym elementem pracy opiekunów są dojazdy. Gdy podczas wywiadów byli oni pytani o skojarzenia ze swoją pracą, duża część z nich mówiła o korkach, godzinach spędzonych w podróży od jednego podopiecznego do drugiego itp. System pracy opiekunów nie pozwala im na dobieranie podopiecznych także ze względu na miejsce zamieszkania, nie mogą więc brać przy tym pod uwagę logistyki. Większość osób narzekała na dojazdy, ale były też wśród nich takie, dla których stwarzały one warunki do względnego relaksu, kiedy mogli побыć same ze sobą. Tym niemniej warto mieć na uwadze, że czas przejazdów pomiędzy miejscami zamieszkania podopiecznych, który w zasadzie jest czasem pracy, pozostaje niewidoczny i nie podlega rozliczeniom w ramach wykonywanej pracy opiekuńczej.

„Ja nie lubię jeździć ani chodzić. Najlepiej jakbym się teleportował: jestem tu – pstryk – jestem tam – pstryk – jestem jeszcze gdzieś indziej. A to, że trzy godziny dziennie tracę na te dojazdy, to jest najbardziej wkurzające”. (IDI 12)

## **Z kim pracują opiekunowie?**

Kontakty z podopiecznymi są dla opiekunów głównym źródłem satysfakcji zawodowej, ale bywają też niekiedy zasadniczym źródłem problemów i cierpień (stres, obciążenie psychiczne). Kwestia relacji jest w opiece zawsze kwestią pierwszoplanową, nierzadko bywa również skomplikowana – wymaga wyczucia, a nieraz także stosowania metody prób i błędów, która pozwala na przybliżenie się do wzajemnego porozumienia warunkującego współpracę – mniejszy lub większy poziom współpracy ze strony podopiecznego jest bowiem warunkiem

niezbędnym do skutecznej komunikacji opiekuna z podopiecznym i tym samym skutecznej pracy opiekuna. To także istotny element specyfiki tego zajęcia; o ile zazwyczaj od pracownika oczekuje się, że będzie występował przede wszystkim w roli zawodowo-profesjonalnej, o tyle praca opiekuna w warunkach domowych zwykle wymaga także korzystania ze swoich osobistych zasobów i znajdowania równowagi pomiędzy trybami „bycia w pracy” i „bycia z drugim człowiekiem”.

Najczęściej występującym wśród podopiecznych badanej grupy opiekunów typem osób wymagających opieki bądź wsparcia były osoby w podeszłym wieku. Czasami były to osoby niewstające z łóżka, czasami osoby z demencją. Miały one specyficzne potrzeby, na które opiekun musiał być wyczulony. Zgodnie ze słowami samych opiekunów osobom starszym bardzo zależy na kontakcie z drugim człowiekiem i rozmowie. Cechami pożądanymi w pracy z takimi podopiecznymi są: cierpliwość, uważność, wyrozumiałość i życzliwość.

Bliska relacja z podopiecznym stwarza czasem pole do wzajemności. Zdarza się, że podopieczni wspierają opiekuna, wysłuchują go (np. w przypadku choroby lub śmierci bliskiej mu osoby). Relacje te bywają też niestety źródłem przykrości. Podczas różnych ćwiczeń wykonywanych w trakcie spotkań grupy wsparciowo-rozwojowej opiekunowie mówili o takich zachowaniach swoich podopiecznych, jak: zamknięcie, wysoki poziom frustracji, pełna koncentracja na własnych cierpieniach i bólu, skrajne skupienie na sobie, szantaż emocjonalny, budzenie poczucia winy, kwestionowanie emocji i opinii opiekuna. Podopieczni nie zawsze mają przy tym świadomość, że naruszają w ten sposób granice opiekuna. Opiekunowie z kolei przyznają, że często ustępują i ulegają swoim podopiecznym, by uniknąć konfliktu. Nieustępliwość w pewnych kwestiach prowadzi zaś do konfliktów i obrażania się podopiecznych.

„Po raz kolejny rozgorzała dyskusja na temat tego, że dobry opiekun powinien umieć się odciąć od pracy w czasie wolnym, ale jak się ma od niej odciąć, kiedy wydzwanają do niego w nocy, o czym opowiadała Renata. Anna dodała, że nieodebranie takiego telefonu może skutkować obrażeniem się rodziny podopiecznego i usłyszeniem następnego dnia czegoś w stylu «Jakbyś odebrała wczoraj, to byś wiedziała o co chodzi!»”.

(notatka z obserwacji z 11.01.2025)

„W tym momencie przemówiła milcząca dotąd Helena. Powiedziała, że podopieczni testują granice opiekunów, więc trzeba odmawiać, czasem powiedzieć, że jak coś nie pasuje, to proszę ze mnie zrezygnować”.

(notatka z obserwacji z 23.11.2024)

„W chwilach frustracji warto więc pamiętać, że wnosi się dobro w życie podopiecznych. Na te słowa Helena wyraziła tęsknotę za jakimś dobrym słowem, które usłyszała od swojej «rodziny» dopiero po pół roku”.

(notatka z obserwacji z 08.02.2025)

## 5. Wnioski i rekomendacje

### Kluczowe obserwacje i wnioski

**Osoby rozpoczynające pracę opiekuńczą nie przechodzą przez żaden proces przygotowawczy wyposażający je choćby w podstawową wiedzę i kompetencje w tym obszarze.** Nabywanie kompetencji odbywa się „w terenie”, w relacji z konkretnymi podopiecznymi i ich rodzinami – to oni informują, pokazują i tłumaczą „co i jak”. Jakkolwiek taka formuła okazuje się dość wydajna i praktyczna, to brakuje w niej możliwości przekazywania wiedzy i kompetencji sankcjonowanych przez profesjonalistów.

**Jakość pracy** opiekuna ma **zasadnicze znaczenie** dla dobrostanu osób korzystających z opieki oraz dla efektywności pracy opiekuńczej. Pracownicy zajmujący się organizacją i koordynowaniem usług opiekuńczych powinni pamiętać o specyfice tej pracy, która odróżnia ją od pracy większości z nas – jest to **długofalowa praca relacyjna w bezpośredniej bliskości, cechująca się wysokim poziomem spersonalizowania kontaktów oraz świadczona w naturalnym otoczeniu odbiorców usługi.**

**Trwałość relacji i ciągłość opieki** (przez 12 miesięcy w roku) mają **duże znaczenie.** **Rozbudowana sprawozdawczość** i wysoki poziom szczegółowości rozliczeń w programach stanowią **dodatkową, niewidzialną pracę,** która pochłania energię i czas opiekunów.

Opisane powyżej cechy predysponujące do bycia dobrym opiekunem są jednocześnie tymi cechami, które dodatkowo zwiększają i tak już **wysokie obciążenie emocjonalne związane z wykonywaniem tej pracy** (powodowane m.in. bliskością relacji oraz nierzadko trudną sytuacją życiowo-zdrowotną wspieranych osób). W większości wypadków opiekunowie są zmuszeni radzić sobie sami w różnych trudnych sytuacjach (np. śmierć podopiecznego czy opieka nad „trudnymi” osobami).

Z podanych wyżej powodów opiekunowie **potrzebują kontaktu między sobą i grupowej superwizji.** **Praca w grupie pomaga w poszukiwaniu odpowiedzi na trudne sytuacje i sama w sobie jest jednocześnie formą wsparcia oraz rozwijania kompetencji miękkich** – wychodzi naprzeciw często sygnalizowanemu przez opiekunów brakowi partnerów do rozmowy o trudnych sytuacjach w pracy.

W przypadku pracy opiekuńczej **predyspozycje zawodowe w znacznym stopniu pokrywają się z predyspozycjami osobowościowymi** – takimi jak **opiekuńczość, cierpliwość, empatia,**

**kontaktowość.** To dzięki tym cechom najłatwiej i zarazem najlepiej można odnaleźć się w roli osoby zawodowo sprawującej opiekę.

## **Rekomendacje dla organizacji świadczących usługi asystenckie i wytchnieniowe**

- Zapewnianie opiekunom **regularnej superwizji**. Opiekunowie, podobnie jak pracownicy socjalni, potrzebują możliwości konsultacji, zwłaszcza w sprawach bieżących, relacyjnych i obciążeń emocjonalnych, jakie towarzyszą tej pracy.
  - Organizacje świadczące usługi powinny w budżetach projektowych **zarezerwować środki na superwizje**.
- Organizacja **szkoleń wprowadzających do zawodu**, które pozwalałyby ujednoczyć podstawowe kompetencje opiekunów. Szkolenie powinno uwzględniać takie tematy jak: **ustanawianie kontraktu** (zasady, wejście w rodzinę), **pomoc przedmedyczna** (opatrzywanie ran), **praca z pacjentem leżącym**, **podstawowa wiedza** o systemie opieki i dostępnym wsparciu (np. darmowe wypożyczanie sprzętu), **asertywność** oraz **stawianie granic** w relacjach z podopiecznymi i rodzinami, metody **radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i emocjami** w pracy opiekuńczej, a także **dbanie o własny dobrostan** (godzenie pracy z życiem, psychologiczne BHP).
  - Szkolenie powinno kłaść nacisk na **praktykę i pragmatykę**, a nie samą wiedzę – dla wielu opiekunów forma wykładowa jest trudna do przyjęcia, chętnie za to angażują się w praktyczne ćwiczenia.
- **Sporządzanie kontraktów** z podopiecznymi lub ich bliskimi, określających **zachowania dozwolone i niedozwolone**, a także to, czego można i czego nie można oczekiwać (personalizacja relacji/stosunku pracy).
- **Niewykorzystany potencjał organizacyjny – usprawnienie logistyki**. Optymalizacja lokalizacji i terminów wizyt u podopiecznych pozwoliłaby zredukować czas poświęcany na dojazdy, który często jest istotnym, lecz ukrytym kosztem.
  - W tym kontekście warto rozważyć wykorzystanie **interaktywnej mapy z naniesionymi lokalizacjami i terminami wizyt**, do której miałby dostęp zarówno koordynator, jak i opiekunowie. Już sam dostęp do takiej mapy mógłby zainicjować oddolny proces lepszego dopasowania miejsc i terminów wizyt.

- **Uwaga:** minimalizacja czasu dojazdów jest przez wiele osób pożądana, ale nie zawsze i nie przez wszystkie. Niektórzy traktują dojazdy jako okazję do „zresetowania się” pomiędzy kolejnymi wizytami.
- **Opracowanie krótkiej i przystępnej broszury informacyjnej** dla podopiecznych oraz ich rodzin, którzy nieraz naruszają granice, nawet o tym nie wiedząc. Broszura powinna zawierać praktyczne odpowiedzi na dwa zasadnicze pytania:
  - Czego masz prawo oczekiwać od opiekuna?
  - Czego nie możesz oczekiwać od opiekuna?

Broszurze mógłby też towarzyszyć krótki test-gra, sprawdzający, czy adresaci przyswoili sobie podstawową wiedzę.

Można też przygotować dodatkową broszurę tylko dla opiekunów, która zawierałaby praktyczne odpowiedzi na pytania:

- Co ewentualnie opiekun może jeszcze robić z podopiecznym/dla podopiecznego (jeśli opiekun chce)?
- Czego nie powinien robić i na co uważać?
- **Stworzenie procedury sygnalizowania przez opiekunów różnego rodzaju sytuacji trudnych, problematycznych czy niebezpiecznych** (informacja, komu i jakimi kanałami można to zgłaszać). Obecnie takie sytuacje nierzadko rozgrywają się w całości poza horyzontem instytucji lub organizacji zatrudniających opiekunów ze względu na to, że opiekunowie „nie chcą nikomu zawracać głowy”.

## **Rekomendacje dla instytucji zamawiających i finansujących asystencję oraz opiekę**

- Wprowadzenie możliwości **regularnej superwizji** dla opiekunów. Opiekunowie, podobnie jak pracownicy socjalni, potrzebują możliwości konsultacji, zwłaszcza w sprawach bieżących, relacyjnych i obciążeń emocjonalnych, jakie towarzyszą tej pracy.
  - Organizacje finansujące usługi opiekuńcze powinny uwzględniać w swych programach **sesje superwizyjne jako koszt kwalifikowalny.**
- **Wydłużenie horyzontów czasowych projektów opiekuńczych do dwóch lat.** Dłuższy czas trwania projektów pozwoli lepiej wykorzystać potencjał zaangażowania i relacyjności, przynosząc korzyści wszystkim stronom.

- Rozpisywanie przyszłych kalendarzy projektowych/programowych na zakładkę wraz z możliwością rozliczeń głównych i finalnych (te drugie za ostatnie trzy miesiące projektu) – tak, aby zachować ciągłość usług.
- **Zracjonalizowanie czynności sprawozdawczych**, ograniczenie poziomu szczegółowości rozliczeń – tak, aby obciążenie formalnościami było mniejsze, szczególnie w projektach o mniejszej liczbie godzin opieki na rodzinę.
- Wprowadzenie **mechanizmu identyfikującego rodziny „trudne” przygotowującego do pracy z nimi i premiującego tę pracę** (choć premie finansowe mogą nie zadziałać). W przypadku tych „trudnych” rodzin, które mogą pozostać bez wsparcia, należy rozważyć ich kategoryzację i ewentualne przejęcie opieki nad nimi przez ośrodki pomocy społecznej, np. MOPS czy GOPS.
- Organizacja krótkich **wstępnych szkoleń przygotowujących do pracy opiekuńczej** w podstawowym zakresie.

## Rekomendacje dla opiekunów i asystentów

- **Zgłaszanie zapotrzebowania na superwizję**, jeśli nie jest dostępna; **aktywne korzystanie z superwizji** – jeśli jest. Grupa superwizyjna stanowi ważną formę wsparcia i jest „wentylem”, umożliwiającym rozmowę o doświadczeniach zawodowych.
- Podczas pracy **dbałość o swoją kondycję psychiczną** oraz **szanowanie swoich granic**. Uczestnictwo w grupach wsparciowo-rozwojowych może pomóc w uzyskaniu **narzędzi** i technik komunikacji z podopiecznymi i ich rodzinami.
- **Przygotowanie się do pracy**, zwłaszcza w zakresie **ustanawiania kontraktu, stawiania granic i radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych** w relacjach z podopiecznymi i ich rodzinami.
- W miarę możliwości **opracowanie strategii** na wypadek kontaktu z potencjalnie niebezpiecznymi podopiecznymi wraz z informacjami o tym, gdzie i jak zgłaszać takie sytuacje.

# Bibliografia

Babbie, E., (2005). *Badania społeczne w praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Danielewicz, M., Sobol E., Wójcicka, A. (red). (2022). *Opiekuję się – pracuję. Raport z interwencji badawczej skierowanej do opiekunów osób bliskich niesamodzielnych*. Instytut Badań Edukacyjnych. [opiekuje-sie-pracuje-raport.pdf](#)

Grabowska, I., Kuźma, K., Polańska, Z., Abramowicz, J., Kozera, J. (2023). *Raport z II edycji badań „Branżowy Bilans Kapitału Ludzkiego. Branża opieka zdrowotna i pomoc społeczna” przeprowadzonych przez EGO – Evaluation For Government Organizations S.C i Centrum Badań Marketingowych INDICATOR Sp. z o.o. w latach 2022–2023 na zlecenie Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości. PARP.* [https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/07-BBKL\\_ZDROWIE-I-POMOC-SPOL-WCAG\\_23012024-.pdf](https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/07-BBKL_ZDROWIE-I-POMOC-SPOL-WCAG_23012024-.pdf)

Hammersley, M., Atkinson, P. (1995). *Ethnography: Principles in Practice* (wyd. 2). Routledge Taylor and Francis Group.

Koshy, V. (2005). *Action Research for Improving Practice. A Practical Guide*. Paul Chapman Publishing.

Marshall, C., Rossman, G. B. (1995). *Designing Qualitative Research*. Sage Publications.

McNiff, J., Whitehead, J. (2006). *All you need to know about action research*. Sage Publications.

Ministerstwo Edukacji Narodowej (2019). *Zintegrowana Strategia Umiejętności 2030 (część szczegółowa)*. MEN. <https://www.gov.pl/web/edukacja/czesc-szczegolowa-zsu-2030>

Ministerstwo Edukacji Narodowej (2025). *Obwieszczenie w sprawie prognozy zapotrzebowania na pracowników w zawodach szkolnictwa branżowego na krajowym i wojewódzkim rynku pracy*. (Dz.Urz. RP, 30 stycznia 2025). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20250000106/O/M20250106.pdf>

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej (2021). *Sprawozdanie za 2021 r. MRiPS*. <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-2021>

O'Brien, R. (2001). An Overview of the Methodological Approach of Action Research. W: R. Richardson (red.), *Theory and Practice of Action Research*. Universidade Federal da Paraíba. <http://www.web.ca/~robrien/papers/arfinal.html>

Sztumski, J. (1999). *Wstęp do metod i technik badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.

# **ANEKS**

**Kształcenie kadr na rzecz osób starszych.**

**Ekspertyza**

**dr Anna Janowicz**

## Wprowadzenie

Starzenie się społeczeństwa jest faktem, o którym mówi się w różnych kontekstach. Można np. rozpatrywać podejście do starości w kontekście wychowania czy też edukacji do starości, w starości, poprzez starość i dla starości. Ten ostatni wymiar, tj. edukacja dla starości obejmuje m.in. przygotowanie profesjonalistów towarzyszących seniorom aktywnym oraz tych, którzy dbają o zapewnienie odpowiedniej opieki osobom starszym wymagającym wsparcia. Temu właśnie jest poświęcone niniejsze opracowanie.

### Starzenie się społeczeństwa

Jednym z najważniejszych argumentów, uzasadniających potrzebę analizy oferty edukacyjnej i możliwości przygotowania opiekunów formalnych do pracy z osobami starszymi, są zmiany demograficzne zachodzące w polskim społeczeństwie i przewidywania dotyczące dalszego ich przebiegu. Wyniki prognozy na lata 2023–2026 wskazują na pogłębianie się procesu starzenia Polaków. Mimo przewidywanego ubytku ludności o ponad siedem milionów do 2060 r. spodziewany jest postępujący proces jej starzenia się, co oznacza wzrost odsetka osób w wieku 65 lat i więcej. Ich populacja w końcu horyzontu tej drugiej prognozy będzie stanowiła prawie 40% ogółu ludności (Minister do spraw Polityki Senioralnej, 2024). Największy przyrost nastąpi w grupie osób w wieku 85 lat i więcej (GUS, 2024).

Badania Głównego Urzędu Statystycznego pokazują także, że Polacy żyją coraz dłużej. Z raportu za 2023 r. wynika, że przewidywane przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 74,7 roku, a płci żeńskiej 82,0 lata. Wskaźnik ten wzrósł w stosunku do 2022 r., a w porównaniu z 2005 r. przeciętne dalsze trwanie życia wydłużyło się o 3,9 roku dla mężczyzn i 2,6 roku dla kobiet. Warto też zwrócić uwagę na wskaźnik oczekiwanego trwania życia w zdrowiu. Według danych za 2023 r. mężczyzna przeżyje w zdrowiu 82,1% swojego życia, kobieta 78,8%. Mężczyzna w wieku 60 lat miał przed sobą przeciętnie 10,7 roku w zdrowiu, kobieta w tym samym wieku 12,1 roku.

### Malejący potencjał opiekuńczy rodziny

Przygotowanie kadr do opieki nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia jest istotne z racji rosnącej liczby tych osób i jednocześnie malejącego potencjału opiekuńczego rodziny.

Badanie PolSenior 2 (ogólnopolskie badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych) potwierdziło, że opieka taka jest w Polsce sprawowana głównie przez rodzinę. Jako dawców usług wskazało ją 91% badanych (Błędowski, 2021). W zestawieniu z danymi z badania PolSenior 1 widać, że rola rodziny ulega stopniowemu ograniczeniu, a możliwości rozwoju ewentualnego wsparcia z jej strony maleją. Osłabienie potencjału rodziny w tym zakresie jest dużym wyzwaniem. Tym bardziej, że Polska należy do grupy krajów, w których dominuje model opieki nad osobami starszymi określany jako familizm pozbawiony wsparcia, co oznacza, że międzypokoleniowe zobowiązania opiekuńcze i finansowe ponoszą głównie rodziny, brakuje systemowych rozwiązań wspierających je organizacyjnie i finansowo lub jest ich niewiele i są niewystarczające w stosunku do potrzeb (Abramowska-Kmon i Szweda-Lewandowska, 2022).

Ważnym zjawiskiem, na które wskazują demografowie, jest podwójne starzenie się społeczeństwa (Szukalski, 2021). Potencjalnymi opiekunami rodzinnymi osób długowiecznych potrzebujących opieki będą ich dorosłe dzieci (najczęściej), same już należące do grupy seniorów. Oznacza to konieczność podjęcia działań, które zapewnią opiekunom z kręgu rodzinnego większe wsparcie w zakresie sprawowania opieki i zadbania o siebie. Należy do nich m.in. odpowiednie przygotowanie kadr opiekuńczych i zapewnienie możliwości korzystania z ich usług.

## Deinstytucjonalizacja usług

Wypracowanie i wdrożenie rozwiązań, które zapewnią wsparcie seniorom i ich opiekunom rodzinnym, jest szczególnie istotne w kontekście deinstytucjonalizacji usług. Rada Ministrów w uchwale w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą *Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)*, w odniesieniu do osób starszych niesamodzielnych podkreśla, że podstawowym celem działań na ich rzecz jest jak najdłuższe podtrzymywanie ich autonomii i zapewnienie wysokiej jakości życia poprzez umożliwienie samodzielnego funkcjonowania w środowisku, do którego przywykły (Rada Ministrów, 2022). Dlatego szczególne znaczenie mają m.in.: usługi opiekuńcze, w tym specjalistyczne w miejscu zamieszkania i w dziennym ośrodku wsparcia, usługi sąsiedzkie, usługi asystenta osoby niepełnosprawnej, wolontariat, teleopieka oraz infrastruktura środowiskowa, np. w postaci dziennych domów pomocy, klubów seniora, klubów samopomocy czy mieszkań wspomaganych (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej [MRiPS], 2022). Niestety oferta tych usług nie nadąża za potrzebami osób wymagających wsparcia, których liczba rośnie. Większość tych potrzeb jest zaspokajana w ramach nieformalnych sieci wsparcia (rodziny i pozarodzinnych) i wciąż w niewielkim stopniu wspierana przez formalne usługi opiekuńcze (Abramowska-Kmon i Szweda-Lewandowska, 2022).

Najważniejsze cele *Strategii* w odniesieniu do osób starszych to: zbudowanie skutecznego i trwałego systemu świadczenia usług społecznych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, wdrożenie systemu realizacji usług społecznych oraz standaryzacja usług dla osób starszych, wspieranie rodziny opiekującej się osobą starszą, rozwijanie środowiskowych form wsparcia nad osobami starszymi oraz wspieranie i rozwijanie kadr, które świadczą usługi społeczne (MRiPS, 2022).

Starzenie się społeczeństwa i wzrost liczby osób starszych wymagających wsparcia przy jednoczesnym malejącym potencjale opiekuńczym rodziny i wprowadzanym stopniowo procesie deinstytucjonalizacji usług to czynniki, które sprawiają, że potrzeba powołania kadr medycznych i niemedycznych, które odpowiedzą na potrzeby seniorów oraz ich opiekunów rodzinnych, jest coraz większa. Niezbędne są zmiany systemowe, obejmujące organizację i finansowanie opieki w różnych jej formach i na różnych poziomach oraz rozwój oferty edukacyjnej zapewniającej zdobycie lub rozwijanie kompetencji niezbędnych do pracy z osobami starszymi.

## Metodologia

Niniejsze opracowanie stanowi przegląd form kształcenia profesjonalistów, przygotowujących ich do pracy z osobami starszymi, w tym szczególnie osobami wymagającymi wsparcia, jako odpowiedzi na aktualne wyzwania demograficzne, w tym starzenie się społeczeństwa. Przeprowadzono analizę danych zastanych (analizę *desk research*), dotyczących tej tematyki. Źródłami, z których pochodziły, były strony internetowe, raporty, rozporządzenia, artykuły i inne opublikowane materiały na temat sytuacji demograficznej, potrzeb osób starszych wymagających wsparcia, kształcenia kadr pomocowych i opiekuńczych na różnych poziomach w zakresie pracy z osobami starszymi. Dane ze stron internetowych dotyczą dostępności w okresie: wrzesień–październik 2025 r. Częścią opracowania są również wywiady eksperckie z osobami od wielu lat związanymi z instytucjami ochrony zdrowia i pomocy społecznej w wymiarze naukowym i praktycznym. Mają one doświadczenie w rolach badacza, edukatora, kreatora rozwiązań na rzecz osób starszych oraz praktyka, bezpośrednio pracującego z osobami starszymi.

## A1. Potrzeby osób starszych wymagających wsparcia w kontekście edukacji kadr

Badanie PolSenior 2 potwierdza, że z wiekiem silnie związane jest zapotrzebowanie na pomoc, wynikające z ograniczenia samodzielności. Rośnie ono szczególnie po 80. roku życia (Błędowski,

2021). Ponad 3/4 uczestników badania najgorzej oceniających stan swojego zdrowia wymaga pomocy stale lub kilka razy dziennie. Autorzy badania przeanalizowali m.in. częstotliwość i zakres występowania problemów i dolegliwości w obszarze zdrowia u osób starszych. Na tej podstawie sformułowali rekomendacje dotyczące pożądanych form wsparcia oraz zmian w sferze edukacji opiekunów nieformalnych i opiekunów profesjonalnych na różnych poziomach kształcenia. Są wśród nich wskazania dotyczące konieczności rozwinięcia lub wzmocnienia edukacji kadr m.in. w następujących obszarach (Błądowski, 2021):

- szkolenie przed- i podyplomowe dotyczące stosowania i interpretacji skali VES-13 (narzędzie do kwalifikacji pacjentów do Całościowej Oceny Geriatrycznej) wśród różnych grup profesjonalistów (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, psychologowie, pracownicy socjalni);
- edukacja profesjonalistów ochrony zdrowia w zakresie zespołu słabości oraz na temat upadków u osób starszych;
- edukacja na poziomie przed- i podyplomowym w zakresie bólu przewlekłego u osób starszych;
- poszerzona edukacja na etapie przed- i podyplomowego kształcenia profesjonalistów ochrony zdrowia w zakresie depresji wieku podeszłego;
- edukacja lekarzy w zakresie możliwości terapeutycznych leczenia zaburzeń snu u seniorów;
- wprowadzenie kształcenia doskonalącego dla personelu medycznego z zakresu objawów dolegliwości dolnego odcinka układu moczowego;
- wzmocnienie edukacji podyplomowej w szkoleniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, geriatrów i lekarzy innych specjalności w zakresie Całościowej Oceny Geriatrycznej
- szersze szkolenie onkologów w zakresie geriatрії.

Odpowiedzią na zmiany demograficzne było m.in. opracowanie rozwiązań, które spisano w dokumencie *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność* (Rada Ministrów, 2018). Efekty z realizacji założeń mają podlegać ocenie w ramach kolejnych edycji *Informacji o sytuacji osób starszych*, opracowywanej przez Ministra do spraw Polityki Senioralnej. Dokument rekomenduje realizację szeregu działań wobec ogółu osób starszych, w tym także na rzecz edukacji dla starości (kadry opiekuńcze i medyczne), do starości (całe społeczeństwo), przez starość (od najmłodszego pokolenia) oraz edukację w starości (osoby starsze). Zgodnie z danymi z *Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.* (Minister do spraw Polityki Senioralnej, 2024) we wskazanym roku 47,9% osób w wieku 60 lat i więcej oceniło ogólnie swoje zdrowie „tak sobie, ani dobrze, ani źle”, 29,9% „dobrze” i 1,9% „bardzo dobrze”. 45,1% tych osób miało ograniczoną zdolność wykonywania czynności życiowych przez co najmniej ostatnich sześć miesięcy z powodu problemów zdrowotnych.

Dane dotyczące potrzeb rosnącej grupy społecznej, jaką są osoby starsze, wymagają stałego monitorowania, również pod kątem przygotowania kadr opiekuńczych, zwiększającego się zapotrzebowania na ich pomoc oraz opracowania odpowiednich ofert edukacyjnych i dostępności do nich.

## A2. Odpowiedź na potrzeby osób starszych wymagających wsparcia w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej

Zgodnie ze sprawozdawczością placówek ochrony zdrowia, zaprezentowaną w *Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.* (Minister do spraw Polityki Senioralnej, 2024), osoby starsze skorzystały z prawie dwukrotnie większej liczby porad niż osoby z grupy wiekowej 0–64 lata. W 2023 r. działało 195 poradni geriatrycznych. W opiece stacjonarnej kompleksową opiekę medyczną i usługi pielęgniarstwa zapewniają osobom starszym szpitalne oddziały geriatryczne. Ich liczba w ciągu ostatnich lat wzrosła, w 2023 r. było ich 62. Osoby w wieku senioralnym są także pacjentami oddziałów długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej stacjonarnej opieki zdrowotnej (zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja i oddziały paliatywne). Według stanu na koniec 2023 r. przebywało w nich 39 tys. osób.

Według badaczy, mimo systematycznego wzrostu liczby praktykujących lekarzy specjalistów geriatrów (w 2023 r. było ich 565), potrzeby starzejącego się społeczeństwa nadal nie są zaspokojone. Główne rekomendacje autorów *Informacji* w zakresie opieki zdrowotnej nad osobami starszymi skupiają się m.in. na dalszym rozwoju oddziałów i poradni geriatrycznych oraz poprawie dostępności do świadczeń i usług zdrowotnych dostosowanych do potrzeb osób starszych (Minister do spraw Polityki Senioralnej, 2024).

W ramach systemu pomocy społecznej pod koniec 2023 r. w Polsce funkcjonowały 904 domy pomocy społecznej oraz 652 placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku. W stacjonarnych zakładach pomocy społecznej przebywało 82,9 tys. osób w wieku 60 lat i starszych, przy czym dominowały wśród nich osoby z grupy „80 i więcej lat”. System pomocy społecznej oferuje także usługi w miejscu zamieszkania oraz podczas dziennego pobytu w ośrodkach wsparcia albo pobytu w placówce całodobowej. Obejmuje m.in. usługi opiekuńcze, w tym specjalistyczne, usługi sąsiedzkie i wsparcie krótkoterminowe w domach pomocy społecznej.

Opiece nad osobami starszymi służą zespoły opieki geriatrycznej. W ich skład wchodzi: lekarz o specjalizacji w dziedzinie geriatry, pielęgniarka i fizjoterapeuta (odpowiednio przygotowani)

oraz psycholog. W pracach zespołu mogą także uczestniczyć inne osoby, o wykształceniu kierunkowym pozwalającym na pracę w obszarze ochrony zdrowia i pomocy społecznej: opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk, farmaceuta, pracownik socjalny, kapelan (Bień i in., 2013). Są to kadry, które powinny rozwijać swoje kompetencje z ukierunkowaniem na osoby starsze. W zależności od zawodu i poziomu wykształcenia mogą to robić w ramach odpowiednich specjalizacji, kursów podnoszących kwalifikacje, studiów podyplomowych albo szkoleń.

Liczba osób starszych wymagających wsparcia i korzystających z usług ochrony zdrowia i pomocy społecznej będzie rosła. Już dziś wiele instytucji z tych obszarów boryka się z niedoborami kadrowymi. Niezbędne są takie rozwiązania organizacyjne i finansowe, które zachęcą do podejmowania pracy w tych instytucjach, oraz oferta edukacyjna, która umożliwi przygotowanie do niej.

### A3. Kształcenie kadr na rzecz seniorów wymagających wsparcia

Starzenie się społeczeństwa, skutkujące wzrostem liczby osób starszych wymagających wsparcia, oznacza konieczność zapewnienia odpowiednio przygotowanej kadry, co ma także wpływ na ofertę edukacyjną na różnych poziomach nauczania.

Dla kadr medycznych i niemedycznych związanych zawodowo z osobami starszymi dostępne jest kształcenie podyplomowe w formie studiów podyplomowych, organizowane przez niektóre uczelnie. Obejmuje ono studia przeznaczone tylko dla konkretnych zawodów, ale także takie, których adresatami są całe grupy zawodowe: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, lecz również psycholodzy, pracownicy socjalni, pedagodzy, opiekunowie i inni pracownicy medyczni i niemedyczni, związani zawodowo z osobami starszymi.

Kształcenie kadr pracujących z osobami starszymi odbywa się także na poziomie szkolnictwa branżowego. *Prognoza krajowa zapotrzebowania na pracowników w zawodach szkolnictwa branżowego na krajowym i wojewódzkim rynku pracy*, ogłaszana corocznie przez Ministra Edukacji, zawiera wykaz 35 zawodów, na które jest prognozowane szczególne zapotrzebowanie na rynku pracy ze względu na ich znaczenie dla rozwoju państwa. W 2025 r. na liście krajowej pojawiły się po raz pierwszy zawody z poziomu szkoły policealnej: opiekun osoby starszej i opiekun w domu pomocy społecznej. W zależności od województwa, wśród zawodów, dla których prognozowane jest zapotrzebowanie istotne lub umiarkowane są: opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, opiekunka środowiskowa i asystent osoby niepełnosprawnej (MEN, 2025).

Według *Branżowego Bilansu Kapitału Ludzkiego* (Grabowska i in., 2023) rośnie zapotrzebowanie na specjalistów świadczących usługi asystenckie i opiekuńcze dla zwiększającej się grupy osób starszych, w tym tych z ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu. W ciągu najbliższych lat znacząco zwiększy się zapotrzebowanie na opiekunów w domach pomocy społecznej i opiekunów osób starszych.

*Monitoring karier absolwentów publicznych i niepublicznych szkół ponadpodstawowych* (IBE, 2024) za rok 2023 wskazuje dziesięć zawodów nauczanych w szkołach policealnych o największej liczbie absolwentów. Są wśród nich opiekun medyczny i terapeuta zajęciowy. Warto zwrócić uwagę na niski poziom bezrobocia rejestrowanego absolwentów szkół policealnych z 2023 r., w tym w zawodach: opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa i opiekun osoby starszej.

Regulacje na temat kształcenia w tych zawodach w ramach szkolnictwa branżowego zawiera Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 2019 r. w sprawie ogólnych celów i zadań kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego (MEN, 2019). W rozporządzeniu znajdują się informacje dotyczące m.in. opieki zdrowotnej i takich zawodów jak opiekun medyczny i terapeuta zajęciowy. Mowa jest w nim także o pomocy społecznej z udziałem takich zawodów, jak: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej i opiekunka środowiskowa. Dla niektórych z nich zostały określone szczególne uwarunkowania związane z kształceniem w zawodzie lub kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie. Dla opiekuna medycznego i terapeuty zajęciowego wymagane jest kształcenie w szkole, prowadzone wyłącznie w formie dziennej lub stacjonarnej, dla asystenta osoby niepełnosprawnej i opiekunki środowiskowej – wykształcenie średnie lub średnie branżowe. Zgodnie z rozporządzeniem kształcenie w zawodach szkolnictwa branżowego jest realizowane w szkołach ponadpodstawowych: branżowej szkole I stopnia, technikum, branżowej szkole II stopnia i szkole policealnej, a także na kwalifikacyjnych kursach zawodowych i kursach umiejętności zawodowych; należą tu: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej i opiekunka środowiskowa.

Istnieje także oferta szkoleń z zakresu opieki nad osobami starszymi. Są one zróżnicowane pod względem liczby godzin, formy, wymagań co do warunków zaliczenia, ceny itp. Niezależnie od formy uczestnicy otrzymują dyplom potwierdzający udział w kursie i zaświadczenie wydane na podstawie § 23 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 6 października 2023 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (MEN, 2023). Informacje na temat wymienionych form kształcenia zostaną zaprezentowane w dalszej części opracowania.

### A3.1. Kształcenie kadr ochrony zdrowia

Grabowska i in. (2022) w części swojego raportu z badań zrealizowanych w latach 2020–2021 dotyczącej kompetencji kadr wskazują, że pracodawcy reprezentujący sektor opieki zdrowotnej są zadowoleni z przygotowania absolwentów opuszczających szkoły i uczelnie. 70% pracodawców uważa, że mają oni wystarczające umiejętności do pracy w placówkach medycznych. Widzą jedynie potrzebę niewielkiego przeszkolenia nowo przyjętych pracowników.

Z kolei zdaniem pracowników uczelnie wyższe powinny uczyć zarówno podstawowych, jak i specjalistycznych umiejętności związanych z wykonywaniem zawodu. W ciągu ostatnich dwunastu miesięcy 49% pracowników sektora zadeklarowało rozwój umiejętności zawodowych w miejscu pracy, 66% pracowników na kluczowych stanowiskach rozwijało umiejętności, korzystając z książek, czasopism lub innych materiałów drukowanych, 64% uczyło się z filmów i materiałów w internecie. Samodzielnemu doksztalcaniu sprzyja dobra dostępność materiałów (w tym internetowych) i możliwość korzystania z nich w dowolnym czasie.

Badanie pokazuje pewien ogólny trend w zakresie form edukacji wybieranych przez pracowników ochrony zdrowia. Natomiast w kontekście starzenia się społeczeństwa zwraca uwagę m.in. na konieczność rozwoju opieki koordynowanej – czyli takiej, w której praca wielu specjalistów i placówek jest skoordynowana, a opieka nad pacjentem przewlekle chorym ciągła – spełniającej potrzeby osób starszych, oraz opieki zdalnej, co ma poprawić dostępność usług i upowszechnić model opieki domowej nad seniorami. Dlatego część pracodawców planuje przeszkolenie kadry w zakresie opieki nad osobami starszymi, zatrudnienie pracowników specjalizujących się w tym obszarze i wprowadzenie opieki koordynowanej nad pacjentem w podeszłym wieku (Grabowska i in., 2022). Kompetencje w tym zakresie mogą być więc niedługo bardziej niż pożądane przez pracodawców w obszarze ochrony zdrowia.

W przypadku lekarzy ważne jest to, że na wszystkich polskich uczelniach medycznych zajęcia z geriatry są obecnie przedmiotem obowiązkowym na kierunkach lekarskich. Wcześniej ta dziedzina medycyny była przez uczelnie pomijana w programach nauczania. W ramach szkoleń w tym zakresie warto zwrócić uwagę na projekt realizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, zakrojony na lata 2024–2029, w którym jedną z dziedzin objętych wsparciem jest właśnie geriatryka. Celem tych działań jest m.in. zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w deficytowych dziedzinach medycyny zgodnie z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi Polski. Poza tym dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł

specjalisty w dziedzinie neurologii przewidziano program specjalizacji w dziedzinie geriatrii, który trwa 660 godzin<sup>9</sup>.

W opiece nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia ważną rolę pełnią pielęgniarki. Pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i opieki długoterminowej albo w trakcie odbywania tych specjalizacji bądź też pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego lub opieki długoterminowej wchodzi w skład zespołu geriatrycznego udzielającego świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej. Niezbędną wiedzę w zakresie geriatrii może uzyskać po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego lub szkolenia specjalizacyjnego. Pielęgniarki są też adresatkami kursów i studiów podyplomowych z zakresu fizjoterapii dla osób starszych, geriatrii, psychogeriatryi itp.<sup>10</sup>

Osobą, która wspiera zespół opieki geriatrycznej jest fizjoterapeuta. Po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego i otrzymaniu tytułu specjalisty uzyskuje kwalifikacje umożliwiające kierowanie, nadzorowanie i diagnostykę funkcjonalną procesu fizjoterapii oraz jego kwalifikowanie, planowanie i prowadzenie. Wiedzę i umiejętności praktyczne w zakresie psychiatrii i geriatrii także może pogłębić w ramach szkolenia specjalizacyjnego<sup>11</sup>. W ofercie niektórych uczelni są studia podyplomowe fizjoterapii w geriatrii, z których mogą skorzystać również przedstawiciele innych zawodów. Fizjoterapeuci są też adresatami kursów i podyplomowych studiów z zakresu geriatrii, psychogeriatryi itp.

Osoby starsze wspiera psycholog, który również wchodzi do podstawowego składu zespołu opieki geriatrycznej. Kompetencje do pracy z osobami starszymi może uzyskać na studiach podyplomowych z zakresu psychogeriatryi lub psychogerontologii oraz na odpowiednich szkoleniach.

---

<sup>9</sup> Więcej na temat szkoleń w ramach specjalizacji geriatrycznej prowadzonych przez Centrum znaleźć można na stronie: <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2023/02/0744-program-3-1.pdf>

<sup>10</sup> Więcej na temat szkoleń w ramach specjalizacji z pielęgniarstwa geriatrycznego prowadzonych przez Centrum znaleźć można na stronie: <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2025/05/Kurs-kwalifikacyjny-piel.-geriatryczne.pdf>

<sup>11</sup> Więcej na temat szkoleń w ramach specjalizacji fizjoterapeutycznej prowadzonych przez Centrum znaleźć można na stronie: <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2021/06/PROGRAM-SPECJALIZACJI-W-DZIEDZINIE-FIZJOTERAPII-2021.pdf>

## Kształcenie w ramach szkolnictwa branżowego

### Opiekun medyczny

Opiekun medyczny może pracować w szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, niepublicznych zespołach opieki zdrowotnej, domach i ośrodkach pomocy społecznej, fundacjach i stowarzyszeniach działających na rzecz osób chorych i niesamodzielnych, hospicjach, sanatoriach oraz w domach pacjentów, świadcząc opiekę indywidualną.

Klasyfikacja zawodów szkolnictwa branżowego przewiduje możliwość kształcenia w tym zawodzie w półtorarocznej szkole policealnej na podbudowie czteroletniej szkoły średniej lub pięcioletniego technikum. Młodzież i dorośli z wykształceniem średnim lub średnim branżowym mogą uzyskać tytuł opiekuna medycznego po kwalifikacyjnym kursie zawodowym z zakresu kwalifikacji wyodrębnionych w zawodzie opiekun medyczny. Warunkiem uzyskania dyplomu zawodowego jest zdanie egzaminów ze wszystkich kwalifikacji i właściwy poziom wykształcenia. Minimalna liczba godzin kształcenia zawodowego to 672. Realizacja praktyk zawodowych przewidziana jest na cztery tygodnie (140 godzin)<sup>12</sup>. Według Rejestru Szkół i Placówek Oświatowych kształcenie w kategorii opiekun medyczny ma w ofercie 725 placówek<sup>13</sup>.

Osoby, które uzyskały wpis w Centralnym Rejestrze Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego, w nowym okresie edukacyjnym, obejmującym lata 2025–2029 muszą wywiązywać się z obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego, wynikającego z zapisów Ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych. Jego spełnienie (lub nie) będzie odnotowywane w rejestrze i widoczne dla osób, chcących zweryfikować danego opiekuna. Poza koniecznością ukończenia kursu doskonalącego nie ma innych określonych form rozwoju ustawicznego. Kurs doskonalący mogą prowadzić tylko podmioty wpisane na listę prowadzoną przez CMKP. Pozostałe formy kształcenia (inne niż kurs doskonalący) mogą być organizowane przez różne podmioty, jednak muszą one dotyczyć zawodu opiekuna medycznego. CMKP organizuje również kurs kwalifikacyjny, który służy wyrównaniu różnic programowych pomiędzy opiekunami

---

<sup>12</sup> Więcej na temat zawodu opiekuna medycznego można przeczytać w broszurze zawodoznawczej zamieszczonej na Zintegrowanej Platformie Edukacyjnej: <https://zpe.gov.pl/a/informator-o-zawodzie/D8BQeeYnD> lub w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000991>

<sup>13</sup> Rejestr dostępny na stronie: <https://rspo.gov.pl/> (stan liczby placówek aktualny w dniu 7.10.2025 r.).

medycznymi kształconymi w kwalifikacjach Z.4, MS.03, MED.3 (roczna szkoła policealna) a kwalifikacją MED.14<sup>14</sup>.

### **Terapeuta zajęciowy**

Terapeuta może pracować m.in. w ośrodkach opieki długoterminowej, szpitalach psychiatrycznych, oddziałach stacjonarnych rehabilitacji neurologicznej, domach pomocy społecznej, hospicjach, środowiskowych domach samopomocy, klubach seniora, sanatoriach i w projektach aktywizacji społecznej oraz prowadzić warsztaty terapii zajęciowej.

Młodzież i dorośli z wykształceniem średnim lub średnim branżowym mogą uzyskać tytuł terapeuty zajęciowego po ukończeniu dwuletniej szkoły policealnej kształcącej w tym zawodzie w ramach kwalifikacji MED.13. W trakcie nauki w szkole policealnej słuchacze mogą przystąpić do egzaminu zawodowego w zakresie kwalifikacji w zawodzie, by uzyskać certyfikat kwalifikacji zawodowych. Warunkiem uzyskania dyplomu zawodowego jest zdanie egzaminów ze wszystkich kwalifikacji w zawodzie i ukończenie szkoły. Kwalifikacji w tym zawodzie nie można uzyskać poprzez skorzystanie z oferty kwalifikacyjnych kursów zawodowych ani poprzez zdanie egzaminów eksternistycznych zawodowych. Minimalna liczba godzin kształcenia zawodowego to 1392. Realizacja praktyk zawodowych przewidziana jest na sześć tygodni (210 godzin)<sup>15</sup>. Według Rejestru Szkół i Placówek Oświatowych kształcenie w kategorii terapeuty zajęciowego ma w ofercie 500 placówek<sup>16</sup>.

Terapeuta zajęciowy, podobnie jak opiekun medyczny, zgodnie z art. 1.1. Ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych ma prawo i obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego przez aktualizację swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. Zgodnie z art. 31.1. ustawy doskonalenie zawodowe odbywa się w formie kursu doskonalącego i poprzez samokształcenie. Ustawiczny rozwój zawodowy odbywa się w pięcioletnim okresie rozliczeniowym (art. 39.1 ustawy).

---

<sup>14</sup> Więcej na temat zasad obowiązku rozwoju zawodowego w zawodach medycznych można przeczytać na stronie: <https://opiekunmedyczny.org/obowiazek-ustawicznego-rozwoju-zawodowego-zasady>

<sup>15</sup> Więcej na temat zawodu terapeuty zajęciowego można przeczytać w broszurze zawodoznawczej zamieszczonej na Zintegrowanej Platformie Edukacyjnej: <https://zpe.gov.pl/a/informator-o-zawodzie/DIBSAMMzh> lub w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000991>

<sup>16</sup> Rejestr dostępny na stronie: <https://rspo.gov.pl/> (stan liczby placówek aktualny w dniu 7.10.2025 r.).

## A3.2. Kształcenie kadr pomocy społecznej

Według Grabowskiej i in. (2022) najważniejszym kierunkiem zmian pomocy społecznej jest wzrost dostępności specjalistów świadczących usługi asystenckie i opiekuńcze dla zwiększającej się grupy osób starszych, w tym z ograniczeniami w funkcjonowaniu. Pracodawcy wskazywali jednak na ograniczone (głównie ze względów organizacyjnych i finansowych) możliwości zatrudniania nowych pracowników w tym obszarze, natomiast większość z nich jest zadowolona z przygotowania absolwentów. Co ciekawe, według około połowy pracodawców nowi pracownicy są w pełni przygotowani do pracy lub wymagają niewielkiego przeszkolenia, natomiast eksperci wskazali, że pracownicy są nieprzygotowani od strony praktycznej oraz w zakresie kompetencji społecznych i osobistych.

Według badania przeprowadzonego w latach 2020–2021 (Grabowska i in., 2022) 63% pracowników pomocy społecznej zadeklarowało, że w ciągu ostatniego roku rozwijało swoje umiejętności zawodowe, głównie poprzez udział w szkoleniach BHP i ppoż., kursach i szkoleniach przez internet, kursach i szkoleniach stacjonarnych oraz uczestnictwo w konferencjach czy seminariach. Połowa badanych uczyła się samodzielnie z książek, czasopism lub innych materiałów drukowanych, niemal tyle samo z filmów i materiałów dostępnych w internecie. Niewielu natomiast korzystało z zasobów internetowych, programów komputerowych czy aplikacji na smartfon. Według pracodawców najczęstszą formą rozwoju zawodowego były kursy i szkolenia wewnętrzne, realizowane przez pracowników instytucji, i udział pracowników w konferencjach lub seminariach. Najmniej popularną formą wsparcia pracowników jest superwizja.

### Pracownicy socjalni

Ważną grupą zawodową udzielającą wsparcia m.in. osobom starszym, zarówno w środowisku, jak i w instytucjach, są pracownicy socjalni. Zgodnie z art. 116 ust. 1 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej pracownikiem socjalnym może być osoba, która spełnia co najmniej jeden z warunków: 1) posiada dyplom ukończenia kolegium pracowników służb społecznych; 2) ukończyła studia na kierunku praca socjalna lub w zakresie pracy socjalnej; 3) do dnia 31.12.2013 r. ukończyła studia wyższe o specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego na jednym z kierunków: a) pedagogika, b) pedagogika specjalna, c) politologia, d) polityka społeczna, e) psychologia, f) socjologia, g) nauki o rodzinie; 4) ukończyła studia podyplomowe z zakresu metodyki i metodologii pracy socjalnej w uczelni realizującej studia na kierunku praca socjalna lub w zakresie pracy socjalnej, po uprzednim ukończeniu studiów na jednym z kierunków, o których mowa w pkt. 3 (MRPiPS, 2024).

Pracownicy socjalni mają w ofercie specjalności dla II stopnia specjalizacji w zawodzie pracę socjalną z osobami starszymi (MPiPS, 2012).

## **Kształcenie w ramach szkolnictwa branżowego**

### **Opiekun osoby starszej**

Opiekun osoby starszej może podejmować pracę w miejscach takich, jak domy opieki społecznej, domy pomocy społecznej, domy dziennego pobytu, hospicja, placówki opieki paliatywnej czy sanatoria. Zakres obowiązków zależy od stanu zdrowia i możliwości biopsychospołecznych osoby starszej.

Klasyfikacja zawodów szkolnictwa branżowego przewiduje możliwość kształcenia w zawodzie opiekuna osoby starszej w dwuletniej szkole policealnej na podbudowie czteroletniej szkoły średniej lub pięcioletniego technikum. Od 1 września 2020 r. przewidziano możliwość kształcenia na kwalifikacyjnych kursach zawodowych w zakresie kwalifikacji SPO.02. *Świadczenie usług opiekuńczo-wspierających osobie starszej*. Młodzież i dorośli, którzy mają wykształcenie średnie lub średnie branżowe, mogą uzyskać tytuł opiekuna osoby starszej, uczęszczając na kwalifikacyjny kurs zawodowy z zakresu kwalifikacji wyodrębnionej w tym zawodzie. Minimalna liczba godzin kształcenia zawodowego wynosi 1160 godzin. Realizacja praktyk zawodowych przewidziana jest na cztery tygodnie (140 godzin)<sup>17</sup>. Według Rejestru Szkół i Placówek Oświatowych kształcenie w kategorii opiekun osoby starszej ma w ofercie 265 placówek<sup>18</sup>.

### **Opiekun w domu pomocy społecznej**

Opiekun w domu pomocy społecznej może podejmować pracę w domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, hospicjach, ośrodkach opiekuńczo-leczniczych i specjalistycznych domach pomocy społecznej.

<sup>17</sup> Więcej na temat zawodu opiekuna osoby starszej można przeczytać w broszurze zawodoznawczej zamieszczonej na Zintegrowanej Platformie Edukacyjnej: <https://zpe.gov.pl/a/informator-o-zawodzie/DVhMXvA6y> lub w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000991>

<sup>18</sup> Rejestr dostępny na stronie: [www.rspo.gov.pl](http://www.rspo.gov.pl) (stan liczby placówek aktualny w dniu 7.10.2025 r.)

Klasyfikacja zawodów szkolnictwa branżowego przewiduje możliwość kształcenia w tym zawodzie w dwuletniej szkole policealnej na podbudowie czteroletniej szkoły średniej lub pięcioletniego technikum. Od 1 września 2020 r. istnieje możliwość kształcenia na kwalifikacyjnych kursach zawodowych w zakresie kwalifikacji SPO.03. *Świadczenie usług opiekuńczo-wspierających osobie podopiecznej*. Kwalifikację w zawodzie opiekun w domu pomocy społecznej można także uzyskać po kwalifikacyjnym kursie zawodowym w ramach kwalifikacji SPO.03. Istnieje możliwość przygotowania do wykonywania poszczególnych zadań zawodowych, takich jak np. diagnozowanie stanu biopsychospołecznego osoby podopiecznej, poprzez korzystanie z oferty kursów umiejętności zawodowych, które zostały opisane w Zintegrowanej Platformie Edukacyjnej<sup>19</sup>. Minimalna liczba godzin kształcenia zawodowego to 1162. Realizacja praktyk zawodowych przewidziana jest na cztery tygodnie (140 godzin)<sup>20</sup>. Według Rejestru Szkół i Placówek Oświatowych kształcenie w kategorii opiekun w domu pomocy społecznej mają w ofercie 362 placówki<sup>21</sup>.

### **Opiekunka środowiskowa**

Opiekunka środowiskowa może podejmować pracę w środowisku domowym podopiecznego, domach pomocy społecznej, instytucjach opiekuńczych, placówkach opieki dziennej, placówkach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjnych, placówkach niosących pomoc osobom niepełnosprawnym oraz ośrodkach pomocy społecznej. Usługi opieki należą do usług środowiskowych, istotnych w kontekście deinstytucjonalizacji.

Klasyfikacja zawodów szkolnictwa branżowego przewiduje możliwość kształcenia w zawodzie opiekunka środowiskowa w rocznej szkole policealnej na podbudowie czteroletniej szkoły średniej lub pięcioletniego technikum. Od 1 września 2020 r. przewidziano możliwość kształcenia na kwalifikacyjnych kursach zawodowych w zakresie kwalifikacji SPO.05. *Świadczenie usług opiekuńczych*. Istnieje również możliwość przygotowania do wykonywania poszczególnych zadań zawodowych po ukończeniu

---

<sup>19</sup> Możliwości kształcenia w zawodzie opiekun w domu pomocy społecznej zostały opisane na stronie <https://zpe.gov.pl/a/drogi-do-zawodu/DSd28GNAw>

<sup>20</sup> Więcej na temat zawodu opiekuna w domu pomocy społecznej można przeczytać w broszurze zawodoznawczej zamieszczonej na Zintegrowanej Platformie Edukacyjnej: <https://zpe.gov.pl/a/informator-o-zawodzie/D17M1Ai49> lub w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000991>

<sup>21</sup> Rejestr dostępny na stronie: <https://rspo.gov.pl> (stan liczby placówek aktualny w dniu 7.10.2025 r.).

kursów umiejętności zawodowych<sup>22</sup>. Minimalna liczba godzin kształcenia to 762. Realizacja praktyk zawodowych przewidziana jest na cztery tygodnie (140 godzin). Według Rejestru Szkół i Placówek Oświatowych kształcenie w kategorii opiekunka środowiskowa ma w ofercie 355 placówek<sup>23</sup>.

### **Asystent osoby niepełnosprawnej**

Asystent osoby niepełnosprawnej może podejmować pracę m.in. w: ośrodkach i domach pomocy społecznej, niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, środowiskowych domach samopomocy, zakładach opiekuńczo-leczniczych, placówkach opieki paliatywnej, świetlicach terapeutycznych, szpitalach, hospicjach, sanatoriach. Ustawa przewiduje, że skorzystają z jego pomocy osoby w wieku 18–65 lat, posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności i uzyskujące minimum 80 punktów w decyzji o potrzebie wsparcia. Osoby starsze powyżej 65 roku życia na razie nie zostały objęte ustawą, co jest tematem dyskusji, ponieważ wiele osób z tej grupy wiekowej również potrzebuje wsparcia asystenta<sup>24</sup>.

Klasyfikacja zawodów szkolnictwa branżowego przewiduje możliwość kształcenia w tym zawodzie w rocznej szkole policealnej na podbudowie czteroletniej szkoły średniej lub pięcioletniego technikum. Od 1 września 2020 r. przewidziano możliwość kształcenia na kwalifikacyjnych kursach zawodowych w zakresie kwalifikacji SPO.01. *Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej*. Minimalna liczba godzin kształcenia zawodowego dla kwalifikacji to 714. Realizacja praktyk zawodowych przewidziana jest na cztery tygodnie (140 godzin)<sup>25</sup>. Według Rejestru Szkół i Placówek

<sup>22</sup> Więcej na temat zawodu opiekunki środowiskowej można przeczytać w broszurze zawodoznawczej zamieszczonej na Zintegrowanej Platformie Edukacyjnej: <https://zpe.gov.pl/a/informator-o-zawodzie/D3uQTS7yo> lub w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000991>

<sup>23</sup> Rejestr dostępny na stronie: <https://rspo.gov.pl/> (stan liczby placówek aktualny w dniu 7.10.2025 r.).

<sup>24</sup> O ustawie o asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami można przeczytać na stronie <https://swiadczenie-wspierajace.pl/asystent-osobisty-dla-osob-z-niepelnosprawnoscia-%E2%80%93-kto-skorzysta-z-nowego-prawa-i-dlaczego-kluczowe-beda-punkty-potrzeby-wsparcia>

<sup>25</sup> Więcej na temat zawodu asystenta osoby niepełnosprawnej można przeczytać w broszurze zawodoznawczej zamieszczonej na Zintegrowanej Platformie Edukacyjnej: <https://zpe.gov.pl/a/informator-o-zawodzie/DZzsz7oEi> lub w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000991>

Oświatowych kształcenie w kategorii asystent osoby niepełnosprawnej ma w ofercie 348 placówek<sup>26</sup>.

## A4. Kształcenie podyplomowe dla różnych grup zawodowych

W przypadku kadr medycznych zadania związane z kształceniem podyplomowym realizuje Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP)<sup>27</sup>. Powinno ono zapewnić jednolity, wysoki standard szkoleń dla wszystkich zawodów medycznych i równy dostęp do osiągnięć naukowych. Do zadań CMKP należą m.in.: organizacja i realizacja elementów kształcenia podyplomowego lekarzy, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, innych osób z dyplomem ukończenia studiów, które wykonują zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia oraz osób wykonujących zawody medyczne, o których mowa w art. 1 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych, z wyłączeniem kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Na stronie CMKP znajdują się m.in. informacje na temat oferty edukacyjnej oraz wyszukiwarka jednostek akredytowanych do prowadzenia specjalizacji, staży kierunkowych oraz kursów doskonalących.

W ramach kształcenia podyplomowego niektóre uczelnie oferują studia adresowane do różnych grup zawodowych, medycznych i niemedycznych. Realizowane są przez dwa semestry, w różnym wymiarze godzinowym (od 170 do 370 godzin) i w różnych formach (online, stacjonarnie, hybrydowo, w technologii RealTime Online), czasem obejmują również część praktyczną. Są nieodpłatne lub odpłatne (w zależności od tematyki, formuły i liczby godzin ich koszt wynosi od ok 3000 zł do 9000 zł). W przypadku niektórych studiów podyplomowych ich uczestnicy mogą skorzystać z dofinansowania. Źródłem informacji na temat oferty studiów, w tym tych z opcją dofinansowania, jest Baza Usług Rozwojowych (BUR)<sup>28</sup>. Zawiera m.in. informacje dotyczące instytucji organizującej studia, liczby godzin zajęć, rekrutacji, efektów uczenia się, kryteriów weryfikacji osiągnięć czy programu i harmonogramu studiów.

Tematyka oferowanych studiów najczęściej dotyczy geriatricznej i gerontologicznej (w tym głównie psychogeriatricznej i psychogerontologicznej). Skierowane są one do szerokiego grona odbiorców: absolwentów kierunków studiów społecznych, prawnych, medycznych i humanistycznych, osób zajmujących się w codziennej pracy ludźmi starszymi, do pielęgniarek, fizjoterapeutów,

<sup>26</sup> Rejestr dostępny na stronie: <https://rspo.gov.pl/> (stan liczby placówek aktualny w dniu 7.10.2025 r.).

<sup>27</sup> Więcej o działaniach Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego można przeczytać na stronie: <https://www.cmkp.edu.pl>

<sup>28</sup> Więcej na temat Bazy Usług Rozwojowych można przeczytać na stronie: <https://uslugirozwojowe.parp.gov.pl/>

rehabilitantów, specjalistów terapii zajęciowej, promotorów zdrowia, psychologów, socjologów, opiekunów społecznych, pracowników administracji publicznej, formalnych i nieformalnych opiekunów, a także duchownych czy lekarzy. Uczestnicy studiów uzyskują wiedzę i umiejętności niezbędne do pracy z osobami starszymi oraz na rzecz osób starszych w różnych środowiskach – od opieki instytucjonalnej po usługi świadczone w domu, zarówno z seniorami wymagającymi wsparcia, jak i aktywnymi. Niektóre studia oferują ponadto zajęcia, których celem jest podniesienie kompetencji osób organizujących opiekę geriatryczną, długoterminową i paliatywną w placówkach opieki społecznej i ochrony zdrowia oraz zarządzających tą opieką. Łączą tematykę związaną z opieką z kompetencjami menedżerskimi.

Zaczynają się pojawiać także studia dające uprawnienia do wykonywania zawodów czy funkcji jeszcze mało popularnych, ale z potencjałem na przyszłość, jak gerontologopeda czy koordynator opieki geriatrycznej. Wprowadzenie drugiej z nich wynika z Ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej. Funkcję tę może pełnić osoba z wykształceniem wyższym w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu lub z ukończonymi studiami podyplomowymi z zakresu gerontologii, geriatrii, opieki nad osobami starszymi lub opieki geriatrycznej. Ustawa zakłada m.in. powstanie Centrów Zdrowia 75+, w których strukturze wyodrębniono zespół koordynatorów opieki geriatrycznej. W praktyce wdrożenie założeń tej ustawy nie jest proste i może nastąpić niezbyt szybko. Trwają wciąż prace nad organizacją opieki nad seniorami, a ponieważ kwestia jej koordynacji pojawia się często, możliwe, że niedługo może stać się powszechna w ramach systemu, a kształcenie w tym kierunku będzie bardziej pożądane (Bakalarczyk i Wiśniewski, 2024).

Inny przykład nowego zawodu, na który zapotrzebowanie jest prognozowane, to geragog (Chabior i in., 2021). Niektóre uniwersytety oferują studia z tego albo zbliżonego zakresu, ale ich nie realizują ze względu na brak chętnych. Część uniwersytetów prowadzi kształcenie gerontologiczne w ramach dyscypliny pedagogika, a także na kierunkach: praca socjalna, pedagogika specjalna, nauki o polityce czy nauki o rodzinie. Ze względu na zmiany demograficzne wskazane jest zintensyfikowanie działań z zakresu edukacji gerontologicznej społeczeństwa, wprowadzenie jej w szkolnictwie wyższym na wielu kierunkach i specjalnościach oraz wzmocnienie obecności tej tematyki w działaniach marketingowych uniwersytetów. Kompetencje z tego zakresu są niezbędne nie tylko geragogom, ale także pedagogom wszystkich specjalności, wielu z nich będzie bowiem zajmowało się zagadnieniami z zakresu edukacji do starości, reorientacji i readaptacji zawodowej czy edukacji międzypokoleniowej (Chabior i in. 2021).

## A5. Oferta szkoleń i kursów dla opiekunów osób starszych

Oferta szkoleń i kursów, dzięki którym uczestnicy mają uzyskać wiedzę i umiejętności w zakresie sprawowania opieki nad osobami starszymi lub jej organizacji, jest zróżnicowana pod względem formy (stacjonarne, z częścią praktyczną lub bez niej, hybrydowe, online, e-learningowe) i czasu trwania (od 50 do 450 godzin; rzadziej zdarzają się dłuższe, trwające ok. 600 godzin), który m.in. od niej zależy. Ich tematyka jest zwykle zbliżona, obejmuje różne aspekty starzenia się i starości, diagnozowania potrzeb, sprawowania opieki, aktywizowania seniorów, komunikacji, w niektórych przypadkach także organizowania lub koordynowania opieki. Absolwenci otrzymują zaświadczenie o ukończeniu kursu na podstawie § 15 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 6 października 2023 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. 2023 poz. 2175). Koszt takiego kursu zależy od jego formy, zakresu i czasu trwania (od ok. 150 zł za kurs online do ok. 6000 zł za kurs stacjonarny). Po ukończeniu niektórych kursów odbywa się egzamin zewnętrzny nadający ich uczestnikom kwalifikacje lub wewnętrzny – teoretyczny i praktyczny (kursy stacjonarne) albo kursanci wypełniają odpowiednie testy.

Ważnym źródłem informacji na temat oferty szkoleniowej i instytucji szkoleniowych jest Baza Usług Rozwojowych (BUR). Zawiera ona informacje m.in. na temat organizatora, grupy docelowej, terminów, formy, efektów uczenia się oraz kryteriów weryfikacji, programu i harmonogramu zajęć oraz kwestii organizacyjnych, jak również możliwości uzyskania dofinansowania na pokrycie kosztów szkolenia lub kursu. Warunkiem zamieszczenia danych w BUR jest założenie w niej konta i zapisanie się na tę usługę. Szkolenia finansowane ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) od stycznia 2026 r. realizują jedynie podmioty wpisane do BUR.

Kształcenie dofinansowane z KFS realizują różnego rodzaju instytucje edukacyjne, które oferują dodatkowo pomoc w uzyskaniu środków finansowania lub same je pozyskują. Są to zwykle oferty kompleksowe, obejmujące diagnozę potrzeb szkoleniowych i propozycję kursów dopasowanych do oczekiwań klienta, przygotowanie i złożenie wniosku o dofinansowanie, realizację kursów oraz pomoc w rozliczeniu dotacji. Zakres takiej współpracy obejmuje również szkolenia dla personelu pracującego z osobami starszymi, w tym zagadnienia związane np. z funkcjonowaniem placówki, pracą terapeutyczną, rehabilitacją, terapią zajęciową, pielęgnacją i leczeniem czy żywieniem i dietą, oraz oczywiście te zagadnienia, które wskaże instytucja zamawiająca usługę, z uwzględnieniem jej potrzeb i specyfiki.

W internecie można także znaleźć dosyć bogatą ofertę szkoleń online (w czasie rzeczywistym) lub w formie e-learningu, również takich, których nie ma w BUR, na temat opieki nad osobami starszymi. Niektóre obejmują zdalne instruktaże i warsztaty, niektóre tylko treści teoretyczne. Warto zwrócić uwagę na oferowaną formę zajęć, szczególnie w kontekście deklaracji uzyskania „umiejętności świadczenia kompleksowej opieki”, co bez części praktycznej i możliwości zweryfikowania poprawności wykonywanych czynności może być trudne. Korzystający z kursów e-learningowych mają dostęp do materiałów szkoleniowych (plik .pdf, czasami nagranie wideo lub studium przypadku – ang. *case study*) po dokonaniu płatności. Zaliczenie odbywa się zwykle poprzez quizy online, do których można podchodzić wielokrotnie, aż do skutku. Niektórzy organizatorzy podają informację, że dany kurs równoważy określoną liczbę godzin szkolenia stacjonarnego lub jest traktowany przez pracodawców jako odpowiednik jednorocznej lub dwuletniej szkoły lub kursu. Są też oferty szkoleń skierowane do osób podejmujących pracę w instytucjach państwowych i prywatnych w Polsce i za granicą, po których otrzymują one osobne zaświadczenia w językach polskim, angielskim i niemieckim. Niektórzy organizatorzy szkoleń e-learningowych podkreślają, że w dokumentacji nie ma informacji, że kurs odbył się w tej właśnie formie, a uczestnik otrzymuje takie samo zaświadczenie, jak po kursie stacjonarnym. Wydaje się, że ten aspekt wymaga regulacji, by zróżnicować osoby, które kończą szkolenie stacjonarne połączone z praktykami i osoby, które kończą kurs e-learningowy bez kontaktu z wykładowcą i bez praktyki.

Dostępna jest też pula szkoleń o węższym zakresie tematycznym, dotyczącym zagadnień związanych z towarzyszeniem osobom starszym czy opieką nad nimi (np. komunikacji z osobą starszą i jej rodziną, aktywizacji seniorów, pracy z osobą z demencją, terapii lub organizacji opieki). To zwykle jedno- lub dwudniowe szkolenia online lub videoszkolenia (odpłatne lub nie). W przypadku niektórych z nich istnieje możliwość uzyskania punktów edukacyjnych (za określone formy kształcenia przypisywana jest wartość punktowa) po zaliczeniu testu (dziesięć punktów edukacyjnych i certyfikat). Są też oferty, które obejmują np. wsparcie autora szkolenia lub zajęć, dostęp do grupy dyskusyjnej czy regularne aktualizacje materiałów merytorycznych.

Osoby chcące się doszkolić mogą skorzystać z oferty tematycznych webinarów. Poruszają one bardzo różnorodne zagadnienia, dostęp do nich jest bezpłatny lub odpłatny. Mają formę nagrań, dostępnych na stronie internetowej lub na kanale YouTube, albo spotkań realizowanych w czasie rzeczywistym. Czas ich trwania wynosi od kilkadziesiąt minut do ok. dwóch godzin. Dotyczą różnych aspektów opieki, komunikacji, konkretnych problemów zdrowotnych i mogą z nich skorzystać zarówno opiekunowie profesjonalni, jak i rodzinni,

ale także kwestii związanych z opieką realizowaną w ramach wykonywanego zawodu lub np. zarządzaniem domem opieki. Oferowane są też okazjonalne webinaria, przygotowywane przez różne organizacje i instytucje.

## A6. Kształcenie kadr na potrzeby usług dotyczących rekreacji i aktywności osób starszych

Niniejsze opracowanie poświęcone jest przede wszystkim kształceniu kadr, które w ramach swoich zadań zawodowych sprawują opiekę nad osobami starszymi lub wspierają je, jeśli tego wymagają. Warto jednak wspomnieć również o tych, których praca polega na towarzyszeniu seniorom w ich aktywnościach (Michalczuk i in., 2024). Wykonują oni takie zawody jak: andragog, animator rekreacji i organizacji czasu wolnego, arteterapeuta, animator kultury, asystent osobisty, dietetyk, instruktor amatorskiego ruchu artystycznego, instruktor fitness, instruktor rekreacji ruchowej, instruktor tańca, pilot wycieczek, pracownik biura podróży, przewodnik turystyczny, terapeuta zajęciowy i trener personalny. Oferta zajęć dla seniorów jest zróżnicowana, ale cieszy się różnym zainteresowaniem, co wiąże się z niedostrzeganiem przez nich potrzeby korzystania z niej. To powoduje ograniczony popyt na zawody, kwalifikacje i umiejętności związane z rekreacją i aktywnością grupy osób starszych. Warto zauważyć, że organizatorzy działań na rzecz aktywnych seniorów zapytani o preferowane przez nich przygotowanie pracowników, wymienili zawodowe kursy kwalifikacyjne i szkolenia. Dyplom ukończenia studiów wyższych jest mile widziany, ale studia nie dają kwalifikacji szczegółowych. Jako sposób na podniesienie poziomu kwalifikacji i umiejętności pracowników organizatorzy wskazywali na potrzebę szkoleń z zakresu pedagogiki (różne metody pracy, socjotechniki pracy z grupą i indywidualnej) i psychologii (np. podstawy psychologii w kontaktach czy w relacjach z osobami starszymi), kursów i warsztatów dających umiejętności łączenia i organizacji w grupie różnych osób o odmiennych statusach społecznych, finansowych i rodzinnych oraz szkoleń dotyczących diagnozowania potrzeb seniorów – na tej podstawie są później tworzone oferty pracy (Michalczuk i in., 2024).

Problem niedostatecznej oferty edukacyjnej w zawodach, kwalifikacjach i umiejętnościach związanych z usługami dotyczącymi rekreacji i aktywności osób starszych występuje w całej Polsce. Wydaje się, że dotyczy on także usług opiekuńczych przeznaczonych dla osób starszych wymagających wsparcia. Małe zainteresowanie ofertą edukacyjną dotyczącą pracy z seniorami sprawia, że na dany kierunek studiów czy na studia podyplomowe odbywa się co najwyżej jeden nabór (Michalczuk i in., 2024). Sytuację tę może zmienić umieszczanie przez uczelnie oferty studiów podyplomowych w Bazie Usług Rozwojowych, ponieważ na wybrane

z niej usługi osoby dorosłe mogą otrzymać dofinansowanie w wysokości 80%, a nawet 100% kosztów. Istotne dla rozwoju kształcenia na rzecz pracy z osobami starszymi są też: standaryzacja i zapewnianie jakości tego kształcenia, certyfikowanie w edukacji pozaformalnej, wdrożenie programów dofinansowujących zatrudnienie i podnoszenie kwalifikacji osób świadczących usługi oraz szeroka edukacja dotycząca starzenia się społeczeństwa, starości i różnych jej aspektów (Michalczuk i in., 2024).

## A7. Wyzwania w zakresie kształcenia kadr na potrzeby osób starszych wymagających wsparcia – opinie eksperckie

Ważną częścią niniejszego opracowania są opinie zebrane w ramach wywiadów eksperckich. Przeprowadzono je z przedstawicielami i przedstawicielkami środowiska medycznego i pomocy społecznej, łączącymi wieloletnie praktyczne doświadczenie z podejściem naukowym. Wywiadów udzieliły następujące osoby:

- dr n. med. Hanna Kujawska-Danecka (Gdański Uniwersytet Medyczny, wojewódzka konsultant w dziedzinie geriatrici);
- mgr Ewa Gryza (przewodnicząca Zespołu d/s Opieki Długoterminowej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, dyrektor Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Wielospecjalistycznej Przychodni w Obornikach Śląskich);
- mgr Ewa Mędek (przewodnicząca Komisji d/s Opieki Długoterminowej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku, zastępca kierownika ZOL w Prabutach, Powiślańska Akademia Nauk Stosowanych);
- mgr Agnieszka Chomiuk (dyrektorka Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku, Pomorski Zespół Ekspertów ds. Polityki Senioralnej);
- dr hab. Rafał Iwański (Uniwersytet Szczeciński, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne).

### Kadry medyczne

**dr n. med. Hanna Kujawska-Danecka** – *Gdański Uniwersytet Medyczny, wojewódzka konsultant w dziedzinie geriatrici*

W przypadku geriatrów myślę, że mamy w Polsce takie błędne koło. Nie ma geriatrów, w związku z tym trudno tworzyć nowe miejsca ich pracy, jak oddziały geriatriczne czy poradnie. Nie ma tych nowych miejsc, stare też nie funkcjonują w zbyt wielu szpitalach i to powoduje, że niektórzy młodzi lekarze, już na etapie robienia na przykład specjalizacji z interny albo medycyny rodzinnej, nie są chętni, żeby robić geriatricę z tego względu, że nie

do końca wiadomo, gdzie dalej pracować, jak się ten system będzie rozwijał. I tworzy się to błędne koło. Ja zrobiłam specjalizację dziesięć – dwanaście lat temu i mam poczucie, że niewiele się zmieniło. Na szczęście, w miejscu, gdzie pracuję, są możliwości rozwoju. Rozwój geriatry w naszym szpitalu był możliwy między innymi dzięki projektowi uczelnianemu finansowanemu z Unii Europejskiej, który był świetnym kołem zamachowym, żebyśmy się nauczyli pracy w zespole interdyscyplinarnym, tworzenia szerszej wizji opieki geriatrycznej, żeby stworzyć oddział dzienny.

W skali kraju nadal trudno jest geriatricę rozwijać. Bardzo mocno ciąży to, że nie mamy zasobów kadrowych, też innych zasobów, finansowych czy lokalowych, więc nowe miejsca nie są tworzone albo nie są rozwijane te, które istnieją. To powoduje obawę przed kończeniem geriatry, rozwijaniem się w tym kierunku. Brakuje jasnego planu, jeżeli chodzi o rozwój geriatry w Polsce, na poziomie strukturalnym i finansowym. Być może więcej osób byłoby zainteresowanych geriatricą, gdyby taki plan był. Jest co prawda ustawa prezydenta o Centrach 75+ dla seniorów, wydawało się, że to jest dobry pomysł, plan i struktura, powstanie centrów rozumianych jako poradnie, oddziały pobytu dziennego, stacjonarne i rehabilitacyjne. Byłoby świetne, gdyby to mogło się rozwinąć. Ale po pierwsze nie ma pieniędzy, a po drugie, nie ma kadr. I cały czas mam wrażenie kręcimy się w takim kółeczku. Poza tym też pokutuje wizja geriatry jako dziedziny, w której niewiele można zrobić, co rzeczywiście zniechęca. A im dłużej pracuję w geriatricy, widzę, jak dużo można pacjentowi zaproponować, że jest dużo więcej sprawczości. To mogłoby być zachęcające dla części młodszych lekarzy, ale ponieważ ogólny obraz i kojarzenie, nawet na poziomie kadr medycznych, jest takie, że geriatrica to tylko wspieranie, podtrzymywanie, to powoduje, że chętnych brakuje, i to nie tylko wśród lekarzy, ale też pielęgniarek.

Na pewno jest bardzo dobre to, że zajęcia z geriatricy są obowiązkowe w kształceniu przeddyplomowym lekarzy. U nas to jest łącznie trzydzieści godzin, wykłady i seminaria, oraz zajęcia praktyczne, które zajmują piętnaście godzin, więc sporo. Nie chodzi przecież o to, żeby wszyscy młodzi lekarze zostali geriatricami, zresztą według statystyk większość z nich nie myśli o geriatricy, ale o to, żeby im dać narzędzia i wiedzę, jak sobie ze starszym pacjentem radzić w swojej dziedzinie medycyny. Natomiast brakuje tego, by staż z geriatricy był też w programach specjalizacyjnych (kształceniu podyplomowym). Była ona w ramach specjalizacji z chorób wewnętrznych, to według mnie bardzo sensowne i potrzebne, ale z jakiegoś powodu z tego programu staż na geriatricy został wycofany. A szkoda, bo akurat interniści leczą starszych ludzi na oddziałach interny z powodu zapaleń płuc i wielu innych problemów. Myślę, że tak samo kardiologom by się to przydało, bo profil pacjentów

kardiologicznych bardzo się zmienił w związku z tak zwaną epidemią niewydolności serca, która jest efektem sukcesu kardiologii interwencyjnej.

Leczymy dobrze zawały i inne choroby układu krążenia, wydłuża to przeżycie i w związku z tym z czasem przybywa starszych osób między innymi z niewydolnością serca. Dlatego kardiologom kilka dni stażu z geriatry w trakcie specjalizacji by się przydało, żeby rozumieć, jak stary człowiek choruje i jak go leczyć, uwzględniając wiek, wielochorobowość, inne brane leki i to, że na przykład może ma zaburzenia funkcji poznawczych itp. Dlatego jestem wielkim zwolennikiem tego, żeby w ramach wielu specjalizacji chociaż na pięć – dziesięć dni lekarz musiał pojawić się na oddziale geriatrycznym, miał takie praktyczne szkolenie. Kardiolog, chirurg, onkolog i inni, bo coraz więcej starszych pacjentów będzie również w tych obszarach medycyny. Obecnie tylko w ramach specjalizacji z medycyny rodzinnej lekarze mają staż z geriatry, tylko oni mają taki wymóg.

Jeszcze trudniejsza sytuacja jest z liczbą pielęgniarek geriatrycznych. Z wszystkich poradni, które znam, i oddziałów geriatrycznych, miałam informację, że są fizjoterapeuci, psychologowie, sporo dietetyków, ale pielęgniarki ze specjalizacją geriatryczną nie ma. To jest ten członek zespołu opieki geriatrycznej, którego brakuje w sensie liczbowym. Nie wiem, na ile uda się to nadrobić w najbliższych latach. Innych zawodów jest całkiem sporo – psychologowie i dietetycy, fizjoterapeuci, geriatrów może jeszcze najmniej, ale w niektórych województwach, głównie na południu Polski, wcale nie ma tak mało geriatrów. Tam geriatryka się rozwijała przez wiele lat, to jest takie historycznie uwarunkowane. A na północy Polski to się później zaczęło rozwijać i wolniej, ale myślę, że w przypadku lekarzy geriatrów jest to bardziej możliwe do nadgonienia, niż w przypadku pielęgniarek geriatrycznych.

Jeżeli chodzi o geriatrykę w Polsce, to bym szła w stronę opieki ambulatoryjnej i oddziałów dziennych. To organizacyjnie i finansowo jest dużo korzystniejsze, no i oczywiście zdecydowanie korzystniejsze dla pacjenta, bo starszy pacjent lepiej, jak nie zostaje na noc poza domem sam, że wszech miar jest to lepsze, jeśli wraca do domu. A w ciągu jednego dnia można zrobić dobrą diagnostykę, przyjąć nawet osobę dwa – trzy razy, jeśli potrzeba i w przeciągu na przykład dwóch miesięcy mamy wykonanych bardzo dużo badań, jeżeli chory tego wymaga, i jesteśmy w stanie zebrać wyniki, omówić w zespole, z udziałem neurologa czy psychiatry, zależnie od tego, kto jest potrzebny. To jest kierunek, który oszczędza i pieniądze, i czas, i jest dobry dla pacjenta, bo pozwala uniknąć powikłań hospitalizacji. Dobrym pomysłem są oddziały dzienne psychogeriatryczne, nie tylko dla osób z otępieniem, ale też dla osób z depresją, dla których często kontakty społeczne

i wspólne spędzanie czasu z innymi są podstawowym lekiem na tę depresję. Oczywiście, jeżeli to jest bardziej nasilona depresja, to musimy pomóc farmakologią, ale uważam, że to jest kapitalna pomoc dla wielu osób starszych, które doświadczają samotności, izolacji.

Natomiast to, co jest trudne dla większości nas, geriatrów, to bezsilność w zakresie spraw socjalnych, które wpływają na efekty leczenia. Często jesteśmy bezradni, jeśli pacjent nie ma odpowiedniego wsparcia w miejscu zamieszkania. Nasze leczenie byłoby skuteczniejsze, gdybyśmy mieli pewność, że pacjent jest zaopiekowany, regularnie bierze leki, ćwiczy, że jest ktoś, kto z nim wyjdzie na spacer czy zmobilizuje do ćwiczeń. Geriatria jest dziedziną często prostych i tanich rozwiązań, dzięki którym, gdyby zadziałały, byłoby 50% więcej sukcesów. Oczywiście jest pomoc społeczna, ale jest to niewystarczające. Druga rzecz, to takie poczucie, że dużo traci się czasu na szarpanie się z systemem, i gdyby ktoś był, kto w tym wesprze, na przykład pracownik socjalny, koordynator opieki, ktoś, kto zna się na systemie i ma rolę przepisaną w systemie, to by mógł bardzo wiele zdziałać, zdejść z lekarzy sprawy niemedyczne i moglibyśmy się kolejnym pacjentem zająć.

## Kadry opiekuńcze

**mgr Ewa Gryza** – przewodnicząca Zespołu d/s Opieki Długoterminowej przy OIPiP we Wrocławiu, dyrektor ZOL i Wielospecjalistycznej Przychodni w Obornikach Śląskich

**mgr Ewa Mędrek** – przewodnicząca Komisji d/s Opieki Długoterminowej przy OIPiP w Gdańsku, zastępca kierownika ZOL w Prabutach, Powiślańska Akademia Nauk Stosowanych

Obecny system, choć ustandaryzowany, wciąż stoi przed wieloma kluczowymi wyzwaniami w kontekście opieki geriatrycznej i długoterminowej. Należy zwrócić uwagę na kilka kwestii, w tym dotyczących edukacji, przygotowania kadr, między innymi pielęgniarek. Po pierwsze dostrzegamy niewystarczający nacisk na gerontologię i specyfikę wieku starszego. Ze względu na zmiany demograficzne i starzejące się społeczeństwo, program nauczania powinien kłaść większy nacisk na specyfikę chorób geriatrycznych, na przykład na wielochorobowość, odmienny przebieg chorób, polipragmazję i wielkie zespoły geriatryczne, zespół kruchości i tak dalej, opiekę nad osobami z demencją, zespołami psychoorganicznymi czy depresją. Szczególną uwagę należy poświęcić technikom komunikacji i zarządzania trudnymi zachowaniami, uwzględniać psychospołeczne aspekty starości i umierania, opiekę paliatywną, wsparcie emocjonalne i pracę z rodziną. Kluczowe jest też indywidualne podejście do seniora i rozwój kompetencji miękkich, empatii, komunikacji, cierpliwości i umiejętności rozwiązywania konfliktów. Powinny być systemowo weryfikowane i rozwijane w trakcie

kształcenia. Naszym zdaniem zmian wymaga ciągle kształcenie podyplomowe (ang. *Continuing Medical Education*).

Brakuje powszechnego, obowiązkowego i łatwo dostępnego systemu doskonalenia zawodowego dla pracowników medycznych. Jest wiele kursów i szkoleń, które dotyczą na przykład opieki geriatrycznej, paliatywnej, [leczenia – przyp. red.] ran czy żywienia, ale ich ukończenie nie jest prawnie wymagane do utrzymania kwalifikacji. Obecnie kształcenie zawodów medycznych w Polsce stanowi solidną bazę, ale wymaga specjalistycznego wzmocnienia w obszarze gerontologii i opieki długoterminowej. Inwestycja w obowiązkowe, wysokiej jakości szkolenie podyplomowe i ścieżki specjalizacyjne jest niezbędna, aby sprostać wyzwaniom demograficznym i zapewnić godną i efektywną opiekę starzającemu się społeczeństwu. Jest to szczególnie ważne w przypadku osób, które zdobywały kwalifikacje zawodowe wcześniej, gdy w programach kształcenia nie były uwzględniane te treści. Musimy pamiętać o zakresie ocen doboru kadr i ich poziomie przygotowania zawodowego, czyli wykształceniu, kompetencjach praktycznych, umiejętnościach komunikacyjnych i znajomości potrzeb seniorów, jakości świadczonych usług opiekuńczych. Mówimy tu o standardach opieki, indywidualizacji wsparcia, dostępności i ciągłości usług czy relacji z podopiecznymi. To też potrzeby szkoleniowe i rozwojowe opiekunów, potrzeby w zakresie kształcenia ustawicznego, wsparcia psychologicznego i organizacyjnego. Celem takiej oceny ma być identyfikacja luk kompetencyjnych, poprawa jakości opieki, planowanie działań szkoleniowych i systemowych wspierających kadrę opiekuńczą.

Ta ocena dotyczy różnych obszarów świadczonych usług. Są tu opiekunowie, którzy sprawują bezpośrednią opiekę nad osobami starszymi lub niesamodzielnymi, najczęściej opiekunowie osób starszych, opiekunowie medyczni, pracownicy socjalni świadczący usługi opiekuńcze i osoby zatrudnione w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych, ZPO [zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych – przyp. red.] lub w środowisku domowym. Oceniane jest ich przygotowanie zawodowe, kompetencje praktyczne, dotyczące na przykład wykonywania czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, reagowania w sytuacjach kryzysowych, znajomości zasad diety i farmakoterapii, kompetencje miękkie, takie jak empatia, cierpliwość, komunikatywność, umiejętność pracy z osobami z zaburzeniami poznawczymi, postrzeganie jakości usług, czyli sposób budowania relacji z podopiecznym, poczucie bezpieczeństwa i komfortu osoby starszej, etyka zawodowa i potrzeby rozwojowe, chęć podnoszenia kwalifikacji, zapotrzebowanie na wsparcie psychologiczne i superwizję.

Druga grupa to asystenci i wspierający, pełniący rolę pośrednią między opiekunem a specjalistą, to na przykład asystenci osób starszych, osób z niepełnosprawnościami czy koordynatorzy usług opiekuńczych. Ich ocena obejmuje kompetencje organizacyjne, na przykład umiejętność planowania dnia podopiecznego, koordynowania wizyt lekarskich i terapii, współpracy z rodziną i personelem medycznym, kompetencje społeczne, czyli wspieranie aktywizacji społecznej seniorów, motywowanie do samodzielności, integracja środowiskowa, orientacja w strukturze pomocy społecznej, świadczeń zdrowotnych, wsparcia lokalnego i oczywiście potrzeby szkoleniowe, w tym na pewno wiedza z zakresu gerontologii społecznej, psychologii starzenia się, zarządzania stresem i komunikacji z osobą z demencją. Kolejna grupa to specjaliści, na przykład gerontolodzy, pielęgniarki i lekarze geriatryczni, terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci, psychologowie, dietetycy, pracownicy socjalni o specjalizacji w zakresie starości. W zakres ich oceny wchodzi kwalifikacje zawodowe, doświadczenie w pracy z osobami starszymi, znajomość najnowszych standardów i wytycznych opieki geriatrycznej, kompetencje diagnostyczno-terapeutyczne, kompetencje edukacyjne, kompetencje systemowe, znajomość i wdrażanie standardów opieki długoterminowej, ocena jakości usług i monitorowanie efektów opieki oraz potrzeby rozwojowe, na przykład dostęp do specjalistycznych szkoleń, badań naukowych, narzędzi oceny funkcjonalnej osób starszych i możliwości doskonalenia zawodowego.

Trzeba też powiedzieć o standardach jakości usług opiekuńczych, które mają zapewniać wysoki poziom opieki i zaspokojenia potrzeb osób starszych i przewlekle chorych. Główne standardy obejmują cztery grupy: bezpieczeństwa, organizacyjne, opieki medycznej i te dotyczące personelu. W tych ostatnich wskazane są kwalifikacje i kompetencje kadry. Zgodnie z nimi opiekunowie muszą mieć odpowiednie wykształcenie i doświadczenie zawodowe, żeby świadczyć usługi opiekuńcze na odpowiednim poziomie. Wymaga się też regularnego szkolenia personelu w zakresie nowych metod opieki i przepisów prawnych, doskonalenia zawodowego, regularnego uczestnictwa w kursach, szkoleniach i warsztatach, aktualizowania wiedzy i umiejętności. Chcemy też podkreślić kwestie etyki. Opiekunowie muszą kierować się nie tylko przepisami prawnymi, ale i zasadami etycznymi. O nich trzeba dużo mówić na każdym etapie kształcenia. Opiekunowie muszą stosować zasadę szacunku, traktować pacjenta jako pełnoprawnego człowieka, który ma swoje prawa i uczucia. Druga to odpowiedzialność za stan zdrowia i dobro pacjenta, co oznacza, że opiekunowie muszą być dobrze przygotowani do wykonywania obowiązków. I oczywiście zasada uczciwości wobec pacjenta i jego rodziny, informowanie o wszelkich zmianach w stanie zdrowia, trudnościach czy błędach w wykonywaniu obowiązków.

Na koniec warto zwrócić uwagę, że w związku ze starzejącym się społeczeństwem i wzrostem zapotrzebowania na usługi opiekuńcze, powstaje wiele ośrodków, które nie spełniają podstawowych niezbędnych kryteriów uwzględniających specyfikę pracy w tak trudnym sektorze. Bardzo często zatrudniane są osoby przypadkowe, bez jakiegokolwiek przygotowania merytorycznego. Jednocześnie brakuje narzędzi do kontroli świadczonych usług w sektorze prywatnym, niepodlegającym żadnym niezbędnym normom zapewniającym bezpieczeństwo podopiecznych. Brakuje też narzędzi do połączenia sektorów opieki medycznej i pomocy społecznej, które w ramach skoordynowanej opieki uzupełniałyby się i zapewniały adekwatny do potrzeb osób starszych zakres opieki.

## Kadry pomocy społecznej pracujące w środowisku

**mgr Agnieszka Chomiuk** – dyrektorka Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku, Pomorski Zespół Ekspertów ds. Polityki Senioralnej

Pracownicy pomocy społecznej, ja się mogę odwoływać do moich pracowników czy współpracowników, czyli prawie pięciuset osób zatrudnionych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Gdańsku, pod względem empatyzacji, sposobu rozmawiania, podejścia, są dobrze przygotowani, także do pracy z osobami starszymi. Natomiast brakuje wiedzy takiej bardziej specjalistycznej, związanej na przykład z chorobami otępiennymi, demencją. Bazujemy na poziomie wiedzy dość ogólnym. Dzisiaj odpowiedzialność za osoby, które są w środowiskach, jest mniej po stronie rodziny, bardziej po stronie państwa, społeczności. Być może kiedyś nie było potrzeby takiej wiedzy, ale dzisiaj ta wiedza po stronie kadr wszystkich służb tak zwanego oparcia społecznego powinna być wyższa. Staramy się to uzupełniać, natomiast w ścieżce edukacyjnej to powinno się pojawiać dużo wcześniej.

Jest jeszcze obszar związany z zaburzeniami. Coraz częściej spotykamy się z różnymi zaburzeniami wśród osób w podeszłym wieku i tu brakuje nam kompetencji, bo nie jesteśmy służbami ochrony zdrowia, tylko pomocy społecznej, a bardzo często musimy umieć rozpoznać i wiedzieć, jak działać w sytuacji zaburzeń psychicznych. Na przykład mam na biurku projekt programu wsparcia osób z syllogomanią, czyli z zaburzeniem zbieractwa, który tworzę na potrzeby naszej pracy miejskiej. Nie mamy w Polsce wystandardyzowanych narzędzi do pracy z tymi osobami, a już na pewno nie ma tego pomoc społeczna. Z tego badania wyszło, że 62% środowisk, które identyfikujemy, że są zagrożone tym zespołem, jest powiązanie z podeszłym wiekiem. A takich zaburzeń mamy więcej.

Nie mamy też kapitału pokoleniowego związanego z rodziną. Coraz częściej my jako służby publiczne musimy wchodzić, rozpoznawać i umieć postępować, więc to kolejny obszar, który wymaga bardziej specjalistycznej wiedzy. Nie jest związany tylko z osobami starszymi. Musimy mieć wiedzę, jak kierować rodziny albo gdzie kierować, jeżeli nie ma rodziny, jak rozmawiać, jak postępować, na co zwracać uwagę, w którym momencie interweniować zdrowotnie, czyli do którego momentu oceniać, że osoba jest bezpieczna w swoim środowisku i nie potrzeba interwencji medycznej.

To, czego nam brakuje, tylko to już w ramach polityki senioralnej miejskiej, a nie tylko pomocy społecznej, to różnorodnej oferty, w zależności od poziomu funkcjonowania, woli i chęci samej osoby w wieku senioralnym. To bardzo różnorodna grupa i na tę różnorodność my w swoich usługach nie jesteśmy gotowi. Mamy pewien standard, który wiąże się bardziej z niesamodzielnnością i z tym, że trzeba udzielić pomocy, niż z taką różnorodną ofertą, dostosowaną do rozwoju, możliwości i chęci. Zaprojektowanie innych, dodatkowych usług do katalogu, który jest, wymagałoby odpowiedniego przygotowania kadry. To byłby taki kolejny element, w którym widzę konieczność przygotowywania kadr.

Przede wszystkim są to pracownicy socjalni, mamy jeszcze asystentów rodzin, koordynatorów rodzinnych pieczy, ale oni pracują jako asystenci rodzin. Chociaż różnie bywa, jeśli chodzi o rodziny. Jeżeli struktura rodzinna jest taka, że są tam też seniorzy, to potrzebna jest wiedza. Największą grupą naszych spokrewnionych rodzin zastępczych są babcie, więc pracujemy tu na kompetencjach opiekuńczo-wychowawczych, bo głównym zainteresowanym jest dziecko, ale też trzeba mieć wiedzę na temat funkcjonowania osoby w wieku senioralnym. Tak samo psychologowie, którzy pracują interwencyjnie w ośrodku interwencji kryzysowej czy wydziale wsparcia psychologicznego i pracownicy, którzy pracują wsparciowo z centrami pracy socjalnej, z wydziałem pieczy zastępczej i wydziałem reintegracji osób w bezdomności. To też są pracownicy, którzy powinni mieć wiedzę dotyczącą osób starszych. Właściwie wszyscy, którzy pracują u nas dzisiaj z klientami.

Prowadzimy szkolenia dla pracowników, które są dedykowane seniorom, związane z chorobami otępiennymi, z przeciwdziałaniem przemocy wobec osób starszych, bo to jest zjawisko, które się pojawia. Wcześniej w procedurze Niebieskiej Karty głównie mieliśmy kobiety i dzieci, teraz to też są osoby starsze. Mamy szkolenia związane z bezpieczeństwem, zaufaniem czy naiwnością, która się pojawia z wiekiem, szkolenia o pracy z osobami, też starszymi, z różnymi zaburzeniami oraz superwizję dla pracowników.

Ważne są też narzędzia dla pracowników. Lubię pracować na danych i na narzędziach, bo praca na uznaniowości i intuicji, która jest w pomocy społecznej, jest ryzykowna.

Identyfikuję dwa ryzyka. Jedno polega na obciążeniu psychicznym, bo bardzo trudno jest decydować o czyimś życiu na podstawie swoich odczuć. I oczywiście na najlepszej wiedzy i kompetencji, a jednak możliwość posiłkowania się narzędziem diagnostycznym trochę zdejmuje tę odpowiedzialność z pracownika, w znaczeniu obciążenia psychicznego. Z drugiej strony trochę obiektywizuje sytuację. Jeżeli chodzi o osoby starsze, to pracując nad naszym planem deinstytucjonalizacji, miałam potrzebę, żeby zawierał elementy, które musi zawierać, ale też myślałam o tym, że bez narzędzi diagnostycznych, będzie bardzo trudno, bo znowu to pracownik będzie decydował, czy dana osoba może jeszcze być zabezpieczona w środowisku usługami społecznymi, czy już powinna być zabezpieczona w formach instytucjonalnych. Żeby to było bardziej zobiektywizowane, wypracowaliśmy narzędzie diagnostyczne możliwości wprowadzenia usług środowiskowych bez konieczności zabezpieczenia we wsparciu całodobowym, dostosowaliśmy je do różnych grup i jedną z nich są osoby starsze zagrożone umieszczeniem w DPS [domach pomocy społecznej – przyp. red.]. Nie boję się tego powiedzieć – zagrożone nie dlatego, że DPS jest zagrożeniem jako takim, bardziej chodzi o to, że to już jest ostateczne wsparcie w naszym ogniwie. Zdarzają się przypadki usamodzielnienia osób z DPS, bardziej związane z poprawą stanu zdrowia. Powstała więc skala pomiarowa. To narzędzie stworzyliśmy jako pomocne pracownikowi, żeby na tej podstawie łatwiej mu było podejmować decyzje.

## Kadry domów pomocy społecznej dla osób starszych

**dr hab. Rafał Iwański** – Uniwersytet Szczeciński, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne

Gdy mówimy o pracownikach domów pomocy społecznej, warto spojrzeć szerzej i cofnąć się do czasów wysokiego bezrobocia w latach dziewięćdziesiątych i dwutysięcznych. Wtedy domy pomocy społecznej były dosyć atrakcyjnymi miejscami pracy. Gdy weszła Ustawa o pomocy społecznej z 2004 roku, po części zaczął się proces standaryzacji i wówczas wielu pracowników DPS udawało się do szkół policealnych, żeby ukończyć kierunek Opiekun w domu pomocy społecznej lub Opiekun środowiskowy. Czasami były po dwie – trzy klasy w roczniku. Uczyłem na tym kierunku przez dziesięć lat. Wiele osób, które wcześniej nie posiadały kwalifikacji, oprócz tych praktycznych, uczyło się nowoczesnego, profesjonalnego podejścia do opieki. Później zostało to trochę wygaszone. Obecnie kryteria zatrudnienia w domu pomocy społecznej są takie, że w przypadku opiekunów nie jest wymagane wykształcenie kierunkowe, tylko średnie, a nawet podstawowe, bo zmieniło się rozporządzenie i można pracować w DPS nawet

z podstawowym wykształceniem. Zmieniło się też to, że pojawił się zawód opiekuna medycznego, który daje szersze uprawnienia i nauka trwa tylko półtora roku, a nie dwa lata, jak w przypadku opiekuna w domu pomocy społecznej. Jest to ważne szczególnie teraz, gdy weszła ustawa o wynagrodzeniach w świadczeniach zdrowotnych, opiekunom medycznym rozszerzono uprawnienia, mogą oni zarabiać więcej, są jakby specjalistami z wyższymi uprawnieniami, dlatego też dużo osób uczy się na tym kierunku.

W domach pomocy społecznej jest około pięćdziesięciu sześciu tysięcy pracowników. To opiekunowie, czyli ci bezpośrednio sprawujący opiekę i pokojowe, które pomagają, ich czasami już w DPS-ach jest za mało, a powinny być, bo wspomagają opiekunów. Są pielęgniarki, które mają swoje procedury, i opiekunowie medyczni, którzy je częściowo zastępują. Są rehabilitanci, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi i pracownicy socjalni. Pracownicy socjalni, pielęgniarki, terapeuci zajęciowi muszą mieć formalne wykształcenie. W przypadku terapeutów jest teraz zmiana w przepisach i osoby po kursach online tygodniowych nie będą mogły być terapeutami. Często wielu „terapeutów” nie miało żadnego przygotowania i to się przekładało na bardzo niską jakość terapii zajęciowej w DPS-ach, już nie mówiąc o terapii przyłóżkowej. Poza tym obserwujemy bardzo dynamiczny odpływ pielęgniarek z DPS-ów. Jest to istotne, bo zmienia się profil mieszkańców w przypadku DPS-ów dla osób przewlekle somatycznie chorych i starszych. Jest w nich coraz więcej osób nieopuszczających obrębu łóżka i coraz więcej osób z chorobami otępiennymi, w przypadku których opieka wygląda inaczej. Dlatego uważam, że trzeba pracowników cały czas szkolić. Pracownik nie jest dziełem skończonym. Szczególnie, gdy jest taka rotacja pracowników i gdy tak zmienia się profil mieszkańców. Należy szkolić, wyposażać pracowników w wiedzę, kompetencje i umiejętności, a także wprowadzać nowoczesne technologie w zakresie infrastruktury, procedur, opieki, podejścia godnościowego. Należy podnosić standardy na wielu płaszczyznach.

Jeśli chodzi o wykształcenie, w niektórych DPS-ach bardzo wielu opiekunów ma wykształcenie kierunkowe, i to jest bardzo dobra sytuacja. Ale są placówki, których pracownicy nie mają wykształcenia kierunkowego lub nie jest ono na takim poziomie, na jakim powinno być. Mamy do czynienia z pewną rozbieżnością pod tym względem. Jednak jeżeli wprowadzimy sztywne standardy, to w wielu miejscach pojawią się braki kadrowe, które uniemożliwią prowadzenie placówki. Oczywiście są wytyczne, w zależności od typu domu pomocy społecznej, co do liczby pracowników, opiekunów, pracowników działu opiekuńczo-terapeutycznego w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Tylko że kryteria zatrudnienia powinny uwzględniać to, jakie osoby przebywają w DPS. Jeżeli w placówce na stu mieszkańców trzydzieści to osoby leżące, opieka wygląda inaczej, niż jeżeli takich osób

jest dziesięć. Warto więc powiązać kryterium zatrudnienia ze specyfiką danej placówki, wydaje mi się, że powinniśmy zachować większą elastyczność pod tym względem.

Jeśli mówimy o przygotowaniu kadr DPS-ów, warto pamiętać, że np. dwadzieścia lat temu w tych placówkach osoby z chorobami otępiennymi to było około dziesięć – piętnaście procent mieszkańców, a teraz mamy całe piętra. Bywa tak, że na jednym piętrze są osoby leżące, a na drugim osoby w drugiej fazie choroby Alzheimera. W obecnej sytuacji muszą być kierunki rozwoju i szkolenia kadry, i to nie na papierze, ale faktycznie, tak, żeby podnosić standardy. Bo w standardzie opieki najwięcej zależy od opiekuna. I o tego opiekuna trzeba zadbać, wykształcić go. Często opiekunowie tego kształcenia nie chcą, bo są przekonani, że wszystko wiedzą. Ale ja, będąc w DPS-ach widzę potrzebę dużych zmian, potrzebę podnoszenia standardów. I nie chodzi o to, żeby robić przymusowe szkolenia, ale żeby na przykład specjaliści jeździli i szkolili w poszczególnych placówkach. Żebyśmy testowali różne rozwiązania z zakresu nowoczesnych standardów opieki. DPS-y powinny być nowoczesne, zapewniać bezpieczeństwo pracownikom i mieszkańcom, dobrze zaprojektowane i dobrze wyposażone.

Czyli główne wyzwania i zadania dla domów pomocy społecznej, to szkolenie kadr, profesjonalizacja, stabilne mechanizmy finansowania i ergonomia stanowisk pracy.

## Podsumowanie

W kontekście starzenia się społeczeństwa (w tym podwójnego starzenia się), rosnącej liczby osób starszych wymagających wsparcia, malejącego potencjału opiekuńczego rodziny i wdrażanej stopniowo deinstytucjonalizacji usług kwestia kształcenia kadr, które zapewnią seniorom wsparcie adekwatne do ich potrzeb, jest niezwykle istotna i pilna.

Organizatorzy różnych form kształcenia w ramach edukacji formalnej i pozaformalnej dostrzegają coraz bardziej potrzebę prowadzenia tzw. edukacji dla starości. Osoby zainteresowane uzyskaniem lub rozwijaniem wiedzy i umiejętności w zakresie pracy z ludźmi starszymi znajdują oferty na różnych poziomach kształcenia. Jest jednak wiele studiów podyplomowych, szkoleń czy kursów, które nie mają swoich odbiorców lub jest ich za mało, by uruchomić zajęcia. Rosnąca liczba osób starszych otwiera nowe możliwości w zakresie kształcenia kadr. Dotyczy to zawodów już istniejących, w ramach których mogą występować specjalizacje stworzone z myślą o potrzebach tych osób. Dotyczy również tych, które funkcjonują jeszcze wciąż raczej w dyskursie naukowym lub projektach polityki senioralnej, jak np. geragog, gerontologopeda, doradca ds. planowania emerytalnego, specjalista ds. komunikacji i promocji usług dla osób starszych czy koordynator opieki geriatrycznej. Wsparcie te działania musi edukacja społeczna dotycząca starzenia się i starości, ukazywanie możliwości rozwoju w tych kierunkach, co z kolei jest związane z organizacją i finansowaniem usług na rzecz osób starszych.

Istotną kwestią jest jakość oferowanych usług edukacyjnych, szczególnie w obszarze pozaformalnym w zakresie szkoleń i kursów. Ich tematyka jest zbliżona, ważne są różnice dotyczące formy zajęć oraz weryfikacji uzyskanej wiedzy i umiejętności, ponieważ w każdym przypadku są one potwierdzane takim samym zaświadczeniem, niezależnie od tego, czy jest to szkolenie stacjonarne (lub online w czasie rzeczywistym z kontaktem z prowadzącym) z częścią praktyczną, czy kurs e-learningowy. Uzyskana wiedza jest różnie weryfikowana; do tego celu może służyć zarówno egzamin przeprowadzany w czasie rzeczywistym, jak i wypełnienie testu online, nawet wielokrotnie, aż do skutku. Zaletą szkoleń i kursów w formie online jest możliwość skorzystania z nich przez większą liczbę osób, także przez te, które nie mogą uczestniczyć w zajęciach stacjonarnych. Dlatego wydaje się, że ważnym zadaniem jest wprowadzenie standardów kształcenia, które dadzą uczestnikom gwarancję uzyskania „produktu” dobrej jakości, a w konsekwencji zapewnią również dobrą jakość sprawowanej opieki. Warto, by wiązało się to także z wprowadzeniem zapisów na zaświadczeniu o ukończeniu kursu w postaci zależnej od formy szkolenia i zaliczenia.

Osoby, które już dziś dostrzegają potrzebę kształcenia się i przygotowania do pracy z seniorami, mają możliwość znalezienia oferty edukacyjnej na każdym poziomie kształcenia. Tematyka ta poruszana jest na studiach podyplomowych, w ramach kształcenia branżowego i policealnego, na szkoleniach, kursach online i stacjonarnych. Jednak nie zawsze zapisanie się na któreś z tych zajęć będzie oznaczało uczestnictwo (zajęcia mogą się nie rozpocząć, jeśli nie zbierze się odpowiednio liczna grupa chętnych), stacjonarne zajęcia mogą nie być dostępne w bliskiej lokalizacji, jakość szkolenia może nie być zadowalająca. W obszarze edukacji dla starości jest wiele do zrobienia, ale niewątpliwie będzie się on rozwijał. Jakość, zakres tematyczny czy dostępność usług edukacyjnych powinny być z czasem coraz lepsze i lepiej dostosowane do potrzeb odbiorców, w tym kadr profesjonalnie wspierających osoby starsze. Wydaje się, że jest to kierunek nieunikniony i niezbędny.

## Bibliografia

- Abramowska-Kmon, A., Szweda-Lewandowska, Z. (2022). Model opieki nad osobami starszymi i luka opiekuńcza w Polsce. W: I. Wóycicka (red.), *W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce* (s. 37–48). Fundacja im. Stefana Batorego.
- Bakalarczyk, R., Wiśniewski, P. (2024). *Polityka zdrowotna wobec seniorów 2015–2023*. SeniorHub. Instytut Polityki Senioralnej.
- Bień, B., Błędowski, P., Broczek, K., Derejczyk, J., Grodzicki, T., Kędziora-Kornatowska, K., Kokoszka-Paszko, J., Przygucka-Gawlik, M., Klich-Rączka, A., Kostka, T., Machaj, Z., Szczerbińska, K., Wieczorowska-Tobis, K., Żak, M. (2013). Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. *Gerontologia Polska*, 21, Article 2.  
[https://journals.viamedica.pl/gerontologia\\_polska/article/view/36542/26300](https://journals.viamedica.pl/gerontologia_polska/article/view/36542/26300)
- Błędowski, P. (2021). Potrzeby opiekuńcze. W: P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.), *PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem* (s. 913–929). Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (2017). *Program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek*. [Kurs kwalifikacyjny piel. geriatryczne](#)
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (2021). *Program specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii*. <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2021/06/PROGRAM-SPECJALIZACJI-W-DZIEDZINIE-FIZJOTERAPII-2021.pdf>
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (2023). *Program specjalizacji w dziedzinie geriatryki dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie neurologii*. <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2023/02/0744-program-3-1.pdf>
- Chabior, A., Leszczyńska-Rejchert, A., Szarota, Z. (2021). Uniwersyteckie kształcenie gerontologiczne na kierunku pedagogika. *Exlibris. Biblioteka Gerontologii Społecznej* 20(1), (9–24). Wydawnictwo Naukowe Akademii WSB.
- Grabowska, K., Kuźma, Z., Polańska, J., Abramowicz, J., Kozera J. (2022). *Branżowy Bilans Kapitału Ludzkiego. Branża opieka zdrowotna i pomoc społeczna. Raport z I edycji badań*. PARP.  
[https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/PARP-11-WCAG\\_01022024.pdf](https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/PARP-11-WCAG_01022024.pdf)

GUS (2024). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 r.* Główny Urząd Statystyczny. Urząd Statystyczny w Białymstoku. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2023-roku,2,6.html>

*Informacja zawodoznawcza do pracy z młodzieżą szkół ponadpodstawowych i dorosłymi: Asystent osoby niepełnosprawnej (341201).* ZPE. Pobrano 29.01.2026 z: <https://zpe.gov.pl/a/informator-o-zawodzie/DZzsz7oEI>

*Informacja zawodoznawcza do pracy z młodzieżą szkół ponadpodstawowych i dorosłymi: Opiekun medyczny (5321029).* ZPE. Pobrano 29.01.2026 z: <https://zpe.gov.pl/a/informator-o-zawodzie/D8BQeeYnD>

*Informacja zawodoznawcza do pracy z młodzieżą szkół ponadpodstawowych i dorosłymi: Opiekun w domu pomocy społecznej (341203).* ZPE. Pobrano 29.01.2026 z: <https://zpe.gov.pl/a/informator-o-zawodzie/D17M1Ai49>

*Informacja zawodoznawcza do pracy z młodzieżą szkół ponadpodstawowych i dorosłymi: Opiekunka środowiskowa (341204).* ZPE. Pobrano 29.01.2026 z: <https://zpe.gov.pl/a/informator-o-zawodzie/D3uQTS7yo>

*Informacja zawodoznawcza do pracy z młodzieżą szkół ponadpodstawowych i dorosłymi: Terapeuta zajęciowy (325907).* ZPE. Pobrano 29.01.2026 z: <https://zpe.gov.pl/a/informator-o-zawodzie/DIBSAMMzh>

Instytut Badań Edukacyjnych (2024). *Raport ogólnopolski z monitoringu karier absolwentów szkół ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych z roku 2022.* IBE. Pobrano 29.01.2026 z: <https://www.gov.pl/web/edukacja/monitoring-karier-absolwentow-publicznych-i-niepublicznych-szkol-ponadpodstawowych-edycja-2424>

Michalczuk, G., Ertman, A., Wiśniewska-Kuźma, M., Wierzbicka, A. (2024). *Analiza potrzeb i perspektyw w obszarze zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z rekreacją i aktywnością osób starszych w województwie podlaskim.* Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.

Minister ds. Polityki Senioralnej (2024). *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.* MPiPS. <https://das.mpips.gov.pl/source/2024/Informacja%20o%20sytuacji%20osob%20starszych%20w%20Polsce%20za%202023%20r..pdf>

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej (2022). *Strategia Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna na lata 2021–2030 (z perspektywą do 2035 r.) – projekt z dnia 31 maja 2022 r.* MRiPS. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20220000767/O/M20220767.pdf>

Obwieszczenie Ministra Edukacji z dnia 19 marca 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie ogólnych celów i zadań kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego (Dz.U. 2024 poz. 611).

Obwieszczenie Ministra Edukacji z dnia 27 stycznia 2025 r. w sprawie prognozy zapotrzebowania na pracowników w zawodach szkolnictwa branżowego na krajowym i wojewódzkim rynku pracy (M.P. 2025 poz. 106).

Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 6 października 2023 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz.U. 2023 poz. 2175).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 2019 r. w sprawie ogólnych celów i zadań kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego (Dz.U. 2019 poz. 316).

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 kwietnia 2012 r. w sprawie specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny (Dz.U. 2012 poz. 486).

Szukalski, P. (2021) Podwójne starzenie się ludności – od kiedy zaczyna się późna starość? W: B. Urbaniak, M. Chałas, P. Szukalski, R. Zimny, R. Błaszczak, M. Zadworna (red.), *Trwałość i zmienność procesów starzenia się i starości* (s. 41–62). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Uchwała nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą *Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)* (M.P. 2022 poz. 767).

Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność* (M.P. 2018 poz. 1169).

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 r. nr 64 poz. 593).

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz.U. 2023 poz. 1831).

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. 2023 poz. 1972).

## Strony internetowe

<https://www.cmkp.edu.pl/>

[opieka-senioralna.pl/aktualnosci/nowy-system-szkolen-dla-opiekunow-osob-starszych-kluczowy-krok-w-polityce-senioralnej-168.html](https://opieka-senioralna.pl/aktualnosci/nowy-system-szkolen-dla-opiekunow-osob-starszych-kluczowy-krok-w-polityce-senioralnej-168.html)

<https://opiekunmedyczny.org/obowiazek-ustawicznego-rozwoju-zawodowego-zasady>

[rspo.gov.pl](https://rspo.gov.pl)

[swiadczenie-wspierajace.pl/asystent-osobisty-dla-osob-z-niepelnosprawnoscia-%E2%80%93-kto-skorzysta-z-nowego-prawa-i-dlaczego-kluczowe-beda-punkty-potrzeby-wsparcia](https://swiadczenie-wspierajace.pl/asystent-osobisty-dla-osob-z-niepelnosprawnoscia-%E2%80%93-kto-skorzysta-z-nowego-prawa-i-dlaczego-kluczowe-beda-punkty-potrzeby-wsparcia)

<https://uslugirozwojowe.parp.gov.pl/>

[zpe.gov.pl](https://zpe.gov.pl)

[zpe.gov.pl/a/drogi-do-zawodu/DSd28GNAw](https://zpe.gov.pl/a/drogi-do-zawodu/DSd28GNAw)