
POTRZEBY EDUKACYJNE I SZKOLENIOWE PRACOWNIKÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W WOJEWÓDZTWIE PODLASKIM



BIAŁYSTOK 2026

POTRZEBY EDUKACYJNE I SZKOLENIOWE
PRACOWNIKÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ
W WOJEWÓDZTWIE PODLASKIM

Autorzy:

dr hab. Grażyna Michalczuk, prof. UwB
dr Agnieszka Ertman
dr inż. Tomasz Poskrobko
dr Anna Wierzbicka

Koordynator projektu ze strony Uniwersytetu w Białymstoku:

dr Agnieszka Ertman

Lider projektu:

Województwo Podlaskie

Redakcja naukowa:

dr hab. Grażyna Michalczuk, prof. UwB (Uniwersytet w Białymstoku)

Recenzent:

dr hab. Małgorzata Sidor-Rządkowska, prof. PW (Politechnika Warszawska)

Redakcja i korekta językowa:

Krzysztof Rutkowski

Skład techniczny i projekt okładki:

Tomasz Poskrobko

Wydawca:

Uniwersytet w Białymstoku
Publikacja w formie elektronicznej

ISBN: 978-83-7431-864-8

Publikacja przygotowana w ramach projektu „Zbudowanie systemu koordynacji i monitorowania regionalnych działań na rzecz kształcenia zawodowego, szkolnictwa wyższego oraz uczenia się przez całe życie, w tym uczenia się dorosłych” współfinansowanego ze środków Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, inwestycja A.3.1.1. Wsparcie rozwoju nowoczesnego kształcenia zawodowego, szkolnictwa wyższego oraz uczenia się przez całe życie

Publikacja bezpłatna

Spis treści

Wprowadzenie	6
1. Metodyka badania	9
1.1. Metody, techniki narzędzia badawcze	9
1.2. Opis procesu badawczego	11
2. Konceptualizacja zagadnienia opieki długoterminowej.....	16
2.1. Pojęcie opieki długoterminowej	16
2.2. Charakterystyka usług opieki długoterminowej realizowanych w systemie opieki zdrowotnej	24
2.3. Charakterystyka usług opieki długoterminowej realizowanej poza systemem opieki zdrowotnej.....	28
3. Zawody i kompetencje związane ze świadczeniem opieki długoterminowej.....	33
3.1. Zawody medyczne związane ze świadczeniem opieki długoterminowej.....	33
3.2. Zawody niemedyczne związane ze świadczeniem opieki długoterminowej	40
4. Oferta edukacyjna i szkoleniowa z zakresu rozwoju kompetencji do świadczenia opieki długoterminowej w województwie podlaskim	46
4.1. Kształcenie w systemie szkolnictwa wyższego w województwie podlaskim	46
4.2. Kształcenie w systemie oświaty w województwie podlaskim.....	51
4.3. Kształcenie w ramach edukacji pozaformalnej w województwie podlaskim	56
5. Zapotrzebowanie pracowników opieki długoterminowej na usługi edukacyjne i szkoleniowe w województwie podlaskim – wyniki badań jakościowych.....	67
5.1. Ocena przygotowania edukacyjnego do pracy w opiece długoterminowej – perspektywa pracowników.....	67
5.2. Doświadczenia pracowników opieki długoterminowej w zakresie uczestnictwa w szkoleniach podnoszących ich kompetencje	72
5.3. Oczekiwania w zakresie szkoleń podnoszących kompetencje pracowników opieki długoterminowej	77
5.4. Bariery i motywatory uczestniczenia pracowników opieki długoterminowej w kursach i szkoleniach podnoszących kompetencje	85
6. Wnioski	92
6.1. Stan i poziom dopasowania edukacji formalnej (szkoły policealne i szkoły wyższe) w województwie podlaskim do potrzeb opieki długoterminowej	92
6.2. Potrzeby szkoleniowe pracowników opieki długoterminowej w zakresie kompetencji twardych (wiedzy i umiejętności zawodowych) oraz kompetencji miękkich.....	93
6.3. Bariery w dostępie do szkoleń dla pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim.....	95
6.4. Potrzeba przygotowania edukacyjnego opiekunów nieformalnych świadczących opiekę długoterminową w warunkach domowych	97

7.	Rekomendacje	99
7.1.	Rekomendacje w świetle badania FGI	99
7.2.	Dostosowanie edukacji formalnej do potrzeb opieki długoterminowej	105
7.3.	Dostosowanie oferty szkoleniowej w edukacji pozaformalnej do potrzeb pracowników opieki długoterminowej	108
7.4.	Zwiększenie dostępu do szkoleń pracownikom opieki długoterminowej	112
7.5.	Wzmocnienie edukacji opiekunów nieformalnych w warunkach domowych.....	117
8.	Spisy	120
8.1.	Bibliografia	120
8.2.	Akty prawne.....	123
8.3.	Pozostała netografia	124
8.4.	Spis tabel	126
8.5.	Spis rysunków	126

Wprowadzenie

Szybkie starzenie się społeczeństwa, wolniejsze wydłużanie się życia w zdrowiu w stosunku do przeciętnego trwania życia, wzrost wskaźnika niepełnosprawności, a w efekcie rosnąca liczba osób niesamodzielnych powodują, że zapotrzebowanie na opiekę długoterminową w województwie podlaskim, podobnie jak w innych województwach, jest coraz większe. Skutkuje to potrzebą wprowadzenia skutecznych rozwiązań w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi.

Opieka długoterminowa obejmuje różnorodne formy wsparcia udzielanego osobom, których niesamodzielność w życiu codziennym wynika z wieku, niepełnosprawności, przewlekłych chorób – realizowane w sposób formalny oraz nieformalny.

Opieka formalna funkcjonuje w rozbiciu na dwa sektory: ochrony zdrowia (świadczenia medyczne) i pomocy społecznej (świadczenia socjalne). W systemie opieki zdrowotnej opieka długoterminowa ukierunkowana jest na funkcje medyczne i rehabilitacyjne, natomiast w systemie pomocy społecznej – na funkcje opiekuńcze, rehabilitacyjne i integracyjne.

Opieka nieformalna świadczona jest w środowisku rodzinnym i stanowi podstawowe źródło wsparcia dla osób niesamodzielnych¹. Wskazuje się, że w Polsce w około 80% opieka długoterminowa świadczona jest w sposób nieformalny, natomiast pozostałe 20% to opieka formalna². Obserwuje się jednak, że zwiększające się potrzeby opiekuńcze osób niesamodzielnych oraz ograniczone możliwości świadczenia opieki przez rodzinę powodują wzrost znaczenia wsparcia instytucjonalnego³. Stanowi to poważne wyzwanie w zakresie opieki długoterminowej, bowiem oznacza konieczność integracji systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej, rozbudowy i finansowania systemu opieki, pomiaru jakości w celu zapewnienia usług opiekuńczych na odpowiednim poziomie oraz zwiększenia liczby pracowników opieki długoterminowej⁴.

Opieka długoterminowa jest usługą wymagającą intensywnego zaangażowania zasobów ludzkich, co wymaga odpowiedniej liczby dobrze wyszkolonych osób. Dlatego też jednym z istotnych obszarów tej opieki jest poziom i jakość obsługującej ją kadry, która tworzy potencjał opiekuńczy.

Zgodnie z wynikami jedenastej edycji badania Barometru Zawodów dla województwa podlaskiego wskazuje się wzrost zapotrzebowania na zawody medyczno-opiekuńcze (między innymi na lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów i masażyistów, logopedów,

¹ Zofia Szweda-Lewandowska, Logika systemu opieki nad osobami starszymi, „Polityka Społeczna” 2013, nr 10, s. 1–4.

² Bank Światowy, Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce, czerwiec 2024.

³ Piotr Błędowski i inni, Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce, Warszawa 2012.

⁴ Mareike Ariaans i inni, Worlds of Long-Term Care: A Typology of OECD Countries, „Health Policy” 2021, nr 125(5), s. 609–617, DOI: [10.1016/j.healthpol.2021.02.009](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.009); Sheryl Zimmerman i inni, The Inevitability of Reimagining Long-Term Care, „Journal of the American Medical Directors Association” 2022, nr 23(2), s.187–189, DOI: [10.1016/j.jamda.2021.12.032](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.032).

psychologów, terapeutów, opiekunów osoby starszej lub z niepełnosprawnością)⁵. Ponadto prognozy dotyczące przyszłego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze wskazują, że świadczenie opieki długoterminowej będzie wymagać nie tylko zwiększenia zasobów kadrowych, ale też poszerzenia i dostosowania do zmieniających się warunków kompetencji jej pracowników⁶.

Osoby świadczące usługi opieki długoterminowej powinny być wyposażone w odpowiednią wiedzę oraz w kompetencje miękkie. Zważywszy na dwoisty charakter systemu, w którym część usług jest świadczona przez system opieki zdrowotnej, a część pochodzi z systemu pomocy społecznej, należy zauważyć, że brakuje wspólnych standardów zawodowych i zasad zatrudnienia, które obowiązywałyby w obu sektorach. W opiece zdrowotnej istnieją ściśle określone wymagania co do kwalifikacji zatrudnionych w niej osób. O ile w systemie opieki społecznej – na przykład w przypadku osób zajmujących się opieką długoterminową w domach pomocy społecznej (DPS) – zasady zatrudnienia są uregulowane, o tyle w innych placówkach pomocowych nie obowiązują jednolite wymagania kadrowe⁷.

Stanowi to istotny problem, gdyż kompetencje osób świadczących usługi opieki długoterminowej muszą być wielowymiarowe – łączące w sobie zarówno wiedzę medyczną, jak i umiejętności psychospołeczne. Obejmują one zajmowanie się codziennymi potrzebami osób objętych opieką długoterminową (między innymi higieną osobistą, żywieniem, podawaniem leków), jak też wsparcie w zachowaniu przez nie jak największej samodzielności. Ponadto osoby świadczące usługi opieki długoterminowej jest często pierwszym obserwatorem zmian w stanie zdrowia podopiecznych. Dlatego powinny one być wyposażone nie tylko w wiedzę i umiejętności zawodowe, ale też w szereg kompetencji miękkich, między innymi w łatwość komunikowania się, dostosowywania się do warunków, w jakich przebywa osoba niesamodzielna, elastyczność w działaniu, kreatywność.

Stałe podnoszenie kwalifikacji rozwój zawodowy w opiece długoterminowej pozwala kadrze na aktualizowanie wiedzy i umiejętności, co jest niezbędne w dynamicznie zmieniającym się środowisku opieki zdrowotnej i społecznej. Stanowi to istotne wyznaczniki dla rynku edukacji. Dotyczy zarówno edukacji formalnej, realizowanej w ramach szkolnictwa wyższego oraz systemu oświaty, jak też kształcenia pozaformalnego (certyfikowane kursy i szkolenia), niezbędnego do zapewnienia wysokiej jakości opieki.

Celem głównym podjętej analizy jest określenie (w ujęciu jakościowym) potrzeb edukacyjnych i szkoleniowych w zakresie poszerzenia kompetencji (twardych i miękkich) do świadczenia usług w opiece długoterminowej w województwie podlaskim.

⁵ Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, [Barometr Zawodów 2026. Raport podsumowujący badanie w województwie podlaskim](#), Kraków 2025 (dostęp: 7.01.2026).

⁶ Bank Światowy, *Przegląd strategiczny...*, s. 97.

⁷ Tamże, s. 26.

W ramach tak zdefiniowanego celu głównego wyodrębniono również cele szczegółowe:

- Konceptualizacja zagadnienia opieki długoterminowej.
- Identyfikacja zawodów i kompetencji związanych ze świadczeniem opieki długoterminowej.
- Diagnoza oferty edukacyjnej i szkoleniowej w województwie podlaskim z zakresu rozwoju kompetencji do świadczenia opieki długoterminowej.
- Analiza potrzeb pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim na usługi edukacyjne i szkoleniowe rozwijające kompetencje do świadczenia opieki długoterminowej.
- Opracowanie rekomendacji w zakresie poprawy oferty edukacyjnej i szkoleniowej, skierowanych do pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim.

Badaniami objęto obszar województwa podlaskiego, z uwzględnieniem trzech jego podregionów: białostockiego, suwalskiego i łomżyńskiego.

1. Metodyka badania

1.1. Metody, techniki narzędzia badawcze

Analizę potrzeb edukacyjnych i szkoleniowych pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim przeprowadzono z wykorzystaniem zarówno źródeł wtórnych, jak też stosując jakościowe metody badawcze. W procesie badawczym zastosowano triangulację metodologiczną, będącą połączeniem w badaniu różnych metod jakościowych, co jest zasadne w opracowywaniu złożonych i wieloaspektowych zagadnień, jakimi są potrzeby edukacyjne i szkoleniowe pracowników opieki długoterminowej. Zbieranie informacji różnymi technikami badawczymi sprzyja ponadto poprawieniu rzetelności badań, trafności wnioskowania i weryfikacji już zebranych danych. Informacje pozyskane różnymi sposobami pozwalają na spojrzenie na dane zjawisko z wielu punktów widzenia⁸. Na potrzeby procesu badawczego wykorzystano trzy metody jakościowe (tabela 1).

Tabela 1. Zastosowane metody i techniki badawcze w analizie potrzeb edukacyjnych i szkoleniowych pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim

Metody badawcze	Techniki badawcze
analiza danych zastanych (<i>desk research</i>)	analiza treści obserwacja
indywidualne wywiady pogłębione (<i>individual in-depth interview, IDI, TDI</i>)	wywiad częściowo ustrukturyzowany
zogniskowany wywiad grupowy (<i>focused group interview, FGI</i>)	dyskusja moderowana

Źródło: opracowanie własne.

Pierwszą zastosowaną metodą jakościową była analiza *desk research*, czyli analiza danych zastanych (wtórnych). Dane te są pomocne w uzyskaniu szeroko zakrojonego kontekstu wiedzy na dany temat, gromadzi się je pod kątem konkretnego tematu badań⁹. Zbierane w ramach analizy *desk research* informacje i dane dotyczyły między innymi:

- sposobów definiowania opieki długoterminowej w ustawodawstwie polskim przez międzynarodowe organizacje, badaczy zajmujących się problematyką opieki długoterminowej;
- charakterystyki sposobów świadczenia opieki długoterminowej, w tym świadczących ją podmiotów i zawodów;
- charakterystyki zawodów świadczących usługi opieki długoterminowej;
- przedstawienia oferty edukacyjnej i szkoleniowej dotyczącej opieki długoterminowej w województwie podlaskim.

⁸ Agata Stolecka-Makowska, Triangulacja jako koncepcja pozyskania wiedzy o zachowaniach nabywczych konsumentów, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2016, nr 261, s. 51.

⁹ Zofia Bednarowska, *Desk research* – wykorzystanie potencjału danych zastanych w prowadzeniu badań marketingowych i społecznych, „Marketing i Rynek” 2015, nr 7, s. 9.

Analizę *desk research* oparto na książkach, czasopiśmie, stronach internetowych, bazach danych, raportach i innych opublikowanych materiałach.

Drugą zastosowaną metodą były indywidualne wywiady pogłębione, które polegają na przeprowadzeniu bezpośredniej rozmowy z respondentem w celu uzyskania konkretnych informacji i są realizowane z wykorzystaniem określonego schematu (scenariusza wywiadu). Wywiady przeprowadzono w formule spotkań bezpośrednich (IDI) bądź rozmów telefonicznych (TDI). Narzędziem badawczym do gromadzenia danych podczas procesu badawczego w ramach IDI/TDI był częściowo ustrukturyzowany scenariusz wywiadu, co oznacza, że były one oparte na wcześniej przygotowanych merytorycznych pytaniach zawartych w scenariuszu, przy czym moderator miał możliwość ich elastycznego modyfikowania lub dodawania nowych pytań w zależności od odpowiedzi uzyskiwanych podczas rozmowy. Scenariusz składał się z następujących części:

- 1) wprowadzenie – przedstawienie przez moderatora kontekstu realizowanego projektu, celu i obszaru analizy;
- 2) blok otwierający – zgromadzenie danych na temat osoby udzielającej wywiadu, reprezentowanej instytucji, stażu pracy i wykonywanego zawodu w opiece długoterminowej;
- 3) cztery bloki merytoryczne, dotyczące odpowiednio:
 - przygotowania (edukacji formalnej) do wykonywania zawodu,
 - doświadczenia w zakresie kursów i szkoleń,
 - oczekiwań w zakresie szkoleń i kursów,
 - barier w dostępie do szkoleń i rozwoju zawodowego.

Pytania zawarte w wyżej wymienionych czterech blokach były przygotowane pod kątem zgromadzenia informacji niezbędnych do realizacji założonych celów analizy. Pytania ułożono zgodnie z metodą dedukcji, czyli od ogółu do szczegółu. Częściowo ustrukturyzowana forma scenariusza wywiadu pozwalała moderatorowi na bieżąco modyfikować pytania, szczególnie w kontekście przykładów odbytych i oczekiwanych szkoleń, a także barier w dostępie do nich. Pozwoliło to określić niestandardowe potrzeby poszczególnych grup zawodowych wykonujących opiekę długoterminową i sformułować rekomendacje w kierunku szkoleń „pod oczekiwania” zamiast kursów ogólnych i mało użytecznych. Scenariusz wywiadu zamieszczono w załączniku na końcu opracowania.

Trzecią wykorzystaną metodą jakościową był zogniskowany wywiad grupowy (FGI) mający w przypadku niniejszej analizy postać dyskusji prowadzonej przez moderatora w grupie specjalnie dobranych osób. Celem tego etapu badawczego była pogłębiona analiza proponowanych rekomendacji, dotyczących potrzeb edukacyjnych i szkoleniowych pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim. Dyskusję poprowadzono według scenariusza wywiadu grupowego, stanowiącego załącznik na końcu opracowania.

Wybór metod badawczych był podporządkowany osiągnięciu założonych celów badania. Zawiera je tabela 2.

Tabela 2. Cele badawcze i zastosowane metody do ich realizacji

Cel	Zastosowana metoda badawcza
Konceptualizacja zagadnienia opieki długoterminowej.	desk research
Identyfikacja zawodów i kompetencji związanych ze świadczeniem opieki długoterminowej.	desk research
Diagnoza oferty edukacyjnej i szkoleniowej w województwie podlaskim z zakresu rozwoju kompetencji do świadczenia opieki długoterminowej.	desk research
Analiza potrzeb pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim na usługi edukacyjne i szkoleniowe rozwijające kompetencje do świadczenia opieki długoterminowej.	IDI/TDI
Opracowanie rekomendacji w zakresie poprawy oferty edukacyjnej i szkoleniowej dla pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim.	desk research, IDI, FGI

Źródło: opracowanie własne.

Reasumując, zrealizowana analiza składała się z badań wtórnych opartych na analizie *desk research* oraz badań pierwotnych o charakterze jakościowym. Do badań pierwotnych zastosowano technikę wywiadu pogłębionego bezpośredniego i telefonicznego (ITI/TDI) oraz dyskusję moderowaną (FGI). Przyjęcie wymienionych metod badawczych pozwoliło na:

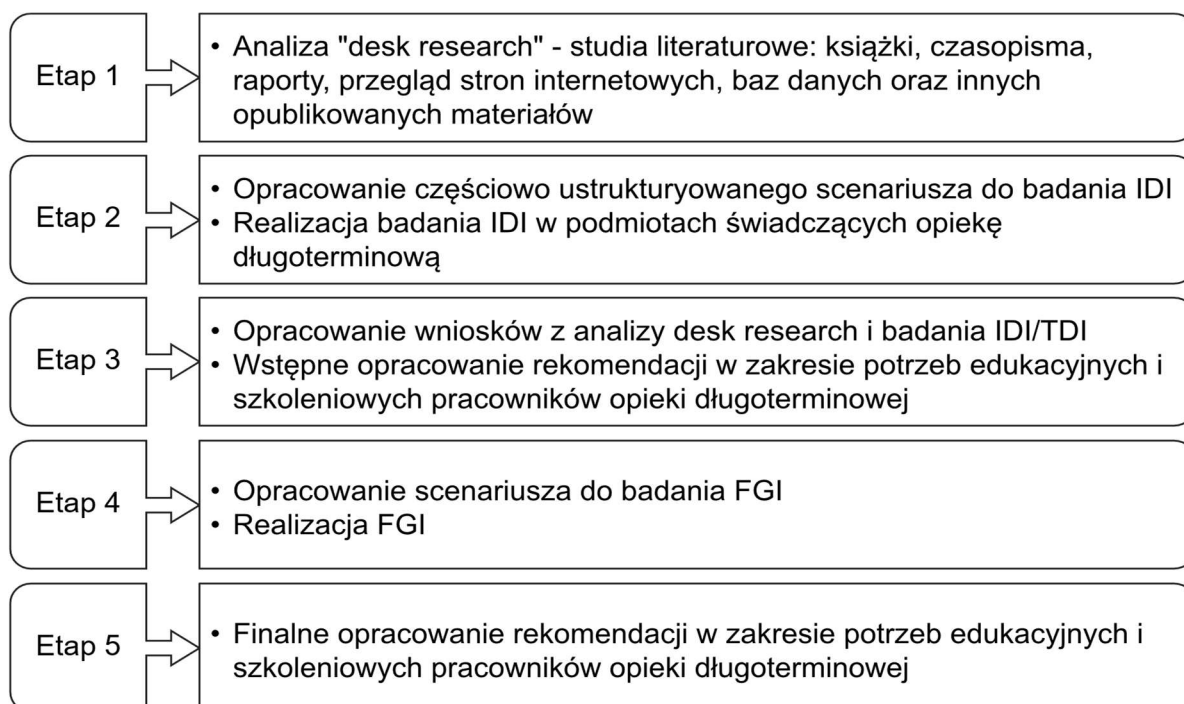
- zidentyfikowanie potrzeb edukacyjnych i szkoleniowych pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim;
- ujawnienie motywacji i barier w podejmowaniu szkoleń przez pracowników opieki długoterminowej;
- sformułowanie rekomendacji w zakresie poprawy zdiagnozowanego stanu.

1.2. Opis procesu badawczego

Analizę potrzeb edukacyjnych i szkoleniowych pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim realizowano w kilku etapach (rysunek 1).

Pierwszym etapem była analiza dostępnych źródeł wtórnych, która pozwoliła między innymi na wskazanie sposobów lub form prowadzenia opieki długoterminowej oraz świadczących ją podmiotów, co stanowiło podstawę dalszych działań badawczych. Wyniki analizy *desk research* umożliwiły wybór grupy docelowej do dalszych prac, czyli do indywidualnych wywiadów pogłębionych, co stanowiło drugi etap badań. Badaniami objęto pracowników zatrudnionych w placówkach publicznych i niepublicznych, zajmujących się opieką długoterminową. Doboru placówek dokonano, biorąc pod uwagę sposób świadczenia opieki długoterminowej w województwie podlaskim i objęto nim podmioty z systemu ochrony zdrowia zapewniające opiekę stacjonarną i domową oraz podmioty z systemu pomocy społecznej (rysunek 2).

Rysunek 1. Etapy procedury badawczej potrzeb edukacyjnych i szkoleniowych pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim



Źródło: opracowanie własne.

W pierwszej kolejności dokonano wyboru zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), będących podstawowymi stacjonarnymi jednostkami, w których świadczona jest opieka długoterminowa, czyli opieka medyczna, pielęgnacyjna i rehabilitacyjna osobom niewymagającym hospitalizacji, ale niesamodzielnym ze względu na stan zdrowia. Są to najczęściej osoby przewlekle chore, z niepełnosprawnością lub po ciężkiej chorobie bądź zabiegu operacyjnym¹⁰.

Następne były placówki oferujące pielęgniarzką opiekę długoterminową domową, skierowaną do przewlekle chorych przebywających w domu, realizowaną we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej¹¹.

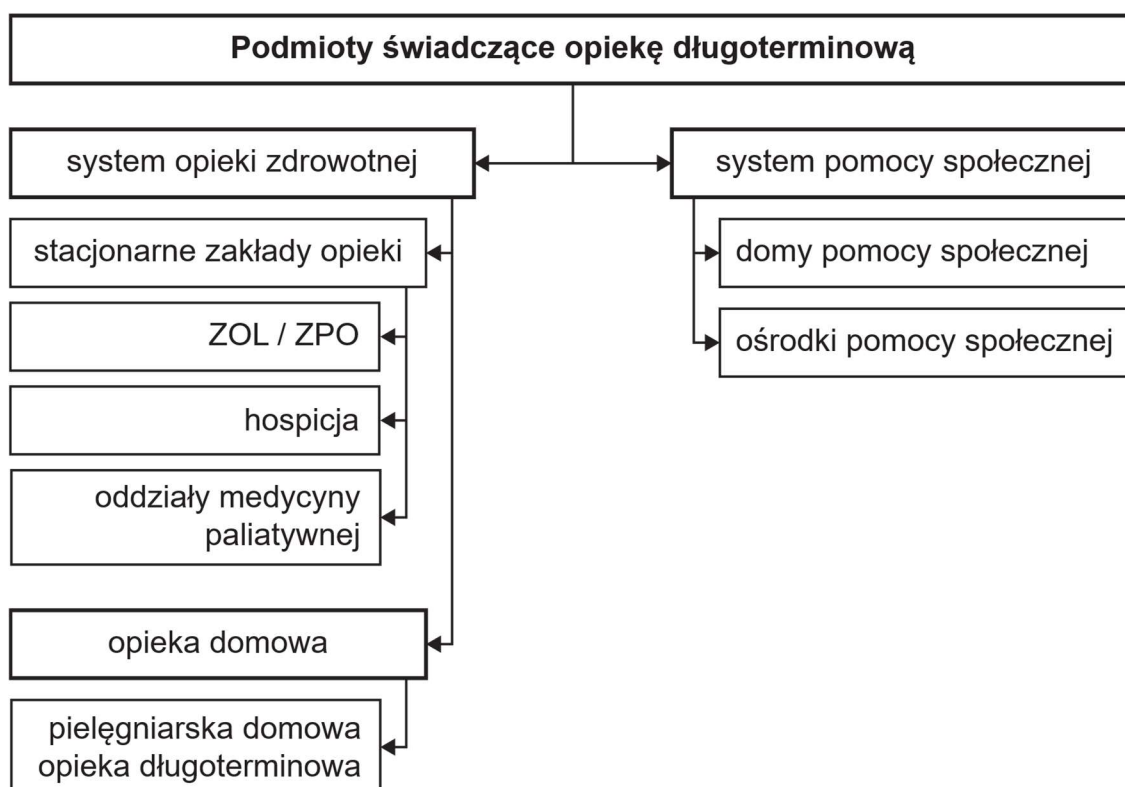
Przy wyborze placówek uwzględniono także hospicja oraz domy pomocy społecznej, w których przebywają osoby potrzebujące całodobowej opieki.

Do badania zdecydowano się również włączyć jedną placówkę pomocy społecznej, ponieważ ośrodki tego typu pełnią ważną rolę w systemie opieki długoterminowej, realizując zadania z zakresu pomocy społecznej, w tym podejmując się wspierania osób przewlekle chorych, starszych i niepełnosprawnych, oraz pomagając im w dostępie do różnych form wsparcia, między innymi do stacjonarnego i domowego. Jest to integralna część opieki długoterminowej i odpowiada szerokiej jej definicji.

¹⁰ [Co musisz wiedzieć o ZOL i ZPO](http://pacjent.gov.pl), pacjent.gov.pl (dostęp: 1.09.2025).

¹¹ [Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa](http://pacjent.gov.pl), pacjent.gov.pl (dostęp: 1.09.2025).

Rysunek 2. Podmioty z systemu ochrony zdrowia i systemu pomocy społecznej świadczące opiekę długoterminową



Źródło: opracowanie własne.

Przy doborze placówek kierowano się też ich rozmieszczeniem w podregionach białostockim, łomżyńskim i suwalskim. Strukturę badanych podmiotów według typu placówki oraz położenia terytorialnego przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Struktura badanych podmiotów według typu placówki/rodzaju świadczenia i położenia terytorialnego w województwie podlaskim

Podmioty/ rodzaj świadczenia	Podregion białostocki	Podregion łomżyński	Podregion suwalski	Łącznie	Struktura według podmiotów (%)
ZOL/ZPO	1	4	1	6	35,29
Pielęgniarska opieka długoterminowa	4	1		5	29,41
DPS	1	1	1	3	17,65
Hospicjum	1	1		2	11,76
MOPS	1			1	5,88
Łącznie	8	7	2	17	100,00
Struktura według podregionów (%)	47,06	41,18	11,76	100,00	[pusta]

Źródło: opracowanie własne.

Wywiady w pracownikami zrealizowano łącznie w 17 placówkach w województwie podlaskim. Największą grupę stanowiły zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ponad 35%) oraz osoby pracujące w pielęgniarskiej opiece długoterminowej (29,41%) Mniej licznie reprezentowane były DPS-y oraz hospicja.

Badanie przeprowadzono też wśród pracowników miejskiego ośrodka pomocy społecznej (MOPS). Biorąc pod uwagę podział terytorialny, najwięcej placówek, w których realizowano wywiady IDI/TDI, znajdowało się w podregionie białostockim – było ich 47%, najmniej w suwalskim – niecałe 12%.

We wskazanych placówkach przeprowadzono łącznie 27 wywiadów. W niektórych instytucjach były one realizowane w formie diady lub triady, czyli rozmowy równocześnie z dwiema lub trzema osobami. Najczęściej miało to miejsce w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Większości przypadków wynikało to z decyzji kierownictwa placówki i było uzasadnione podziałem pracy w zespole opieki długoterminowej, co pozwoliło na zgromadzenie pełniejszego materiału badawczego podczas jednej sesji niż w trakcie kilku wywiadów pojedynczych. W jednym przypadku wywiad miał formę rozmowy z przedstawicielami wszystkich zawodów pracujących w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Wywiady IDI były realizowane we wrześniu–październiku 2025 roku. Rozmawiano zarówno z przedstawicielami poszczególnych zawodów wykonujących opiekę długoterminową, jak też z ich kadrą zarządzającą, na przykład z kierownikami ZOL-i lub hospicjów czy koordynatorami domowej opieki długoterminowej. W badaniu skoncentrowano się na dotarciu do osób, które mają bezpośredni największy kontakt z osobami wymagającymi opieki długoterminowej, dlatego wywiady prowadzono z pielęgniarkami, opiekunami medycznymi oraz fizjoterapeutami. Dodatkowo przeprowadzono także wywiad w formie diady z logopedą i psychologiem, którzy reprezentują zawody wspomagające w opiece długoterminowej, ale były rekomendowane przez kierownictwo placówek do ich przeprowadzenia jako równie istotnych z punktu widzenia celów analizy. Zawodami reprezentującymi podmioty systemu pomocy społecznej byli pracownik socjalny oraz asystent osoby z niepełnosprawnością.

Wywiady IDI umożliwiły poznanie potrzeb szkoleniowych pracowników opieki długoterminowej między innymi z tematyki kursów i szkoleń według zawodów oraz w zakresie form przeprowadzania i częstotliwości ich odbywania. Ponadto badanie to pozwoliło na zrozumienie, jakie czynniki są istotne przy realizacji potrzeb szkoleniowych, przez co dały podstawę do poszerzenia rekomendacji. Opracowanie wniosków z analizy *desk research* i wywiadów IDI, skutkujące przygotowaniem zestawu wstępnie opracowanych rekomendacji, stanowiło trzeci etap procesu badawczego.

Czwartym etapem badania był grupowy wywiad pogłębiony z udziałem 6 ekspertów. O ile wywiady IDI/TDI były realizowane wśród pracowników świadczących usługi opieki długoterminowej i/lub kierownictwa placówek takiej opieki, to w badaniu FGI skupiono się na doborze specjalistów reprezentujących instytucje edukacyjne oraz inne jednostki, w tym Wojewódzki Urząd Pracy (WUP) w Białymstoku, wspierające rozwój usług edukacyjnych i szkoleniowych. Dodatkowo zaproszono przedstawiciela opieki społecznej, co było podyktowane potrzebą przedyskutowania kwestii dotyczących szkoleń dla opiekunów nieformalnych. Ostatecznie do udziału w panelu dyskusyjnym zaproszono:

- przedstawicielkę instytucji szkolącej w zakresie opieki długoterminowej,
- zastępcę przewodniczącej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku,
- przedstawiciela Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Białymstoku,
- kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białymstoku,
- dwóch przedstawicieli sfery edukacyjnej reprezentujących szkolnictwo ponadpodstawowe (Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoła Policealna Województwa Podlaskiego w Białymstoku).

Celem spotkania była dyskusja nad wstępnie przygotowanymi rekomendacjami, powstałymi na podstawie studiów literaturowych oraz wywiadów pogłębionych. Zastosowanie formuły dyskusji nad rekomendacjami było podyktowane tym, że w trakcie wywiadów pogłębionych pojawiło się wiele różnych propozycji rekomendacji bez doprecyzowania sposobu ich zrealizowania. Badanie fokusowe było więc ukierunkowane na zweryfikowanie trafności zaproponowanych rekomendacji oraz wspólne określenie sposobu ich wdrożenia.

Analizę potrzeb edukacyjnych i szkoleniowych pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim zakończono sformułowaniem rekomendacji, co stanowiło piąty etap procesu badawczego.

2. Konceptualizacja zagadnienia opieki długoterminowej

2.1. Pojęcie opieki długoterminowej

„Zdrowie stanowi największą wartość i rodzaj specyficznego bogactwa, a zarazem prawo człowieka wymagające zdecydowanej ochrony. Jest ono zasobem życiowym, obejmującym zasoby osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne”¹².

W ostatnich latach obserwuje się dynamiczny wzrost odsetka osób wymagających opieki pomocy w codziennym funkcjonowaniu. W celu określenia tego stanu używane jest pojęcie niesamodzielności. Oznacza ono „niezdolność do samodzielnej egzystencji wynikającą z uszkodzenia lub upośledzenia funkcji organizmu, która stwarza konieczność stałej lub długotrwałej opieki czy pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, takich jak odżywianie, przemieszczanie się, komunikacja czy zaopatrzenie gospodarstwa domowego”¹³.

Jak podkreślają Mariola Rybka, Dorota Kochman i Agata Szatkowska, niesamodzielność ma ściśle powiązanie z deficytem sprawności oraz obniżeniem wydolności psychofizycznej, co powoduje, że osoba taka wymaga stałej lub długotrwałej pomocy ze strony osób trzecich¹⁴. Pojęcie niesamodzielności co prawda nie jest jednoznaczne ze starością, jednak przyjmuje się, że osoby nieradzące sobie w zakresie podstawowych czynności życia codziennego to w większości osoby starsze.

W przedstawionym aspekcie szczególnym wyzwaniem jest opieka długoterminowa. Należy podkreślić, że nie ma aktualnie wypracowanej jednej uniwersalnej definicji opieki długoterminowej, określającej, co obejmuje jej świadczenie i finansowanie. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opieka długoterminowa to „ogół świadczeń i pomocy o charakterze osobistym, społecznym i medycznym, dzięki którym osoba niesamodzielna albo narażona na utratę samodzielności (z powodu choroby psychicznej lub somatycznej albo niepełnosprawności) jest w stanie funkcjonować w sposób zapewniający poszanowanie podstawowych praw i godności człowieka”¹⁵. OECD opiekę długoterminową definiuje jako „opiekę nad osobami, które wymagają wielowymiarowego wsparcia w wykonywaniu czynności życiowych, przez dłuższy okres”¹⁶. Oznacza to, że jest ona skierowana w szczególności do osób posiadających dysfunkcje fizyczne lub poznawcze, uniemożliwiające im samodzielne funkcjonowanie.

¹² Katarzyna Szalonka, Lucyna Witek, Postawy i zachowania prozdrowotne pokolenia Z w świetle badań pierwotnych, „Marketing i Zarządzanie” 2016, nr 3(44), s. 190.

¹³ Justyna Kilian i inni, System długoterminowej opieki domowej nad osobami starszymi w Polsce i wybranych krajach europejskich, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2018, nr 4(29), s. 114.

¹⁴ Mariola Rybka i inni, Ocena jakości życia pacjentów objętych opieką długoterminową stacjonarną w aspekcie psychofizycznym, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej” 2022, nr 7(4), s. 27.

¹⁵ WHO, [Long-term Care](#), 2022 (dostęp: 18.06.2025).

¹⁶ OECD, *Help Wanted. Providing And Paying For Long-Term Care*, Paris 2011, s. 39.

Zgodnie z definicją przyjętą przez Komisję Europejską (KE) opieka długoterminowa oznacza „usługi i wsparcie dla osób, które w wyniku słabości/lub niepełnosprawności psychicznej lub fizycznej potrzebują pomocy w czynnościach życia codziennego i/lub stałej opieki pielęgniarstwa”¹⁷. Ponadto Komisja wskazuje, że „opieka długoterminowa odgrywa ważną rolę społeczną i gospodarczą. Przyczynia się do zapewnienia osobom potrzebującym opieki godnego życia i dobrostanu oraz do ochrony ich praw podstawowych”¹⁸.

W ustawodawstwie polskim opieka długoterminowa została zdefiniowana w systemie opieki zdrowotnej. Według Ministerstwa Zdrowia obejmuje ona „całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarstwa, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego”¹⁹. Natomiast w sensie definicyjnym opieka długoterminowa o wiele słabiej jest doprecyzowana w systemie pomocy społecznej.

Przepisy z zakresu pomocy społecznej nie zawierają pojęcia opieki długoterminowej, a jedynie wskazują, że pomocy społecznej udziela się między innymi z powodu niepełnosprawności oraz długotrwałej i ciężkiej choroby oraz że pomoc ta przyznawana jest w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych²⁰. Brak jednorodnych rozwiązań prawnych w zakresie opieki długoterminowej w Polsce uzasadnia potrzebę przyjęcia prawnie wiążącej, spójnej definicji opieki długoterminowej, odnoszącej się zarówno do sektora ochrony zdrowia, jak i do pomocy społecznej, co jest istotne z punktu widzenia zarządzania i finansowania oraz podniesienia jakości usług opieki długoterminowej.

Taką definicję wprowadza projekt ustawy o opiece długoterminowej, według zapisów którego jest to system usług i świadczeń dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizowaniu zaleceń terapeutycznych, ustalanych indywidualnie na podstawie kryteriów kwalifikacyjnych właściwych dla określonych usług i świadczeń, którego celem jest zmniejszenie utraty, utrzymanie lub poprawa sprawności samodzielności oraz zwiększenie niezależności tych osób zgodnie z ich potrzebami z poszanowaniem ich godności, a także wsparcie opiekunów nieformalnych i osób bliskich²¹.

Oprócz instytucji regulacyjnych próby definiowania pojęcia opieki długoterminowej podejmują też badacze zajmujący się tą problematyką. Według Edyty Skolmowskiej jest to „profesjonalna, ciągła, długotrwała pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja

¹⁷ Zalecenie Rady z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie dostępu do przystępnej cenowo i dobrej jakościowo opieki długoterminowej (Dz.U.UE.C.2022.476.1).

¹⁸ https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:c77be4d8-2f5e-11ed-975d-01aa75ed71a1.0014.02/DOC_1&format=PDF (dostęp: 18.05.2025).

¹⁹ https://docker.mz.gov.pl/app/mpz_2020_dluga (dostęp: 18.06.2025).

²⁰ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 1214, 1302).

²¹ Projekt ustawy z dnia 15 grudnia 2025 roku o opiece długoterminowej, art. 2 ust.1.

leczenia farmakologicznego i dietetycznego osób z poważnymi deficytami w samopielęgnacji samoopiece, lecz niekwalifikującymi się do leczenia szpitalnego”²².

Zdaniem Grażyny Gajewskiej opiekę długoterminową należy utożsamiać „z dawaniem oparcia, wsparcia, zaspokajaniu potrzeb, których jednostka nie umie, nie może lub nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić, żeby zachować równowagę biologiczną i psychiczną, przeżyć, zachować zdrowie, jakość życia, zapewnić prawidłowy rozwój i ciągłość gatunku”²³.

Julian Kazimierz Auleytner podkreśla, że „opieka długoterminowa odnosi się do organizacji świadczenia szerokiego zakresu usług i pomocy osobom, których zdolność do samodzielnego życia jest ograniczona w dłuższym przedziale czasowym. Usługi te mają na celu minimalizację stopnia utraty niezależności w funkcjonowaniu fizycznym i umysłowym, przywracanie sprawności lub zapobieganie skutkom jej utraty”²⁴.

Wspólną cechą przedstawionych definicji jest problem funkcjonalnej niezdolności radzenia z czynnościami życia codziennego i wspierania osób niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania na skutek wieku lub/i niepełnosprawności (uszkodzenia lub zaburzenia rozwoju organizmu) w czynnościach życia codziennego. Co prawda w definicjach nie wskazuje się wieku jako jednego z kryterium objęcia opieką długoterminową, jednak większość beneficjentów tej opieki to osoby starsze. Stanowią one grupę „o specyficznych problemach zdrowotnych (choroby przewlekłe, wielochorobowość, ograniczenia funkcjonalne i niepełnosprawność), często prowadzących do niesamodzielnności, co przyczynia się do zwiększonego zapotrzebowania na usługi o charakterze opiekuńczym i zdrowotnym”²⁵. Należy też podkreślić, że okres i zakres wsparcia opieką długoterminową zależy od poziomu deficytu w obszarze funkcji poznawczych, fizycznych oraz psychicznych, które przekładają się na stopień niesamodzielnności w wykonywaniu podstawowych i złożonych czynności związanych z funkcjonowaniem²⁶.

Reasumując, należy przyjąć, że opieka długoterminowa kierowana jest do osób, których zdolność do samodzielnego życia jest ograniczona w dłuższym okresie. Obejmuje ona pomoc i usługi mające na celu minimalizację stopnia utraty niezależności w funkcjonowaniu fizycznym i umysłowym, przywracanie sprawności lub zapobieganie skutkom jej utraty. Opiekę długoterminową obejmują zarówno działania lecznicze, jak i społeczne (tabela 3).

²² Edyta Skolmowska, Organizacja opieki długoterminowej, (w:) Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, red. Kornelia Kędzióra-Kornatowska, Marta Muszalik, Edyta Skolmowska, Warszawa 2010.

²³ Grażyna Gajewska, Pedagogika opiekuńcza i jej metodyka, Zielona Góra 2004, s. 20.

²⁴ Julian Kazimierz Auleytner, Rola opieki długoterminowej w zapewnieniu godnego życia seniorom, „Exlibris Social Gerontology Journal” 2024, nr 27(2), s. 49.

²⁵ Agnieszka Sowa, Usługi zdrowotne i socjalne wobec populacji starszej, przewlekłe chorej i niepełnosprawnej realizowane w pomocy społecznej. Podstawy regulacyjne i praktyka, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2016, nr 14(1), s. 63.

²⁶ Mateusz Cybulski, Elżbieta Krajewska-Kułak, Opieka nad osobami starszymi przewodnik dla zespołu terapeutycznego, Warszawa 2016, s. 197.

Tabela 3. Rozdaje i zakres usług opiekuńczych realizowanych w opiece długoterminowej

Rodzaj usługi	Zakres usługi
Usługi pielęgnacyjne	Świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania realizowane przez pielęgniarki, które obejmują między innymi leczenie ran i odleżyn, zmianę opatrunków, podawanie leków, wykonanie zastrzyków czy pomoc w karmieniu.
Wsparcie w codziennych czynnościach	Pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, na przykład: higiena, ubieranie, poruszanie się.
Rehabilitacja	Pomoc w przywróceniu sprawności fizycznej i funkcjonalnej, na przykład poprzez ćwiczenia z rehabilitantem. Pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.
Wsparcie psychologiczne	Pomoc w rozwiązywaniu problemów psychologicznych i zapewnienie wsparcia psychologicznego dla pacjenta i jego rodziny.
Edukacja	Przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki oraz samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością. Edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny.
Opieka paliatywna	Wszechstronna pomoc pacjentom z nieuleczalnymi, postępującymi chorobami oraz ich rodzinom z celem poprawy jakości życia – poprzez łagodzenie cierpienia fizycznego, psychicznego, duchowego i społecznego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa](#), pacjent.gov.pl (dostęp: 15.09.2025); [Opieka paliatywna i hospicyjna](#), pacjent.gov.pl (dostęp: 15.09.2025); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 253).

Opieka długoterminowa stanowi wyzwanie, przed jakim stoi systemem opieki, co wynika z konieczności zabezpieczenia różnego rodzaju potrzeb osób niesamodzielnych, jak i z ich zróżnicowania. Jej beneficjentami są osoby, które ze względu na stan zdrowia wymagają stałej lub długotrwałej opieki wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, czyli:

- osoby starsze, które utraciły samodzielność w wykonywaniu codziennych czynności, na przykład w ubieraniu się, jedzeniu, w toalecie;
- osoby przewlekle chore, które wymagają stałej opieki pielęgniarskiej i medycznej, na przykład osoby z chorobami neurologicznymi, układu krążenia, oddechowego;
- osoby niepełnosprawne, które potrzebują wsparcia w zakresie rehabilitacji codziennej pielęgnacji;
- osoby po pobycie w szpitalu, które wymagają dalszej opieki w celu powrotu do zdrowia i samodzielności;
- obłożnie chorzy pacjenci, którzy wymagają intensywnej opieki pielęgnacyjnej w warunkach domowych.

W Polsce termin „opieka długoterminowa” jest używany *stricte* w odniesieniu do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w systemie opieki zdrowotnej, natomiast świadczenia opiekuńcze udzielane z systemu pomocy społecznej formalnie określa się mianem usług opiekuńczych różnego rodzaju. Jednak biorąc pod uwagę przytoczone

definicje opieki długoterminowej, należy przyjąć, że aktualnie realizowana jest ona w ramach dwóch systemów: ochrony zdrowia i opieki społecznej. Stwarza to wyzwania w obszarze opieki długoterminowej – między innymi:

- integracji systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
- rozbudowy oraz finansowania systemu opieki długoterminowej,
- pomiaru jakości w celu zapewnienia właściwej opieki,
- zmniejszenia liczby osób korzystających z opieki stacjonarnej oraz zwiększenia liczby pracowników opieki długoterminowej²⁷.

Wymaga to stworzenia ram odpowiednio realizowanej opieki „z jednoczesnym dookreśleniem wszelkich czynników wpływających na jej efektywność, w tym warunków i okoliczności, w których przebiega wraz cechami kompetencjami osoby ją sprawującej. Opieki rozumianej jako szczególny rodzaj relacji, w której każdy kontakt z człowiekiem ma charakter podmiotowy, celowy i prowadzi do realizacji założonych zadań”²⁸.

Ponadto wymaga to rozwiązań regulacyjnych ze strony państwa.

Komisja Europejska wyznaczyła następujące wytyczne dla krajowego planu działania na rzecz opieki długoterminowej²⁹:

- zapewnienie wszystkim potrzebującym terminowej, kompleksowej i przystępnej cenowo opieki długoterminowej, w tym godnych warunków życia;
- zróżnicowanie oferty należytych usług opieki długoterminowej (opieka domowa, środowiskowa, instytucjonalna), niwelowanie różnic terytorialnych w dostępie do świadczeń, realizowanie opieki z wykorzystaniem dostępnych rozwiązań cyfrowych oraz zapewnienie dostępności świadczeń i infrastruktury pod kątem potrzeb osób z niepełnosprawnością;
- wdrożenie wysokiej jakości kryteriów i standardów obowiązujących wszystkie podmioty świadczące opiekę długoterminową;
- wspieranie opiekunów nieformalnych, których rola często przypada kobietom i bliskim – poprzez szkolenia, doradztwo, wsparcie psychologiczne i finansowe;
- pozyskanie adekwatnych środków i zrównoważone finansowanie opieki długoterminowej, w tym poprzez uruchamianie funduszy UE;
- promowanie dialogu społecznego i rokowań zbiorowych z myślą o poprawie warunków płacy i pracy;
- ustanowienie rygorystycznych norm bezpieczeństwa i higieny pracy;
- zapewnienie ustawicznego kształcenia i szkoleń dla pracowników;
- zwalczanie stereotypów płci w zawodzie pracownika opieki długoterminowej oraz prowadzenie kampanii informacyjnych;

²⁷ Mareike Ariaans i inni, *Worlds of Long-Term...*, s. 609–617; Stuart M. Butler, *The Challenging Future of Long-Term Care for Older Adults*, „JAMA Health Forum 3” 2022, nr 5, DOI: [10.1001/jamahealthforum.2022.2133](https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.2133).

²⁸ Agata Chabior, *Kształcenie niemedycznego opiekuna osoby starszej – kompetencje i cechy opiekuna*, „Edukacja Dorosłych” 2022, nr 2, s. 62.

²⁹ Komisja Europejska, [Zalecenie Rady w sprawie dostępu do przystępnej cenowo opieki długoterminowej wysokiej jakości](#), COM(2022) 441 final (dostęp: 15.06.2025).

- ratyfikowanie i wdrożenie Konwencji nr 189 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej pracowników domowych.

W Polsce dokumentem strategicznym, który ma na celu poprawę i rozwój opieki długoterminowej, jest „Krajowy plan działania na rzecz opieki długoterminowej”. Jest on częścią Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO)³⁰ i zakłada reformy oraz inwestycje w tym obszarze. Realizacją tzw. kamienia milowego A70G w ramach KPO, zakładającego stworzenie skoordynowanego i spójnego systemu opieki długoterminowej, jest opracowany projekt ustawy o opiece długoterminowej³¹.

Przyjęcie określonych w ustawie uregulowań prawnych przyczyni się do koordynowania i usprawnienia działań rozproszonego i podzielonego pomiędzy ochronę zdrowia oraz pomoc społeczną systemu opieki długoterminowej, jak również do zwiększenia dostępności usług tej opieki. Przygotowane przepisy jednoznacznie definiują, czym jest opieka długoterminowa, czym opieka nieformalna³² i kim jest opiekun nieformalny³³. Brak powyższych definicji prowadził do niejednorodności interpretacyjnej i utrudniał tworzenie skutecznych narzędzi zarządzania oraz koordynacji świadczeń opieki długoterminowej w obu systemach. Definicje te zostały sformułowane w sposób funkcjonalny i skoncentrowane na potrzebach oraz działaniach, a nie na instytucjonalnych ramach świadczeń.

Umożliwi to jednolite rozumienie opieki długoterminowej w całym systemie opiekuńczym przy jednoczesnym respektowaniu istniejącego porządku prawnego. Ułatwi także uznanie roli opiekunów nieformalnych, zapewnienie im wsparcia oraz współpracę pomiędzy opiekunami nieformalnymi, systemami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Ponadto pozwoli na uporządkowanie kwestii związanych z problematyką doświadczenia, wiedzy i kompetencji opiekunów rodzinnych i zatrudnianych prywatnie³⁴. Zgodnie z zapisami projektu ustawy zostaną też powołani koordynatorzy opieki długoterminowej, umiejscowieni w powiatowych centrach pomocy rodzinie³⁵.

³⁰ [Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia](#), kpo.gov.pl (dostęp: 18.06.2025).

³¹ Według projektu ustawa określa: 1) strukturę i zakres opieki długoterminowej; 2) zasady i sposób: koordynacji opieki długoterminowej, współpracy podmiotów wykonujących działalność leczniczą i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w zakresie opieki długoterminowej, monitorowania opieki długoterminowej; 3) zadania i uprawnienia jednostek samorządu terytorialnego w obszarze wsparcia opiekunów nieformalnych; 4) zakres współdziałania organów administracji publicznej dotyczącej opieki długoterminowej. Projekt ustawy z dnia 15 grudnia 2025 roku o opiece długoterminowej, art. 1.

³² To systematyczne wsparcie w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, świadczone przez opiekuna nieformalnego na rzecz osoby potrzebującej takiego wsparcia. Projekt ustawy z dnia 15 grudnia 2025 roku o opiece długoterminowej, art. 2, ust. 3.

³³ To osoba systematycznie opiekująca się osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, niepobierająca, z wyjątkiem rodziców zastępczych, wynagrodzenia z tytułu sprawowanej opieki, w tym osoba bliska, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą lub inna osoba niezobowiązana do wsparcia w związku z wykonywanym zawodem. Projekt ustawy z dnia 15 grudnia 2025 roku o opiece długoterminowej, art. 2, ust. 4.

³⁴ Bank Światowy, Przegląd strategiczny..., s. 227.

³⁵ Beata Dąbtaż, [Opieka długoterminowa ma być wreszcie skoordynowana – jest projekt ustawy](#), Prawo.pl (dostęp: 30.10.2025).

Kolejny dokument to „Mapa potrzeb zdrowotnych”³⁶, który wyznacza kierunki rozwoju opieki długoterminowej, oraz „Krajowy plan transformacji”³⁷, który jest pierwszym dokumentem wdrożeniowym dla map potrzeb zdrowotnych na poziomie krajowym i określa działania planowane do pojęcia w systemie ochrony zdrowia. Uwzględnia on rekomendowane kierunki działań wskazane w „Mapie potrzeb zdrowotnych” oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.

Z punktu widzenia opieki długoterminowej istotny jest podział na opiekę formalną i nieformalną.

Formalna opieka obejmuje świadczenia opiekuńcze w systemie ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej i określana jest jako usługa społeczna³⁸. Według Ryszarda Szarfenberga usługa społeczna polega na „bezpośrednim obsługiwaniu osób i jednocześnie uznana za podstawowe prawa i/lub obowiązki obywateli, a tym samym w większym stopniu regulowane przez państwo w porównaniu z innymi usługami tego rodzaju. Regulacja przejawia się między innymi w udziale sektora publicznego (...), na przykład publiczna pomoc i opieka”³⁹.

Z kolei nieformalna opieka, to systematyczne wsparcie świadczone dobrowolnie – bez formalnego zatrudnienia przez rodzinę, przyjaciół, sąsiadów – osobom potrzebującym pomocy w codziennym funkcjonowaniu lub wypełnianiu zaleceń terapeutycznych. Można przyjąć, że jest to rodzaj usługi społecznej, ale dofinansowywanej przez państwo.

Rosnące zapotrzebowanie na usługi opieki długoterminowej wskazuje, że jest to najbardziej dynamicznie rozwijający się rynek pracy w Polsce, jak i w Europie. Ograniczeniem jego rozwoju jest jednak strona podażowa – obserwowany deficyt pracy w obszarze usług opiekuńczych świadczonych osobom niesamodzielnym. W licznie prowadzonych w tym obszarze badaniach wskazuje się na niedostateczną liczbę specjalistów będących w stanie świadczyć usługi opiekuńcze o charakterze pielęgnacyjnym i rehabilitacyjnym⁴⁰. Z jednej strony obserwuje się ograniczony napływ młodej kadry wyposażonej w odpowiednią wiedzę, umiejętności i kompetencje, z drugiej

³⁶ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (t.j. Dz.Urz. MZ poz. 69).

³⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji krajowego planu transformacji (t.j. Dz.Urz. MZ poz.146).

³⁸ Barbara Więckowska, Elżbieta Szwałkiewicz, Usługi społeczne w opiece długoterminowej, (w:) Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce, red. Mirosław Grewiński, Barbara Więckowska, Warszawa 2011, s. 127.

³⁹ Ryszard Szarfenberg, Usługi społeczne w opiece długoterminowej, (w:) Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce, red. Mirosław Grewiński, Barbara Więckowska, Warszawa 2011, s. 27.

⁴⁰ Stanisława Golinowska, Agnieszka Sowa, Działania samorządów lokalnych w opiece i integracji niesamodzielnymi osobami starszymi. Raport na zlecenie MPIPS, Warszawa 2010; Piotr Btędowski, Magdalena Maciejasz, Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje, „Nowiny Lekarskie” 2013, nr 82, s. 61–69.

– co raz więcej osób odchodzi zawodu. Spowodowane jest to wieloma czynnikami, między innymi⁴¹:

- niską atrakcyjnością zawodów opiekuńczych spowodowaną pauperyzacją płacową,
- trudnością wykonywanej pracy,
- brakiem perspektyw kariery zawodowej oraz szkoleń,
- niską oceną atrakcyjności zawodu opiekuna osoby starszej.

Dodatkowo można wymienić osobliwe warunki pracy w opiece długoterminowej, to jest stałe obciążenie odpowiedzialnością za życie i zdrowie innych ludzi, obcowanie z sytuacjami granicznymi (cierpieniem, śmiercią), kumulację zadań wymagających dużego stopnia samodzielności czy niemożność przewidzenia dużej części zadań, połączona z koniecznością całodobowej gotowości do ich wykonywania⁴². Ponadto w porównaniu z innymi sektorami pracujący w opiece długoterminowej są narażeni na większe szkody fizyczne i psychiczne⁴³. Poziom wynagrodzeń utrzymuje się poniżej średniej krajowej – szczególnie w przypadku opiekunów osobistych⁴⁴.

Problem niedoborów kadrowych próbuje się rozwiązać na wiele sposobów, w tym poprzez poszukiwanie opiekunów za granicą, próby pozyskania większej liczby osób do sektora opieki długoterminowej, poprawę warunków pracy, szkolenia dla opiekunów nieformalnych oraz zatrudnianie opiekunów nieformalnych i osób z najbliższego otoczenia beneficjenta. Do usprawnienia realizacji świadczeń wykorzystuje się też nowoczesną technologię. Nie rozwiązuje to jednak problemu w przypadku opieki pozainstytucjonalnej.

W zdecydowanej większości państw OECD, w tym w Polsce, w znacznym stopniu rozbudowane są regulacje dotyczące standardów opieki instytucjonalnej, natomiast opieka środowiskowa to obszar, w którym w mniejszym stopniu określone są przepisy mające na celu stworzenie odpowiedniego systemu kontroli jakości usług⁴⁵. Różnicowane są też wymogi dotyczące kwalifikacji, umiejętności i kompetencji w zawodach świadczących usługi opieki długoterminowej w przypadku opieki instytucjonalnej, jak i poza nią. W tym aspekcie podkreślany jest problem zróżnicowanego i nie zawsze wystarczającego przygotowania personelu.

Wyzwanie związane z ograniczonymi kompetencjami niektórych grup pracowników Polsce jest poważne, co podkreślają wyniki konsultacji społecznych przeprowadzonych

⁴¹ Grażyna Michalczyk i inni, Potrzeby i perspektywy obszarze zawodów, kwalifikacji umiejętności związanych z usługami medycznymi opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim, Uniwersytet w Białymstoku, Białystok 2024, s. 27.

⁴² Małgorzata Sidor-Rządowska, Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – problemy i wyzwania. „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” 2019, nr 167, DOI: [10.33119/SIP.2018.167.8](https://doi.org/10.33119/SIP.2018.167.8).

⁴³ OECD, Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care, Paris 2023, DOI: [10.1787/27d33ab3-en](https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en); OECD, Improving Long-Term Care in Croatia. OECD Health Policy Studies, Paris 2023, DOI: [10.1787/9de55222-en](https://doi.org/10.1787/9de55222-en); OECD, [Ageing and Long-term Care](#) (dostęp: 25.06.2025); OECD, [Long-Term Care Resources and Utilisation](#) (dostęp: 25.06.2025).

⁴⁴ Eurofund, [Long-Term Care Workforce: Employment and Working Conditions](#) (dostęp: 25.06.2025).

⁴⁵ A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, Paris 2013, s. 22.

przez Bank Światowy⁴⁶. Problem ten nasila się w przypadku opieki nieformalnej, bowiem jest realizowana głównie w „szarej strefie”, w której nie są respektowane wymagania dotyczące odpowiednich kwalifikacji. Elementem decydującym jest przede wszystkim cena świadczonej usługi. Z reguły opiekunowie nieformalni nie widzą potrzeby zwiększania zakresu swoich kompetencji opiekuńczych. Podyktowane jest to z jednej strony brakiem wymogów posiadania formalnych kwalifikacji specjalnego przygotowania, z drugiej – brakiem chęci zwiększania zakresu swoich kompetencji opiekuńczych. Stanowi to bardzo duży problem, gdyż świadczenie usług z zakresu opieki długoterminowej wymaga fachowej wiedzy i praktyki.

Reasumując, utrzymanie odpowiednich standardów opieki długoterminowej wymaga ciągłego rozwoju zawodowego pracowników świadczących usługi opiekuńcze. Wiąże się to z potrzebą ustawicznego szkolenia i edukacji, które są niezbędne do pozyskania wiedzy na temat najnowszych osiągnięć i najlepszych praktyk w zakresie opieki długoterminowej. Rozwój będzie gwarantował, że specjaliści w tej dziedzinie będą dobrze przygotowani do dostarczania wysokiej jakości opieki oraz że przyczyni się to do profesjonalizacji zasobów kadrowych⁴⁷.

2.2. Charakterystyka usług opieki długoterminowej realizowanych w systemie opieki zdrowotnej

System opieki zdrowotnej stanowi „zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń oraz usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych, zabezpieczających i poprawiających stan zdrowia jednostki społeczeństwa”⁴⁸. Obejmuje on „zespół osób instytucji, zadaniem których jest zapewnienie opieki zdrowotnej ludności. To także połączenie zasobów zarówno ludzkich (personel medyczny, pomocniczy), materialnych (procedury medyczne), jak i wyników, czyli efektów związanych ze zdrowiem i leczeniem pacjentów”⁴⁹.

System opieki zdrowotnej ma charakter wyłącznie sformalizowany. W systemie opieki zdrowotnej zapewniane są potrzeby zdrowotne. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia potrzeby zdrowotne, to „zakłócenia w stanie zdrowia lub samopoczuciu społecznym, które wymagają interwencji w postaci działań leczniczych, rehabilitacyjnych lub pomocy społecznej, a także działań zapobiegawczych”⁵⁰.

Zaspokojenie potrzeb zdrowotnych „obejmuje wszystkie elementy poprawy stanu zdrowia oraz zapobiegania wystąpieniu choroby, a więc zarówno procesy diagnozowania, leczenia, promocję zdrowia, jak i modyfikację warunków

⁴⁶ Bank Światowy, Przegąd strategiczny..., s. 222.

⁴⁷ Tamże, s. 214.

⁴⁸ Cezary Włodarczyk, Stefan Poździejch, Systemy zdrowotne. Zakres problematyki, Kraków 2001.

⁴⁹ Tamże

⁵⁰ Roman Topór-Mądry i inni, Szacowanie potrzeb zdrowotnych, Kraków 2002, s. 15.

społecznych”⁵¹. Potrzeby zdrowotne w społeczeństwie nie są jednak podobne, co powoduje, że w różnym zakresie realizowane są gwarantowane świadczenia⁵².

Opieka długoterminowa w ramach systemu opieki zdrowotnej obejmuje gwarantowane świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, które finansowane są w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w przepisach⁵³. Zawierają one katalog następujących rodzajów świadczeń⁵⁴:

- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, opiekuńczo-leczniczym;
- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci młodzieży, opiekuńczo-leczniczym dla dzieci młodzieży;
- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci wentylowanych mechanicznie, opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie;
- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie;
- świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej.

System ochrony zdrowia zapewnia pacjentowi opiekę długoterminową realizowaną w warunkach stacjonarnych i domowych, a kryterium kwalifikacyjnym do objęcia taką opieką stanowi jego stan zdrowia. Opieka stacjonarna zapewnia całodzienną opiekę lekarską i pielęgniarstwą, świadczoną w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej (tabela 4).

⁵¹ Katarzyna Mełgieś, Katarzyna Miaskowska-Daszkiwicz, [Niezaspokojone potrzeby zdrowotne – wybrane aspekty administracyjnoprawne](#), „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Iuridica” 2023, numer specjalny, s. 211, DOI: 10.18778/0208-6069.S.2023.18.

⁵² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2025 poz. 1461).

⁵³ Ibidem; Zarządzenie nr 55/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

⁵⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 253).

Tabela 4. Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej

Rodzaj zakładu	Zakres opieki długoterminowej
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady opiekuńczo-lecznicze	<p>To placówki zapewniające całodobową opiekę medyczną i pielęgnacyjną pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale nie są samodzielni ze względu na stan zdrowia (pacjenci przewlekle chorzy, z niepełnosprawnością lub po ciężkiej chorobie albo zabiegu operacyjnym). Długość pobytu w zakładzie jest uzależniona od stanu zdrowia i oceny w skali Barthel.</p> <p>Do świadczeń gwarantowanych w zakładach opiekuńczych zalicza się między innymi: świadczenia udzielane przez lekarza i pielęgniarkę, rehabilitację ogólną prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psychologa, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne, edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki samopielęgnacji w warunkach domowych.</p>
Hospicja stacjonarne lub oddziały medycyny paliatywnej	<p>To placówki zapewniające wszechstronną, całodobową opiekę paliatywną osobom w terminalnej fazie nieuleczalnej choroby, które z powodu stanu zdrowia i braku opieki domowej nie mogą przebywać w miejscu zamieszkania.</p> <p>Zasadniczym celem działania tego typu placówki jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin poprzez leczenie objawowe, zwalczanie bólu, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.</p>

Źródło: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 450 ze zm.); Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2025 poz. 1461); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 253); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (t.j. Dz.U. 2022 poz. 262).

Wymienionych placówkach opieki długoterminowej osoby niesamodzielne objęte są wielowymiarowym, zintegrowanym oraz różnokierunkowym procesem opiekuńczym oraz pielęgnacyjnym, który ma na celu rozpoznanie problemów oraz wzmocnienie rezerw zakresie sprawności⁵⁵.

Coraz bardziej powszechną formą opieki jest opieka w środowisku życia pacjenta⁵⁶, czyli realizowana w miejscu zamieszkania. Jest ona zapewniana w postaci pielęgniarstwa domowego opieki długoterminowej lub zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci młodzieży wentylowanych mechanicznie.

Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa⁵⁷ to „opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają

⁵⁵ Aneta Budzyńska-Kapczuk, Ocena jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną w mieście i powiecie ziemskim Biata Podlaska, „Gerontologia Polska” 2004, nr 12(1), s. 24–31.

⁵⁶ Nadine Genet i inni, Home Care across Europe. Current Structure and Future Challenges, „Observatory Studies Series” 2012, t. 27, s. 15; Zofia Stojak, Zasady kierowania pacjentów do pielęgniarstwa domowego, „Lekarz Rodzinny” 2013, nr 18(1), s. 66–68.

⁵⁷ Kontraktowana przez NFZ od 2024 roku.

systematycznej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych”⁵⁸. Jest to opieka skierowana do osób obłożnie i przewlekle chorych, realizowana w domu chorego. Objęci są nią pacjenci, którzy otrzymali 40 punktów lub mniej w skali Barthel, nie znajdują się w ostrej fazie choroby psychicznej, nie korzystają równocześnie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego lub stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo-leczniczego bądź pielęgnacyjno-opiekuńczego)⁵⁹.

Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa stanowi formę świadczenia zdrowotnego, w którym pielęgniarki zapewniają kompleksową opiekę długoterminową pacjentom w warunkach domowych. Ukierunkowana jest ona na umożliwienie pacjentom kontynuacji leczenia lub rehabilitacji, której celem „jest uzyskanie przez osobę niepełnosprawną zdolności funkcjonowania przy wykorzystaniu pełni jej możliwości psychofizycznych”⁶⁰ oraz wsparcie w ich własnym domu zamiast w szpitalu lub hospicjum domowym. Pielęgniarki nie tylko monitorują stan pacjenta, zarządzają lekami lub udzielają pomocy w codziennych czynnościach, ale też uczą pacjenta i jego rodzinę w zakresie samoopieki samopielęgnacji, w tym kształtowania umiejętności radzenia sobie z niepełnosprawnością.

Realizacja świadczeń przez pielęgniarkę w opiece długoterminowej jest procesem złożonym i kompleksowym, obejmującym zarówno problemy zdrowotne, jak też uwarunkowania społeczno-kulturowe i edukacyjne osoby niesamodzielnej oraz jego rodziny⁶¹. Pielęgniarka przejmuje nad przewlekle chorymi systematyczną i intensywną opiekę w ich domach. Wymaga to od niej wysokich kompetencji samodzielności zawodowej.

Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci młodzieży wentylowanych mechanicznie skierowany jest do pacjentów z niewydolnością oddechową, którzy wymagają inwazyjnej (przy pomocy respiratora – przez rurkę tracheostomijną) lub nieinwazyjnej (przez ustniki, maski lub hełmy), ciągłej lub okresowej terapii oddechowej. Są to osoby, które nie wymagają pobytu w oddziałach intensywnej terapii lub w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, ale

⁵⁸ Zarządzenie nr 55/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej.

⁵⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 253). Zarządzenie nr 55/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej.

⁶⁰ Małgorzata Sidor-Rządowska, Coaching jako forma wsparcia rozwoju zawodowego osób niepełnosprawnych, „Forum Oświatowe” 2017, nr 30(2), s. 119–132.

⁶¹ Jolanta Bielawska, Rola pielęgniarki w opiece długoterminowej, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej imienia Witelona w Legnicy” 2015, nr 15(2), s. 7.

potrzebują stałego, specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji⁶².

Opieka długoterminowa w systemie opieki zdrowotnej jest organizowana i finansowana z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Świadczona jest wyłącznie w sposób formalny i obejmuje usługi pielęgniarские, opiekę medyczną oraz terapeutyczną. W ramach formalnego systemu usługi świadczone są przez przeszkolonych, uprawnionych i wykwalifikowanych pracowników, którzy podpisują umowy z określonym zakresem odpowiedzialności, otrzymują wynagrodzenie za wykonane usługi, podlegają Kodeksowi pracy i przysługują im świadczenia socjalne. Ważne jest również to, że takie usługi znajdują się pod kontrolą państwa lub innych organizacji⁶³.

2.3. Charakterystyka usług opieki długoterminowej realizowanej poza systemem opieki zdrowotnej

Zasady organizowania i świadczenia pomocy społecznej w kontekście osób, które wymagają długoterminowej opieki, określone zostały w ustawie o pomocy społecznej. Według zawartych w niej zapisów pomoc społeczna ma na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując przysługujące im uprawnienia, zasoby i możliwości. Celem pomocy społecznej jest między innymi zapewnienie opieki pomocy tym, którzy nie są w stanie samodzielnie funkcjonować z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności. Opieka ta związana jest ze świadczeniem usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych, realizowanych zarówno w placówkach, jak i w formie opieki w miejscu zamieszkania⁶⁴.

Usługi opiekuńcze oferują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości zapewnienie kontaktów z otoczeniem⁶⁵. Szczegółowy zakres usług opiekuńczych przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Zakres usług opiekuńczych

Usługi opiekuńcze	Czynności
Zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych podopiecznego	<ul style="list-style-type: none">• zakup artykułów spożywczych i przemysłowych koniecznych do prowadzenia gospodarstwa domowego• przygotowywanie (lub dostarczanie) prostych posiłków według diety zalecanej przez lekarza• karmienie podopiecznego

⁶² Dominika Ziębicka, Ludmiła Marcinowicz, Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, „Family Medicine & Primary Care Review” 2015, nr 17(3), s. 232–236; [Świadczenia domowe](#), gov.pl (dostęp: 28.08.2025).

⁶³ Ibidem.

⁶⁴ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U. 2025 poz. 1214 ze zm.).

⁶⁵ Ibidem.

Usługi opiekuńcze	Czynności
Opieka higieniczna nad podopiecznym i jego otoczeniem	<ul style="list-style-type: none"> • sprzątanie pomieszczeń, w których przebywa podopieczny (na przykład mycie okiem i pranie dywanów) • dbanie o sprzęty codziennego użytku (ścieranie kurzy, mycie naczyń, pranie, wynoszenie śmieci) • utrzymywanie w czystości urządzeń sanitarnych • utrzymywanie higieny osobistej podopiecznego poprzez: mycie, czesanie, kąpiel, pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych, utrzymywanie w czystości bielizny osobistej i pościeli, pomoc przy ubieraniu
Zabiegi pielęgnacyjne zalecone przez lekarza	<ul style="list-style-type: none"> • podawanie leków • zamawianie wizyt lekarskich • realizacja recept w aptece • kontakt z lekarzem w sprawach dotyczących zdrowia podopiecznego (zwłaszcza w sytuacjach pogorszenia się stanu zdrowia podopiecznego)
Zapewnienie kontaktów podopiecznego z otoczeniem	<ul style="list-style-type: none"> • podtrzymywanie kondycji psychofizycznej podopiecznego, na przykład zachęcanie podopiecznych do aktywności fizycznej (spacery) intelektualnej (rozmowy, czytanie prasy i książek, rozwiązywanie krzyżówek, gry planszowe) i towarzyszenie im w tych aktywnościach • pomoc w załatwianiu spraw urzędowych w uzgodnieniu z podopiecznym • pomoc w kontaktach ze społecznością lokalną

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Usługi opiekuńcze zwykłe i specjalistyczne. Czym są i jak je uzyskać?](#), niepełnosprawni.pl (dostęp: 18.07.2024).

Z kolei specjalistyczne usługi opiekuńcze⁶⁶ obejmują usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności⁶⁷. Zgodnie z uregulowaniami prawnymi mogą je świadczyć wyłącznie osoby, które mają specjalistyczne przygotowanie zawodowe. Można do nich zaliczyć: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedę, terapeutę zajęciowego, pielęgniarkę, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunkę środowiskową, specjalistę w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeutę lub inny zawód dający wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi⁶⁸. Zakres usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych, jak też miejsce ich świadczenia ustalane są indywidualnie – w zależności od potrzeb osoby niesamodzielnej i jej rodziny oraz możliwości ich realizowania przez ośrodek pomocy społecznej.

Opieka długoterminowa poza systemem opieki zdrowotnej realizowana jest w sposób formalny i nieformalny. Opieka formalna sprawowana jest w systemie opieki społecznej i może mieć postać opieki stacjonarnej lub środowiskowej. Z kolei opieka nieformalna prowadzona jest poza systemem – głównie przez instytucje sektora publicznego poprzez wsparcie instytucjonalne, świadczone w systemie pomocy

⁶⁶ Obszary specjalistycznych usług opiekuńczych określa Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (t.j. Dz.U. 2024 poz. 816).

⁶⁷ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 1214, 1302).

⁶⁸ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (t.j. Dz.U. 2024 poz. 816).

społecznej, realizowanej na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej⁶⁹. Organizują ją organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie na zasadzie partnerstwa z organizacjami społecznymi pozarządowymi, Kościołem katolickim, innymi Kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi⁷⁰.

Opieka formalna może być także świadczona przez sektor prywatny oraz sektor nonprofit, obejmujący zarówno organizacje pozarządowe (NGO-sy), jak i stowarzyszenia, fundacje, które swoje działania opierają w dużej mierze na wolontariacie⁷¹. Placówki realizujące formalną opiekę długoterminową przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Placówki opieki długoterminowej w systemie pomocy społecznej

Rodzaj placówki	Zakres opieki długoterminowej
Dom pomocy społecznej – opieka stacjonarna	Placówka całodobowego stałego pobytu zapewniająca usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu. Funkcjonuje ona w sposób zapewniający właściwy zakres usług, zgodny ze standardami określonymi dla danego typu domu, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb mieszkańca domu. Usługi realizowane w domach pomocy społecznej obejmują między innymi edukację zdrowotną, pomoc w uzyskaniu dostępu do świadczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych, działania z zakresu edukacji kulturalnej, spotkania integracyjne. Beneficjentami domu pomocy społecznej są: osoby w podeszłym wieku, osoby przewlekle somatycznie chore, osoby przewlekle psychicznie chore, osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie, dzieci młodzież niepełnosprawna intelektualnie, osoby niepełnosprawne fizycznie.
Ośrodki wsparcia – opieka półstacjonarna	Placówki świadczące usługi dostosowane do specyficznych potrzeb osób korzystających z tej formy pomocy. Mają na celu wspieranie rodziny w sprawowaniu funkcji opiekuńczych nad niepełnosprawnymi członkami rodzin. Przykładem są dzienne domy pobytu, które oferują opiekę, wyżywienie, organizację czasu wolnego i aktywności, a także usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne. Pełnią one nie tylko funkcję opiekuńczą, ale przede wszystkim integracyjną i aktywizacyjną. Przy ośrodkach wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu.
Rodzinne domy pomocy społecznej – opieka stacjonarna	Placówki stanowiące specjalną formę całodobowych usług opiekuńczych (udzielanie pomocy w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych, pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby, kontakty z otoczeniem, inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb) i bytowych (miejsce pobytu, wyżywienie, utrzymanie czystości) świadczonych przez osobę w miejscu jej zamieszkania (w ramach działalności gospodarczej) dla nie mniej niż 3 i nie więcej niż 8 osób wymagających wsparcia w tej formie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 1214, 1302); Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 51); Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lipca 2024 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1129).

⁶⁹ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U. 2025 poz. 1214, ze zm.).

⁷⁰ Zofia Szweda-Lewandowska, Logika systemu..., s. 1–4.

⁷¹ Grażyna Michalczyk i inni, Potrzeby i perspektywy..., s. 23.

Opieka formalna w systemie ubezpieczeń społecznych może ponadto obejmować opiekę w miejscu zamieszkania osoby przez opiekunkę środowiskową (usługi opiekuńcze, gospodarcze i pielęgnacja podstawowa) lub przez pielęgniarkę bądź innego terapeutę (usługi opiekuńcze specjalistyczne) – na wniosek pracownika socjalnego. Usługi opieki domowej w sektorze pomocy społecznej to najczęściej podstawowa pomoc w codziennych czynnościach.

Z kolei opieka nieformalna sprawowana jest przez członków rodziny, sąsiadów czy też inne osoby⁷². Jest to tak zwany nieformalny opiekun, czyli „osoba, która zajmuje się podopiecznym ponad cztery godziny tygodniowo i nie pobiera za to wynagrodzenia”; „osoba, która dostarcza regularnego, trwałego, fizycznego i (lub) emocjonalnego wsparcia oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego komuś, kto jest fizycznie lub intelektualnie niepełnosprawny, psychicznie chory, której psychofizyczną kondycję można określić jako słabą”; „osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną”⁷³.

Tak więc organizatorami opieki długoterminowej „są zarówno instytucje publiczne, jak i organizacje pozarządowe lub prywatne, a także nieformalni opiekunowie: członkowie rodzin, przyjaciele, sąsiedzi czy wolontariusze. Różna jest także lokalizacja usług: mogą one być świadczone w miejscu zamieszkania, w domach dziennego pobytu lub stacjonarnie w instytucjach opieki całkowitzej, jakimi są domy pomocy społecznej”⁷⁴.

Usługi opiekuńcze w systemie formalnym świadczone są przez przeszkolonych, uprawnionych i wykwalifikowanych pracowników, którzy podpisują umowy z określonym zakresem odpowiedzialności, otrzymują zapłatę za wykonane usługi, są objęci Kodeksem pracy i przysługują im świadczenia socjalne. Ważne jest również to, że takie usługi podlegają kontroli państwa lub odpowiednich organizacji⁷⁵.

Usługi opiekuńcze mogą świadczyć osoby o bardzo zróżnicowanym zakresie i poziomie kwalifikacji – począwszy od kilkudniowych szkoleń aż po naukę w szkołach policealnych, realizowaną zgodnie z podstawą programową określoną przez Ministerstwo Edukacji Narodowej. Najczęściej nie są one pracownikami ośrodków pomocy społecznej – zatrudniane są przez podmioty niepubliczne, z którymi gminy zawierają umowy na świadczenie tego typu usług⁷⁶.

⁷² Raphael Wittenberg i inni, Relying on Informal Care in The New Century? Informal Care for Elderly People in England to 2031, „Ageing and Society” 2000, nr 20(6), s. 745–772.

⁷³ [Potrzeby opiekunów nieformalnych w sprawowaniu opieki nad osobą niesamodzielną, starszą i możliwości ich wsparcia](#) (dostęp: 10.10.2024).

⁷⁴ Jerzy Krzyszkowski, Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w krajach UE i w Polsce, (w:) Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich, red. Jerzy Kowaleski, Piotr Szukalski, Łódź 2006.

⁷⁵ Ibidem.

⁷⁶ Barbara Szatur-Jaworska, System wsparcia społecznego osób starszych w Polsce, (w:) System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, red. Barbara Szatur-Jaworska, Piotr Błędowski, Warszawa 2016, s. 83–84.

W przypadku opieki nieformalnej opieka długoterminowa sprawowana jest z reguły przez osoby, które nie mają przygotowania w tym zakresie. Są to głównie członkowie rodzin, osoby bliskie, które wspierają osoby niesamodzielne w sposób niezarobkowy. Ten rodzaj opieki nie podlega formalnym regulacjom prawnym i oparty jest na relacjach międzyludzkich. Z reguły osoby takie nie posiadają specjalistycznych kwalifikacji. Dlatego też przy opiece nieformalnej bardzo ważne jest, aby sprawujące ją osoby mogły liczyć na komplementarne wsparcie zarówno służb medycznych, jak i socjalnych.

3. Zawody i kompetencje związane ze świadczeniem opieki długoterminowej

3.1. Zawody medyczne związane ze świadczeniem opieki długoterminowej

Zawody medyczne związane ze świadczeniem opieki długoterminowej wykonują osoby legitymujące odpowiednimi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych w wyznaczonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny⁷⁷. Zawody te uregulowane są przepisami prawnymi, które wyznaczają:

- zadania zawodowe, do których wykonywania są uprawnione osoby wykonujące te zawody;
- wymagania i kwalifikacje niezbędne do wykonywania zawodu medycznego;
- efekty uczenia się właściwe dla danego zawodu medycznego, które muszą być realizowane w ramach kształcenia, biorąc pod uwagę konieczność odpowiedniego przygotowania absolwentów do wykonywania zawodu medycznego;
- kodeks etyki deontologii medycznej dla osób wykonujących zawód medyczny⁷⁸.

Do zawodów medycznych związanych bezpośrednio ze świadczeniem usług opieki długoterminowej można zaliczyć: pielęgniarkę⁷⁹, fizjoterapeutę⁸⁰, opiekuna medycznego⁸¹, terapeutę zajęciowego⁸². Zalicza się też do nich lekarzy, psychiatrów, masażyistów, dietetyków. Zawody te są ściśle uregulowane i nie ma znaczenia, czy są wykonywane w ramach stosunku pracy, czy działalności gospodarczej – wymogi kwalifikacyjne są ściśle określone. Dotyczy to też zakresu obowiązków, jak i umiejętności zawodowych uzyskanych w systemie kształcenia.

Ponadto wszystkie te zawody będą wymagały posiadania przez wykonujące je osoby odpowiednich kompetencji/umiejętności twardych, czyli zdolności do wykorzystania posiadanej wiedzy, umiejętności zawodowych oraz kompetencji miękkich, czyli umiejętności interpersonalnych i społecznych oraz cech charakteru, które warunkują efektywność funkcjonowania jednostki⁸³. Istotne jest, że „proces kształcenia (uzyskiwania kwalifikacji zawodowych, prawa wykonywania zawodu oraz kolejnych

⁷⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 450 ze zm.).

⁷⁸ Grażyna Michalczyk i inni, *Potrzeby i perspektywy...*, s. 40.

⁷⁹ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 814); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2019 poz. 2335 ze zm.); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowiskach pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1515).

⁸⁰ Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1213 ze zm.).

⁸¹ Ibidem.

⁸² Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1972).

⁸³ Grażyna Michalczyk i inni, *Potrzeby i perspektywy...*, s. 211.

stopni specjalizacji) pielęgniarek”⁸⁴, jak i innych grup pracujących w opiece długoterminowej jest skomplikowany.

Tabela 7. Kwalifikacje, umiejętności zawodowe oraz kompetencje miękkie w zawodach medycznych związanych z opieką długoterminową

Kwalifikacje, umiejętności, kompetencje	Opis
Zawód:	Pielęgniarka/pielęgniarz
Kwalifikacje preferowane	<ul style="list-style-type: none"> • ukończone co najmniej studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo (lub) • ukończone studia pierwszego i drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo; • posiadane prawo wykonywania zawodu wydawanego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych; • ukończony kurs kwalifikacyjny lub specjalizacyjny w dziedzinie opieki długoterminowej lub pielęgniarstwa: środowiskowego, rodzinnego, zachowawczego, środowiskowo-rodzinnego, pediatrycznego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, geriatrycznego lub paliatywnego.
Umiejętności zawodowe	<p>Potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • organizować środowiska pielęgniarskiej opieki w szpitalu, domu lub innych placówkach opieki nad pacjentem, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej; • rozpoznawać warunki potrzeby zdrowotnych oraz problemy pielęgnacyjne pacjenta; • opracowywać i stosować dokumentację opieki pielęgniarskiej nad pacjentem; • samodzielnie udzielać w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych w zależności od stanu zdrowia pacjenta; • realizować zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pacjenta; • określać potrzeby żywieniowych oraz żywienia leczniczego pacjenta; • prowadzić ocenę jakości opieki pielęgniarskiej nad pacjentem oraz jakości jego życia; • opracowywać i stosować programy profilaktyki, edukacji, zachowań prozdrowotnych i aktywizujących dla pacjentów oraz ich rodzin i/lub opiekunów; • aktywizować pacjenta oraz jego rodziny i/lub opiekunów do współpracy zespołem terapeutycznym w procesie samoopieki samokontroli.
Kompetencje miękkie	<ul style="list-style-type: none"> • umiejętność: nawiązywania kontaktów z pacjentem, skutecznego komunikowania się z pacjentem, zarządzania czasem, pracy w zespole, rozwiązywania konfliktów, pracy pod presją, radzenia sobie ze stresem, podejmowania szybkich i jednocześnie dobrych decyzji, słuchania i empatycznego reagowania, radzenia sobie z emocjami, pokonywania przeszkód i ograniczeń, argumentowania; • tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób; • odpowiedzialność, zdyscyplinowanie i systematyczność; • podzielność i zdolność koncentracji uwagi;

⁸⁴ Małgorzata Sidor-Rządowska, Zarządzanie zasobami..., s. 133.

Kwalifikacje, umiejętności, kompetencje	Opis
	<ul style="list-style-type: none"> • potrzeba ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy; • zachowanie odpowiednich standardów etycznych; • wrażliwość i empatia, cierpliwość.
Zawód:	Fizjoterapeuta
Kwalifikacje preferowane ⁸⁵	<ul style="list-style-type: none"> • ukończone jednolite studia magisterskie na kierunku fizjoterapia; • zdany Państwowy Egzamin Fizjoterapeutyczny; • posiadane prawo do wykonywania zawodu wydane przez Krajową Radę Fizjoterapeutów; • specjalizacja z zakresu opieki fizjoterapii geriatrycznej lub rekonwalescencyjnej.
Umiejętności zawodowe	<p>Potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wykonywać zabiegi zakresu fizykoterapii, kinezyterapii, masażu i terapii manualnej oraz specjalnych metod fizjoterapii; • interpretować wyniki badań czynnościowych oraz przeprowadzać testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii interpretować ich wyniki; • tworzyć, weryfikować i modyfikować programy fizjoterapii osób z różnymi dysfunkcjami, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, a także w ramach procesu kompleksowej

⁸⁵ Aktualnie obowiązujące przepisy różnicują wymagania kwalifikacyjne. Potwierdza je dyplom uzyskany na:

- jednolitych 5-letnich studiach wyższych w zakresie fizjoterapii rozpoczętych po 1 października 2017 roku, zapewniających uzyskanie co najmniej 300 punktów ECTS, w tym co najmniej 160 punktów ECTS w zakresie fizjoterapii i po odbyciu 6-miesięcznej praktyki zawodowej zakończonej uzyskaniem tytułu zawodowego magistra oraz zdaniu z wynikiem pozytywnym Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego (PEF);
- studiach przygotowujących do wykonywania zawodu fizjoterapeuty, prowadzonych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, rozpoczętych po roku akademickim 2018/2019;
- studiach wyższych z zakresu fizjoterapii rozpoczętych po 30 września 2012 roku i przed 1 października 2017 roku, zapewniających uzyskanie co najmniej 180 punktów ECTS, w tym co najmniej 100 punktów ECTS w zakresie fizjoterapii, zakończonych uzyskaniem tytułu licencjata lub dodatkowo po odbyciu studiów wyższych obejmujących co najmniej 120 punktów ECTS, w tym co najmniej 60 punktów ECTS w zakresie fizjoterapii, zakończonych uzyskaniem tytułu magistra;
- studiach wyższych rozpoczętych po 31 grudnia 1997 roku na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskaniu tytułu licencjata lub magistra na tym kierunku;
- studiach wyższych rozpoczętych przed 1 stycznia 1998 roku na kierunku rehabilitacja ruchowa lub rehabilitacja, zakończonych uzyskaniem tytułu magistra na tym kierunku;
- studiach wyższych rozpoczętych przed 1 stycznia 1998 roku w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskaniu tytułu magistra oraz ukończeniu specjalizacji pierwszego lub drugiego stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej;
- studiach wyższych rozpoczętych przed 1 stycznia 1980 roku na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskaniu tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończeniu w ramach studiów 2-letniej specjalizacji z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej;
- studiach wyższych rozpoczętych przed 1 stycznia 1980 roku na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskaniu tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończeniu 3-miesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Sportu;
- ukończeniu przed 31 maja 2016 roku policealnej szkoły publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskaniu tytułu zawodowego technika fizjoterapii.

Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1213).

Kwalifikacje, umiejętności, kompetencje	Opis
	rehabilitacji; <ul style="list-style-type: none"> • kontrolować efekty postępowania fizjoterapeutycznego; • dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać; • zastosować działania zakresu adaptowanej aktywności fizycznej i sportu osób z niepełnosprawnościami do planowania, doboru, modyfikowania oraz tworzenia różnych form zajęć rekreacyjnych i sportowych dla osób ze specjalnymi potrzebami, w tym osób starszych; • zastosować działania ukierunkowane na edukację zdrowotną, promocję zdrowia, profilaktykę niepełnosprawności, a także pierwotną i wtórną profilaktykę chorób.
Kompetencje miękkie	<ul style="list-style-type: none"> • umiejętność: skutecznej komunikacji, zarządzania czasem, pracy z pacjentem, motywowania, radzenia z krytyką, radzenia z emocjami, dostosowywania się do warunków, sytuacji wymagań w środowisku pracy, ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy; • tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób; • podzielność i koncentracja uwagi; • zaradność i samodzielność działania; • potrzeba ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy; • przestrzeganie standardów etycznych; • wrażliwość i empatia, cierpliwość, kreatywność, inicjatywa i konsekwencja.
Terapeuta zajęciowy	
Kwalifikacje preferowane ⁸⁶	<ul style="list-style-type: none"> • ukończone studia wyższe pierwszego i/lub drugiego stopnia na kierunku lub specjalności terapia zajęciowa (lub) • posiadane średnie wykształcenie i uzyskany tytuł dyplom zawodowy w zawodzie terapeuty zajęciowy po ukończeniu szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej z uprawnieniami szkoły publicznej.
Umiejętności zawodowe	Potrafi: <ul style="list-style-type: none"> • rozpoznawać i diagnozować potrzeby fizyczne, psychiczne i społeczne pacjentów; • opracować plan i program działań terapeutycznych, biorąc pod uwagę możliwości fizyczne i zdrowotne pacjentów; • prowadzić terapie zajęciowe skoncentrowane na utrzymaniu niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu umiejętności

⁸⁶ Aktualnie obowiązujące przepisy różnicują wymagania kwalifikacyjne. Potwierdza je dyplom uzyskany na:

- rozpoczęcie po dniu 30 września 2012 roku studiów w zakresie terapii zajęciowej i uzyskanie tytułu zawodowego co najmniej licencjata albo inżyniera lub
- rozpoczęcie przed dniem 1 października 2012 roku studiów na kierunku (specjalności) terapia zajęciowa i uzyskanie tytułu zawodowego co najmniej licencjata albo inżyniera, lub
- rozpoczęcie po dniu 31 sierpnia 2019 roku szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej i uzyskanie dyplomu zawodowego w zawodzie terapeuty zajęciowy, lub
- rozpoczęcie przed dniem 1 września 2019 roku szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego terapeuty zajęciowy lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowy, lub
- ukończeniu przed dniem wejścia w życie ustawy szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego w zawodzie instruktor terapii zajęciowej.

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

Kwalifikacje, umiejętności, kompetencje	Opis
	<p>pacjentów;</p> <ul style="list-style-type: none"> • wspomagać pacjentów poprzez stosowanie różnych form i technik terapii zajęciowej kompensujące zaburzone funkcje, przeciwdziałające przewlekłym stanom chorobowym czy trwałemu kalectwu; • stosować arteterapię, muzykoterapię oraz aktywizację ruchową osób starszych jako metody i formy prowadzenia terapii zajęciowej; • aktywizować pacjentów do uczestnictwa w życiu społecznym; • organizować zajęcia o charakterze terapeutyczno-manualnym, między innymi ergoterapię, socjoterapię, arteterapię, poprawiające stan fizyczny, psychiczny i społeczny pacjenta oraz integrujące go w środowisku lokalnym; • nawiązywać i utrzymywać kontakt terapeutyczny z pacjentem podczas tworzenia środowiska terapeutycznego i socjoterapeutycznego, uwzględniając czynniki zdrowotne, psychologiczne i społeczne; • przygotować indywidualny i grupowy programu terapii, uwzględniający stan zdrowia, potrzeby i zainteresowania pacjentów; • monitorować proces terapeutyczny.
Kompetencje miękkie	<ul style="list-style-type: none"> • umiejętność: skutecznej komunikacji, zarządzania czasem, pracy z pacjentem, pracy w zespole, motywowania pacjenta, rozwiązywania konfliktów, radzenia z krytyką, emocjami stresem, dostosowywania się do warunków, sytuacji wymagań w środowisku pracy, ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy, • tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób; • przestrzeganie standardów etycznych; • podzielność i koncentracja uwagi; • wrażliwość i empatia, cierpliwość, kreatywność, inicjatywa i konsekwencja.
Opiekun medyczny	
Kwalifikacje preferowane ⁸⁷ :	<ul style="list-style-type: none"> • Ukończona szkoła policealna publiczna lub niepubliczna i uzyskany dyplom zawodowy w zawodzie opiekun medyczny.
Umiejętności	Potrafi:

⁸⁷Aktualnie obowiązujące przepisy różnicują wymagania kwalifikacyjne. Potwierdza je dyplom uzyskany na:

- rozpoczęcie po dniu 31 sierpnia 2021 roku szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej i uzyskanie dyplomu zawodowego w zawodzie opiekun medyczny lub
- rozpoczęcie po dniu 31 sierpnia 2019 roku szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej i uzyskanie dyplomu zawodowego w zawodzie opiekun medyczny, lub
- rozpoczęcie przed dniem 1 września 2021 roku kwalifikacyjnego kursu zawodowego w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie i uzyskanie świadectwa potwierdzającego kwalifikację w zawodzie lub certyfikatu kwalifikacji zawodowej, lub dyplomu potwierdzającego kwalifikację zawodową w zawodzie opiekun medyczny lub dyplomu zawodowego w zawodzie opiekun medyczny, lub
- rozpoczęcie przed dniem 1 września 2019 roku szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego opiekun medyczny lub dyplomu potwierdzającego kwalifikację zawodową w zawodzie opiekun medyczny, lub
- rozpoczęcie przed dniem 1 września 2012 roku zasadniczej szkoły zawodowej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego w zawodzie opiekun medyczny lub dyplomu potwierdzającego kwalifikację zawodową w zawodzie opiekun medyczny.

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

Kwalifikacje, umiejętności, kompetencje	Opis
zawodowe	<ul style="list-style-type: none"> rozpoznawać i rozwiązywać problemy opiekuńcze osoby chorej i niesamodzielnej w różnym wieku; rozpoznawać i zaspakajać potrzeby biologiczne i psychospołeczne osoby chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku; świadczyć usługi pielęgnacyjne i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku; wykonywać wybrane czynności medyczne w podmiotach leczniczych, w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w środowisku domowym.
Kompetencje miękkie	<ul style="list-style-type: none"> umiejętność: pracy z pacjentem, nawiązywania kontaktu, pracy w zespole, zarządzania czasem, radzenia z krytyką, rozwiązywania konfliktów, skutecznej komunikacji (na przykład słuchania, udzielania informacji zwrotnej), motywowania pacjentów, radzenia z emocjami, dostosowywania się do warunków, sytuacji wymagań w środowisku pracy, pokonywania przeszkód i ograniczeń; tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób; potrzeba ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy; przestrzeganie standardów etycznych; odpowiedzialność, zdyscyplinowanie; podzielność i zdolność koncentracji uwagi; odporność na stres, wrażliwość i empatia, cierpliwość, wyrozumiałość, życzliwość.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Grażyna Michalczuk i inni, Potrzeby i perspektywy..., s. 213–218.

W przypadku opieki długoterminowej szczególne wymagania kierowane są w stosunku do pielęgniarek. Wynika to z charakteru czynności, jakie wykonują one w ramach tej opieki, szczególnie zabiegi medyczne. Pielęgniarka opieki długoterminowej musi posiadać specjalistyczne wykształcenie (tabela 8).

Tabela 8. Wymagania w zakresie kursów/specjalizacji wobec pielęgniarki opieki długoterminowej według miejsca zatrudnienia oraz rodzaju świadczenia

Miejsce zatrudnienia/rodzaj świadczenia	Kursy/specjalizacje
<ul style="list-style-type: none"> Zakłady opiekuńcze dla dorosłych Zakłady opiekuńcze dla dzieci młodzieży do ukończenia 18. roku życia Zakłady opiekuńcze dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie 	Pielęgniarka z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów: <ul style="list-style-type: none"> w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego (opieka dorosłych) /pediatrycznego (opieka dzieci młodzieży) lub w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub w trakcie

Miejsce zatrudnienia/ rodzaj świadczenia	Kursy/specjalizacje
	<p>odbywania tych kursów;</p> <ul style="list-style-type: none"> • w opiece nad dorosłymi wentylowanymi mechanicznie, dodatkowo udziela świadczeń pielęgniarka, która ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów; • w opiece nad dziećmi młodzieżą do ukończenia 18. roku życia wentylowanymi mechanicznie, dodatkowo udziela świadczeń pielęgniarka, która ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie, lub ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów
Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci młodzieży	<p>Pielęgniarka z rocznym doświadczeniem zawodowym oraz ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym, lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub • w dziedzinie opieki paliatywnej lub • w dziedzinie opieki długoterminowej lub • w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych lub • specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie.
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	<p>Pielęgniarka z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub kursem specjalistycznym lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w dziedzinie opieki długoterminowej lub • w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub • w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub • w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub • w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego lub • w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego lub • w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub • w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub • w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub • specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej lub w trakcie odbywania tych kursów.

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz.U.2024 poz. 253, załącznik nr 4).

W przypadku opieki długoterminowej realizowanej w systemie opieki zdrowotnej regulacje prawne określają wymagane standardy kształcenia i praktyki zawodowej dla

zawodów medycznych⁸⁸. Ustawodawca literalnie zaznaczył, że osoba wykonująca zawód medyczny ma prawo i obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego przez aktualizowanie swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. Może być on realizowany przez kształcenie podyplomowe lub doskonalenie zawodowe. Okres edukacyjny rozpoczyna się od początku roku kalendarzowego po roku, w którym osoba uzyskała wpis do Rejestru⁸⁹, i obejmuje 5 lat. Każda osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek uzyskania określonej liczby punktów edukacyjnych. W przypadku opiekunów medycznych i terapeutów zajęciowych ustawowo obowiązek ten wszedł w życie od 1 stycznia 2025 roku. Muszą oni uzyskać 200 punktów edukacyjnych w każdym z tych 5-letnich okresów, z czego 120 punktów należy uzyskać za udział w kursie doskonalącym.

W przypadku pielęgniarek obowiązek ten wejdzie w życie 1 stycznia 2026 roku. Pielęgniarki czynne zawodowo muszą uzyskać minimum 100 punktów edukacyjnych w każdym 5-letnim okresie rozliczeniowym, z czego 40 punktów trzeba będzie zdobyć za udział w kursie doskonalącym⁹⁰. Mogą go prowadzić wyłącznie podmioty wpisane na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego, sporządzoną przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Z kolei kursy kwalifikacyjne odbywają się wyłącznie w CMKP. Pozostałe formy kształcenia mogą być organizowane przez różne podmioty, jednak muszą dotyczyć zawodu opiekuna medycznego. Poza koniecznością ukończenia kursu doskonalącego nie ma określonych form rozwoju ustawicznego, które należy ukończyć. To dana osoba decyduje, z jakiego szkolenia i kiedy chce skorzystać⁹¹.

Kursy i szkolenia zawodowe – zarówno obowiązkowe, jak i dodatkowe – umożliwiają zdobywanie i pogłębianie niezbędnych kwalifikacji przy świadczeniu usług opieki długoterminowej. Pozwalają nie tylko na pozyskiwanie nowej wiedzy i umiejętności, ale też na utrwalenie już zdobytych.

3.2. Zawody niemedyczne związane ze świadczeniem opieki długoterminowej

Opieka długoterminowa świadczona jest też w ramach niemedycznych zawodów. Można tu wyróżnić takie grupy, jak⁹²:

⁸⁸ Rozporządzenie Ministra Nauki szkolnictwa wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1514 ze zm.); Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1972 ze zm.).

⁸⁹ Pielęgniarki Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych; fizjoterapeuci – Krajowy Rejestr Fizjoterapeutów; opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy – Centralny Rejestr Osób Upoważnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego.

⁹⁰ Uchwała nr 106/VIII/2024 z w sprawie ustalania zasad uzyskiwania przez pielęgniarki położne punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego podjęta przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych podczas posiedzenia 13 czerwca 2024 roku.

⁹¹ [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2024 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego osób wykonujących niektóre zawody medyczne](#) (t.j. Dz.U. 2024 poz. 674).

⁹² Jerzy Krzykowski, Usługi opiekuńcze dla ludzi starych...

- opiekunowie zatrudnieni w publicznych placówkach pomocy społecznej;
- opiekunowie zatrudnieni w niepublicznych pozarządowych organizacji prywatnych agencji świadczących usługi opiekuńcze;
- opiekunowie niezależni, korzystający jedynie z pośrednictwa pracy odpowiednich agencji lub zatrudniani bezpośrednio przez podopiecznych bądź ich rodziny;
- opiekunowie nieformalni, nieodpłatnie świadczący usługi w miejscu zamieszkania. Są nimi głównie członkowie rodzin świadczący usługi oraz wolontariusze świadczących usługi jedynie za zwrot ponoszonych kosztów.

Dla wyszczególnionych powyżej dostawców usług opiekuńczych nie ma ujednoczonych wymogów dotyczących ich kwalifikacji umiejętności. Standardy są określone dla osób świadczących wskazane usługi w ramach systemu opieki społecznej.

Wśród zawodów bezpośrednio związanych ze świadczeniem usług opiekuńczych w systemie opieki społecznej należy wymienić: opiekuna osoby starszej, opiekuna w domu pomocy społecznej, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunkę środowiskową, pracownika socjalnego. Ponadto z opieką długoterminową związani są psycholodzy i logopedzi. Do wykonywania zawodu opiekuna osoby niesamodzielnej niezbędne jest posiadanie odpowiednich kwalifikacji, umiejętności zawodowych i kompetencji miękkich (tabela 9).

Tabela 9. Kwalifikacje, umiejętności zawodowe oraz kompetencje miękkie w zawodach niemedyceznich związanych z opieką długoterminową

Kwalifikacje – umiejętności – kompetencje	Opis
Zawód:	Opiekun osoby starszej
Kwalifikacje preferowane	<ul style="list-style-type: none"> • ukończona szkoła policealna w zakresie kwalifikacji SPO.02. Świadczenie usług opiekuńczo-wspierających osobie starszej (lub) • ukończona szkoła średnia lub średnia branżowa i ukończony kwalifikacyjny kurs zawodowy w zakresie kwalifikacji SPO.02; • uzyskany dokument potwierdzający nadanie kwalifikacji (świadectwa potwierdzającego kwalifikację w zawodzie).
Umiejętności zawodowe	<p>Potrąfi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ustalać i klasyfikować problemy opiekuńcze i potrzeby osoby starszej; • świadczyć osobom starszym usługi opiekuńczo-wspierające; • rozpoznawać możliwości oraz ograniczenia w funkcjonowaniu osoby starszej wynikające z rodzaju i stopnia niepełnosprawności; • rozpoznawać i interpretować sytuacje społeczne, warunki życia, relacje z rodziną, grupą i środowiskiem lokalnym osoby starszej; • dobierać metody, techniki, narzędzia i formy realizacji działań opiekuńczo-wspierających do sytuacji życiowej, stanu zdrowia, rozpoznanych problemów i potrzeb osoby starszej; • udzielać wsparcia emocjonalnego i aktywizować osoby starsze do samodzielności życiowej w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności; • nawiązywać, podtrzymywać i rozwijać współpracę z podmiotami działającymi na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym; • mobilizowania osoby starszej do aktywności.

Kwalifikacje – umiejętności – kompetencje	Opis
Kompetencje miękkie	<ul style="list-style-type: none"> • umiejętność: pracy z osobą starszą; nawiązywania kontaktu; zarządzania czasem; radzenia sobie z krytyką; rozwiązywania konfliktów; umiejętność motywowania; radzenia z emocjami; dostosowywania się do warunków, sytuacji wymagań w środowisku pracy; • skuteczność komunikacji (na przykład słuchania, udzielania informacji zwrotnej); • zaradność i samodzielność działania; • tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób; • przestrzeganie standardów etycznych; • podzielność i zdolność koncentracji uwagi; • odporność na stres, asertywność, wrażliwość i empatia, cierpliwość, wyrozumiałość, życzliwość, uczciwość, odpowiedzialność.
Zawód:	Asystent osoby niepełnosprawnej
Kwalifikacje preferowane	<ul style="list-style-type: none"> • ukończona szkoła policealna w zakresie kwalifikacji SPO.01. Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej lub • ukończona szkoła średnia lub średnia branżowa i ukończenie kwalifikacyjnego kursu zawodowego w zakresie kwalifikacji SPO.01; • uzyskanie dokumentu potwierdzającego nadanie kwalifikacji (świadectwa potwierdzającego kwalifikację w zawodzie).
Umiejętności zawodowe	<p>Potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • planować wraz z osobą niepełnosprawną lub jej rodziną, kompleksowego wsparcia; • świadczyć opiekę i wsparcie w codziennym funkcjonowaniu osoby starszej, to jest wspierać w czynnościach życia codziennego oraz podejmować działania mające na celu dążenie do usuwania barier psychologicznych, społecznych itp.; • diagnozować warunki życia osoby starszej z niepełnosprawnością; • współtworzyć programy rehabilitacji pomocy; • wspierać osoby niepełnosprawne w utrzymaniu lub podejmowaniu aktywności społecznej i zawodowej; • udzielać pomocy osobie niepełnosprawnej w korzystaniu z różnych form kompleksowej rehabilitacji.
Kompetencje miękkie	<ul style="list-style-type: none"> • umiejętność: pracy z osobą niepełnosprawną, nawiązywania kontaktu, zarządzania czasem, radzenia sobie z krytyką, rozwiązywania konfliktów, motywowania, radzenia sobie z emocjami, dostosowywania się do warunków, sytuacji wymagań w środowisku pracy; • skuteczność komunikacji (na przykład słuchania, udzielania informacji zwrotnej); • tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób; • podzielność i zdolność koncentracji uwagi; • zaradność i samodzielność działania; • odporność na stres, asertywność, wrażliwość i empatia, cierpliwość, wyrozumiałość, życzliwość, uczciwość, odpowiedzialność.
Zawód:	Opiekun w domu pomocy społecznej
Kwalifikacje preferowane	<ul style="list-style-type: none"> • ukończona szkoła policealna w zakresie kwalifikacji SPO.02. Świadczenie usług opiekuńczo-wspierających osobie starszej (lub) • ukończona szkoła średnia lub średnia branżowa i ukończony kwalifikacyjny kurs zawodowy w zakresie kwalifikacji SPO.02; • uzyskany dokument potwierdzający nadanie kwalifikacji (świadectwa potwierdzającego kwalifikację w zawodzie).

Kwalifikacje – umiejętności – kompetencje	Opis
Umiejętności zawodowe	Potrafi: <ul style="list-style-type: none"> • świadczyć osobom starszym usługi opiekuńczo-wspierające; • rozpoznawać możliwości oraz ograniczenia w funkcjonowaniu osoby starszej wynikające z rodzaju i stopnia niepełnosprawności; • rozpoznawać i interpretować sytuacje społeczne, warunki życia, relacje z rodziną, grupą i środowiskiem lokalnym osoby starszej; • dobierać metody, techniki, narzędzia i formy realizacji działań opiekuńczo-wspierających do sytuacji życiowej, stanu zdrowia, rozpoznanych problemów i potrzeb osoby starszej; • udzielać wsparcia emocjonalnego i aktywizować osoby starsze do samodzielności życiowej w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności; • nawiązywać, podtrzymywać i rozwijać współpracę z podmiotami działającymi na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym.
Kompetencje miękkie	<ul style="list-style-type: none"> • umiejętność: pracy z podopiecznymi, nawiązywania kontaktu, pracy w zespole, zarządzania czasem, radzenia z krytyką, rozwiązywania konfliktów, umiejętność motywowania, radzenia z emocjami, dostosowywania się do warunków, sytuacji wymagań w środowisku pracy; • skuteczność komunikacji (na przykład słuchania, udzielania informacji zwrotnej); • tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób; • podzielność i zdolność koncentracji uwagi; • zaradność i samodzielność działania; • odporność na stres; asertywność, wrażliwość i empatia, cierpliwość, wyrozumiałość, życzliwość, uczciwość, odpowiedzialność.
Zawód:	Opiekunka środowiskowa
Kwalifikacje preferowane	<ul style="list-style-type: none"> • ukończone studia wyższe pierwszego lub drugiego stopnia na kierunku pomoc społeczna lub pokrewnym lub • ukończona szkoła policealna w zakresie kwalifikacji SPO.05. Świadczenie usług opiekuńczych oraz uzyskany dokument potwierdzający nadanie kwalifikacji (świadczenia potwierdzającego kwalifikację w zawodzie).
Umiejętności zawodowe	Potrafi: <ul style="list-style-type: none"> • organizować opiekę oraz wsparcia społecznego osobie podopiecznej; • sprawować opiekę nad osobą podopieczną w celu zapewnienia jej bezpieczeństwa zdrowotnego i higieny osobistej; • pomagać osobie podopiecznej w czynnościach dnia codziennego; • motywować osobę podopieczną do samodzielności oraz aktywności intelektualnej, fizycznej i społecznej; • mobilizować podopiecznego do aktywnego spędzania czasu wolnego i rozwijać jego zainteresowania; • aktywizować podopiecznego do zwiększania jego samodzielności życiowej; • doradzać w zakresie planowania i organizacji gospodarstwa domowego; • kontaktować się z różnego rodzaju instytucjami organizacjami społecznymi w celu rozwiązywania problemów zdrowotnych, materialnych, mieszkaniowych, rodzinnych i prawnych podopiecznego; • inicjować pozytywne relacje międzyludzkie w najbliższym otoczeniu podopiecznego, a zwłaszcza z członkami jego rodziny.
Kompetencje miękkie	<ul style="list-style-type: none"> • umiejętność: pracy z podopiecznymi, nawiązywania kontaktu, zarządzania czasem, radzenia z krytyką, rozwiązywania konfliktów, umiejętność motywowania, radzenia z emocjami, dostosowywania się do warunków, sytuacji wymagań w środowisku pracy;

Kwalifikacje – umiejętności – kompetencje	Opis
	<ul style="list-style-type: none"> • skuteczność komunikacji (na przykład słuchania, udzielania informacji zwrotnej); • tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób; • podzielność i zdolność koncentracji uwagi; • zaradność i samodzielność działania; • odporność na stres, asertywność, wrażliwość i empatia, cierpliwość, wyrozumiałość, życzliwość, uczciwość, odpowiedzialność.
Zawód:	Pracownik socjalny
Kwalifikacje preferowane	<ul style="list-style-type: none"> • posiadany dyplom ukończenia kolegium pracowników służb społecznych (lub) • ukończone studia na kierunku praca socjalna lub w zakresie pracy socjalnej (lub) • ukończone do dnia 31 grudnia 2013 r. studia wyższe o specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego na jednym z kierunków: pedagogika, pedagogika specjalna, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia, nauki o rodzinie (lub) • ukończone studia podyplomowe z zakresu metodyki metodologii pracy socjalnej w szkole wyższej realizującej studia na kierunku praca socjalna lub w zakresie pracy socjalnej, po uprzednim ukończeniu studiów wyższych (na jednym z kierunków wymienionych w poprzednim punkcie).
Umiejętności zawodowe	<p>Potrafi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnozować sytuacji życiowej osób i rodzin wymagających wsparcia; • udzielać zainteresowanym pełnej informacji o przysługujących im świadczeniach i dostępnych formach pomocy oraz wspieranie ich w uzyskiwaniu tej pomocy; • kwalifikować do uzyskania świadczeń z pomocy społecznej; • udzielać pomocy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zasadami etyki zawodowej; • współpracować z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania skutków negatywnych zjawisk społecznych (działalność interdyscyplinarna); • inicjować nowe formy pomocy z wykorzystaniem projektów socjalnych; • monitorować i ewaluować realizowane programy i działania; • diagnozować potrzeby i problemy społeczne kształtujące właściwe relacje międzypokoleniowe; • podejmować działania interwencyjne i zaradcze w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa osób i rodzin; • pobudzać społeczną aktywność i inspirować działania wolontariackie i samopomocowe; • tworzyć regionalne i lokalne programy pomocy społecznej ukierunkowane na podniesienie jakości życia mieszkańców.
Kompetencje miękkie	<ul style="list-style-type: none"> • umiejętność: podejmowania współpracy z innymi instytucjami, samodzielnego wyznaczenia kierunku własnego rozwoju, określenia i wyznaczenia priorytetów w działaniach biorąc pod uwagę skomplikowane sytuacje życiowe rodzin, umiejętność pracy w stresie, okazywanie zrozumienia sytuacji; • wysokie morale osobiste i zawodowe; • otwartość, obiektywizm, spolegliwość (rozumiana, jako osoba, na której można polegać); • kreatywność, wrażliwość poznawcza; • własna aktywność i motywowanie do rozwoju, • łatwość nawiązywania kontaktów;

Kwalifikacje – umiejętności – kompetencje	Opis
	<ul style="list-style-type: none"> • wysoki poziom kultury osobistej; • poszanowanie godności odmienności drugiego człowieka; • postępowanie zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Grażyna Michalczuk inni, Potrzeby i perspektywy..., s. 218–222.

Wskazane w tabeli kwalifikacje są wymogiem świadczenia określonego rodzaju usług opiekuńczych w systemie publicznej pomocy społecznej. Biorąc pod uwagę, że część usług opieki długoterminowej na rzecz osób niesamodzielnych realizowana jest poza systemem publicznym (na przykład w rodzinie), usługi opieki długoterminowej mogą być świadczone przez osoby bez wykształcenia kierunkowego, na różnych stanowiskach, a w przypadku świadczenia ich na rzecz członków rodzin często nie są postrzegane w kategoriach pracy zawodowej. Wynika to z tego, że w Polsce „brak jest całościowego unormowania standardów środowiskowych usług opiekuńczych, które obejmowałyby również prywatne podmioty gospodarcze działające na tym rynku. Brak jest także jednolitych uregulowań dotyczących kwalifikacji, jakie powinny posiadać osoby wykonujące pracę opiekuna świadczącego takie usługi”⁹³. Jest to następstwem niewypracowania systemów regulujących sposób świadczenia pracy w opiece domowej. Brakuje zdefiniowanych wskaźników oraz norm w zakresie realizacji poszczególnych zadań na rzecz podopiecznego. Takie standardy określone są wyłącznie w opiece instytucjonalnej.

⁹³ Zofia Szwed-Lewandowska, Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi, „Studia Ekonomiczne” 2014, nr 179, s. 72.

4. Oferta edukacyjna i szkoleniowa z zakresu rozwoju kompetencji do świadczenia opieki długoterminowej w województwie podlaskim

4.1. Kształcenie w systemie szkolnictwa wyższego w województwie podlaskim

Kształcenie w zawodach związanych z opieką długoterminową w polskim systemie edukacji realizowane jest na różnych poziomach i w różnych formach:

- w ramach edukacji formalnej⁹⁴: system oświaty – szkoły ponadpodstawowe kształcące w zawodach szkolnictwa branżowego (szkoły policealne) oraz kolegia pracowniczych służb społecznych; system szkolnictwa wyższego – studia pierwszego i drugiego stopnia oraz studia podyplomowe
- oraz w ramach edukacji pozaformalnej – kursy, szkolenia.

W województwie podlaskim aktualnie funkcjonuje 14 publicznych i niepublicznych szkół wyższych. Tylko część z nich oferuje kształcenie w zawodach, które mogą być związane z opieką długoterminową (tabela 10).

Tabela 10. Wykaz kierunków kształcących w zawodach związanych z opieką długoterminową w ramach szkolnictwa wyższego w województwie podlaskim

Kierunek kształcenia i szkoła wyższa	Poziom kształcenia
pielęgniarstwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none">• studia pierwszego stopnia – 3-letni etap kształcenia kończy się tytułem licencjata• studia drugiego stopnia – 2-letni etap kształcenia kończy się tytułem magistra
fizjoterapia Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none">• jednolite studia magisterskie – 5-letnie• absolwent uzyskuje dyplom magistra i może przystąpić do Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego, którego pozytywne zdanie uprawnia do wykonywania zawodu
pielęgniarstwo Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none">• studia pierwszego stopnia – 3-letni etap kształcenia kończy się tytułem licencjata• studia drugiego stopnia – 2-letni etap kształcenia kończy się tytułem magistra
pielęgniarstwo pomostowe Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none">• poziom AB – absolwenci 5-letnich liceów medycznych – 2 semestry• poziom C – absolwenci 2-letnich szkół medycznych zawodowych – 3 semestry• poziom D – absolwenci 2,5-letnich medycznych szkół zawodowych – 2 semestry
fizjoterapia Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none">• jednolite studia magisterskie – 5-letnie• absolwent uzyskuje dyplom magistra i może przystąpić do Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego, którego pozytywne zdanie uprawnia do wykonywania zawodu

⁹⁴ Grażyna Michalczyk i inni, Potrzeby i perspektywy..., s. 120.

Kierunek kształcenia i szkoła wyższa	Poziom kształcenia
pielęgniarstwo Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa imienia Profesora Edwarda Szczepanika w Suwałkach	<ul style="list-style-type: none"> • studia pierwszego stopnia – 3-letni etap kształcenia kończy się tytułem licencjata
fizjoterapeuta Akademia Łomżyńska w Łomży	<ul style="list-style-type: none"> • jednolite studia magisterskie – 5-letnie • absolwent uzyskuje dyplom magistra i może przystąpić do Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego, którego pozytywne zdanie uprawnia do wykonywania zawodu
pielęgniarstwo Akademia Łomżyńska w Łomży	<ul style="list-style-type: none"> • studia pierwszego stopnia – 3,5-letni etap kształcenia kończy się tytułem licencjata • studia drugiego stopnia – 2-letni etap kształcenia kończy się tytułem magistra
pielęgniarstwo Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży	<ul style="list-style-type: none"> • studia pierwszego stopnia – 3,5-letni etap kształcenia kończy się tytułem licencjata • studia drugiego stopnia – 2-letni etap kształcenia kończy się tytułem magistra
pielęgniarstwo pomostowe Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży	<ul style="list-style-type: none"> • ścieżka A – studia 2-semesteralne dla absolwentów 5-letnich liceów medycznych • ścieżka B – studia 3-semesteralne dla absolwentów 2-letnich szkół policealnych albo pomaturalnych • ścieżka C – studia 2-semesteralne dla absolwentów 2,5-letnich szkół policealnych albo pomaturalnych
praca socjalna Uniwersytet w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none"> • studia pierwszego stopnia – 3-letni etap kształcenia kończy się tytułem licencjata • studia drugiego stopnia – 2-letni etap kształcenia kończy się tytułem magistra

Źródło: opracowanie własne na podstawie: https://www.umb.edu.pl/kierunki_studiow, <https://al.edu.pl/kandydaci/kierunki-studiow>, <https://wsmed.edu.pl/kierunki>, <https://www.puz.suwalki.pl/kandydat/oferta-ksztalcenia>, <https://mans.edu.pl/kierunki-studiow> (dostęp: 7.07.2025).

W województwie podlaskim 5 szkół wyższych oferuje kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na studiach pierwszego stopnia. Na drugim stopniu takie kształcenie w ofercie mają 4 szkoły wyższe. Studia na kierunku fizjoterapia są prowadzone aktualnie wyłącznie jako jednolite studia magisterskie. Takie kształcenie realizują 3 szkoły wyższe. Kierunki pielęgniarstwo oraz fizjoterapia mają profil praktyczny. Aktualnie tylko 1 szkoła wyższa w województwie podlaskim kształci na kierunku praca socjalna.

Absolwenci szkół wyższych są potencjalnymi pracownikami w zawodach świadczących usługi opieki długoterminowej. Wykaz liczby absolwentów przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Liczba absolwentów szkół wyższych na kierunkach kształcących w zawodach medycznych i opiekuńczych w województwie podlaskim w latach 2020–2023

Kierunek kształcenia i szkoła wyższa	2020	2021	2022	2023
pielęgniarstwo pierwszego stopnia Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	95	120	120	122
pielęgniarstwo pierwszego stopnia	29	23	24	47

Kierunek kształcenia i szkoła wyższa	2020	2021	2022	2023
Państwowa Uczelnia Zawodowa imienia Profesora Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach				
pielęgniarstwo pierwszego stopnia Akademia Łomżyńska w Łomży	51	35	33	25
pielęgniarstwo pierwszego stopnia Wyższa Szkoła Medyczna z siedzibą w Białymstoku	44	50	68	115
pielęgniarstwo pierwszego stopnia Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży	0	0	40	0
Pielęgniarstwo pierwszego stopnia (razem)	219	228	285	309
pielęgniarstwo drugiego stopnia Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	75	71	88	113
pielęgniarstwo drugiego stopnia Akademia Łomżyńska w Łomży	53	42	63	64
pielęgniarstwo drugiego stopnia Wyższa Szkoła Medyczna z siedzibą w Białymstoku	94	0	94	224
pielęgniarstwo drugiego stopnia Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży	111	49	29	105
Pielęgniarstwo drugiego stopnia (razem)	333	162	274	506
fizjoterapia – jednolite magisterskie Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	0	0	60	71
fizjoterapia – jednolite magisterskie Wyższa Szkoła Medyczna z siedzibą w Białymstoku	0	0	0	13
fizjoterapia – jednolite magisterskie Akademia Łomżyńska w Łomży	0	0	18	25
Fizjoterapia (razem)	0	0	78	109
praca socjalna, studia pierwszego stopnia Akademia Łomżyńska w Łomży	27	15	22	0
praca socjalna, studia pierwszego stopnia Uniwersytet w Białymstoku	39	12	28	34
Praca socjalna pierwszego stopnia (razem)	66	27	50	34
praca socjalna, studia drugiego stopnia Uniwersytet w Białymstoku	26	12	20	14
Praca socjalna drugiego stopnia (razem)	26	12	20	14

Źródło: opracowanie własne na podstawie

<https://ela.nauka.gov.pl/pl/major?experience=ALL&graduationYear=2022&major=&institution=&studyVoivodeship=&studyForm=&studyLevel=&limit=10&offset=0> (dostęp: 18.12.2025).

Na kierunku pielęgniarstwo kształcenie odbywa się na studiach pierwszego i drugiego stopnia. Na pierwszym stopniu w roku 2023 liczba absolwentów wyniosła 309, co oznacza wzrost w stosunku do 2020 o prawie 41%. Na studiach drugiego stopnia liczba absolwentów była znacznie wyższa i wyniosła 506, co oznacza wzrost w stosunku do 2020 roku o około 51,9%. Dalsze kształcenie pielęgniarek w zakresie specjalizacji związanych z opieką długoterminową odbywa się w ramach obowiązkowo realizowanych szkoleń i kursów.

Kształcenie na kierunku fizjoterapia aktualnie realizowane jest wyłącznie w systemie studiów magisterskich na terenie województwa podlaskiego w trzech szkołach wyższych: na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, w Akademii Łomżyńskiej oraz Wyższej Szkole Medycznej w Białymstoku. W roku 2023 roku liczba absolwentów

wyniosła 109, co oznacza wzrost w stosunku do roku poprzedniego (pierwsi absolwenci tego kierunku w województwie podlaskim) prawie o 40%. Fizjoterapeuci chcący postąpić się tytułem specjalisty fizjoterapii muszą przejść szkolenie specjalizacyjne w ramach kształcenia podyplomowego, które jest prowadzone przez podmioty będące placówkami medyczno-dydaktycznymi, po uzyskaniu akredytacji udzielonej przez dyrektora CMKP, w formie 3-letnich studiów podyplomowych.

Kształcenie na kierunkach, które mogą być związane z opieką długoterminową w systemie opieki społecznej, w województwie podlaskim odbywa się aktualnie jedynie na Uniwersytecie w Białymstoku – na kierunku praca socjalna (studia pierwszego i drugiego stopnia). Jest to jedyny kierunek, którego ukończenie upoważnia do wykonywania zawodu pracownika socjalnego⁹⁵. Studia cieszą się bardzo małym zainteresowaniem, na co wskazuje nie tylko mała liczba absolwentów, ale też systematyczny spadek ich liczby. Jest to determinowane z jednej strony niskimi zarobkami, brakiem prestiżu, słabymi perspektywami rozwoju zawodowego, z drugiej – charakterem pracy, która prowadzi do wypalenia zawodowego. W efekcie brakuje wyspecjalizowanych pracowników pracy socjalnej.

Analiza ofert edukacyjnych realizowanych w ramach studiów podyplomowych pozwala stwierdzić, że niewiele z nich wiąże się z opieką długoterminową. W ofercie edukacyjnej na rok akademicki 2025/2026 szkół wyższych w województwie podlaskim są dostępne następujące studia podyplomowe:

- Uniwersytet w Białymstoku:
 - edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością intelektualną (oligofrenopedagogika),
 - edukacja i terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.
- Akademia Podlaska w Białymstoku – Akademia Nauk Stosowanych:
 - psychogeriatrya,
 - diagnoza i terapia pedagogiczna,
 - wczesne wspomaganie rozwoju dziecka,
 - edukacja i terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu,
- Uczelnia Jańskiego w Łomży:
 - socjoterapia z elementami psychoedukacji-trener terapeuta,
 - terapia zajęciowa,
 - terapia pedagogiczna z elementami integracji sensorycznej.

Zakres tematyczny organizowanych w województwie podlaskim studiów podyplomowych w większości przypadków w sposób pośredni nawiązuje do problematyki związanej z opieką długoterminową. Analizując ofertę innych szkół wyższych w Polsce kształcących na studiach podyplomowych w zakresie opieki

⁹⁵ Nie dotyczy to osób, które ukończyły studia do 31 grudnia 2013 roku o specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego na jednym z kierunków: pedagogika, pedagogika specjalna, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia, nauki o rodzinie.

długoterminowej, można zauważyć, że takie propozycje występują. Jako przykłady można podać:

- asystent osoby niepełnosprawnej i starszej (Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa);
- fizjoterapia i opieka geriatryczna (Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości imienia Księcia Kazimierza Kujawskiego w Inowrocławiu);
- fizjoterapia i opieka w geriatric (Karkonoska Akademia Nauk Stosowanych);
- geriatrics i gerontology z elementami opieki paliatywnej (Uniwersytet Medyczny imienia Karola Marcinkowskiego w Poznaniu);
- geriatrics i opieka senioralna (Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy);
- gerontology i geriatrics z podstawami zarządzania i opieki długoterminowej (Powiślańska Szkoła Wyższa);
- gerontology i opieka długoterminowa (Akademia Nauk Stosowanych – Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu, Akademia Nauk Stosowanych imienia Józefa Głuchowskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim);
- gerontology i opieka nad osobami starszymi (Wyższa Szkoła Nauk Pedagogicznych w Warszawie, Wyższa Szkoła Stosunków Międzynarodowych i Amerykanistyki w Warszawie, Akademia Tarnowska, Warszawska Uczelnia Ekonomiczna);
- opieka farmaceutyczna w geriatric – teoria i praktyka (Uniwersytet Medyczny imienia Karola Marcinkowskiego w Poznaniu);
- opieka geriatriczna (Wyższa Szkoła w Gdańsku);
- opieka nad osobami starszymi w realiach europejskiego rynku pracy (Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej);
- opieka nad osobą starszą i administrowanie systemem opieki (Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie);
- opieka paliatywna i geriatriczna z elementami rehabilitacji (Wyższa Szkoła Kształcenia Zawodowego – Wrocław, Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy);
- opieka senioralna (Akademia Kaliska imienia Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego);
- opiekunka środowiskowa (Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy);
- organizacja i zarządzanie opieką geriatriczną i paliatywną z elementami rehabilitacji (Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy);
- organizacja i zarządzanie opieką nad ludźmi starszymi (Akademia Nauk Społecznych i Medycznych w Lublinie);
- organizacja opieki geriatricznej, długoterminowej i paliatywnej (Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu – Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy);
- praca socjalna z osobami niepełnosprawnymi starszymi (Akademia Nauk Społecznych i Medycznych w Lublinie).

W systemie szkolnictwa wyższego kształcącego w zawodach medycznych istotne znaczenie ma Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego⁹⁶, którego słuchacze

⁹⁶ Centrum pełni w krajowym systemie medycznego kształcenia podyplomowego funkcję szkoły wyższej.

realizują program specjalizacji oraz prowadzą medyczne kształcenie ustawiczne. Podyktowane jest to tym, że osoba wykonująca zawód medyczny ma zarówno prawo, jak i obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego przez aktualizację swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. Akceptują to nowe przepisy regulujące wykonywanie określonych zawodów medycznych⁹⁷.

4.2. Kształcenie w systemie oświaty w województwie podlaskim

Kształcenie w zawodach, które mogą świadczyć usługi opieki długoterminowej, odbywa się także w systemie oświaty w szkołach policealnych i dotyczy następujących zawodów medycznych:

- opiekun medyczny (MED.14: Świadczenie usług medyczno-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej⁹⁸);
- terapeuta zajęciowy (MED.13: Świadczenie usług w zakresie terapii zajęciowej).

Od 2024 roku są to zawody medyczne⁹⁹, które mają uprawnienia do prowadzenia różnych czynności z pacjentami. Kształcenie prowadzone jest wyłącznie w formie dziennej lub stacjonarnej. Nie jest przewidziana możliwość prowadzenia kształcenia na kwalifikacyjnych kursach zawodowych lub na kursach umiejętności zawodowych. Uzyskanie zawodu opiekuna medycznego wymaga ukończenia 3-semestralnej szkoły policealnej, w której nauka zakończona jest egzaminem zawodowym przeprowadzonym w szkole przez okręgową komisję egzaminacyjną. Z kolei uzyskanie zawodu terapeuty zajęciowego wymaga ukończenia 4-semestralnej szkoły policealnej, w której nauka również zakończona jest egzaminem zawodowym przeprowadzonym w szkole przez okręgową komisję egzaminacyjną¹⁰⁰.

Szkoły policealne w województwie podlaskim kształcą też w zawodach zaliczanych do branży pomocy społecznej. Zawody te zostały wprowadzone rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 marca 2001 roku, zmieniającym rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego¹⁰¹. Miało to na celu profesjonalizację usług opiekuńczych. Podstawowym celem kształcenia w zawodach świadczących usługi opiekuńcze jest przygotowanie wykwalifikowanych kadr do udzielania pomocy i świadczenia usług opiekuńczych osobom niesamodzielnym, które nie mają dostatecznego wsparcia ze strony rodziny lub innych osób z otoczenia¹⁰².

⁹⁷ Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1972); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2024 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego osób wykonujących niektóre zawody medyczne (t.j. Dz.U. 2024 poz. 674).

⁹⁸ Od 2023 roku zmiana oznaczenia kwalifikacji ze względu na włączenie opiekuna medycznego do branży opieki zdrowotnej. Wcześniej kwalifikacja MED.03: Świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej.

⁹⁹ 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 – Załącznik do obwieszczenia Ministra Edukacji z dnia 19 marca 2024 r. (t.j. Dz.U. 2024 poz. 611).

¹⁰⁰ Grażyna Michalczuk i inni, Potrzeby i perspektywy..., s. 126.

¹⁰¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 marca 2001 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. 2021 nr 34 poz. 405).

¹⁰² Grażyna Michalczuk i inni, Potrzeby i perspektywy..., s. 126.

Ponadto odpowiednie przygotowanie do wykonywania zawodów świadczących usługi opiekuńcze wpływa na usprawnienie działania systemu pomocy społecznej (tabela 12).

Tabela 12. Kształcenie w zawodach zaliczanych do branży pomocy społecznej

Zawód	Symbol i nazwa kwalifikacji	Wykształcenie	Semestry
Asystent osoby niepełnosprawnej	SPO.01. Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej	średnie lub średnie branżowe	4
Opiekun osoby starszej	SPO.02. Świadczenie usług opiekuńczo-wspierających osobie starszej	nie ma wymogów	4
Opiekun w domu pomocy społecznej	SPO.03. Świadczenie usług opiekuńczo-wspierających osobie podopiecznej	nie ma wymogów	4
Opiekunka środowiskowa	SPO.05. Świadczenie usług opiekuńczych	średnie lub średnie branżowe	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie 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 – załącznik do Obwieszczenia Ministra Edukacji z dnia 19 marca 2024 r. (t.j. Dz.U. 2024 poz. 611).

W województwie podlaskim znajduje się kilkanaście szkół policealnych posiadających w ofercie kierunki kształcące w zawodach, których absolwenci mogą świadczyć usługi opieki długoterminowej. Ich wykaz przedstawia tabela 13.

Tabela 13. Wykaz szkół i oferta kierunków kształcących w zawodach medycznych i opiekuńczych związanych z usługami opieki długoterminowej w ramach systemu oświaty w województwie podlaskim

Nazwa szkoły	Kierunki oferowane	Kierunki uruchomione w roku szkolnym 2025/2026
Szkoła Policealna nr 5 w Augustowie	<ul style="list-style-type: none"> • asystent osoby niepełnosprawnej 	<ul style="list-style-type: none"> • asystent osoby niepełnosprawnej
<ul style="list-style-type: none"> • Centrum Nauki Biznesu „ŻAK” • Szkoła Policealna Centrum Nauki Biznesu „Żak” w Białymstoku • Policealna Szkoła Opieki Medycznej „Żak” w Białymstoku 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun osoby starszej • opiekun w domu opieki społecznej • opiekunka środowiskowa • asystent osoby niepełnosprawnej • terapeuta zajęciowy • opiekun medyczny 	<ul style="list-style-type: none"> • asystent osoby niepełnosprawnej • opiekun medyczny
Policealna Szkoła Medyczna TEB Edukacja w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • opiekun osoby starszej • opiekun w domu pomocy społecznej • opiekunka środowiskowa • asystent osoby niepełnosprawnej • terapeuta zajęciowy z elementami dogoterapii 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy z elementami dogoterapii

Nazwa szkoły	Kierunki oferowane	Kierunki uruchomione w roku szkolnym 2025/2026
Akademicka Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none"> • terapeuta zajęciowy • opiekun medyczny 	<ul style="list-style-type: none"> • terapeuta zajęciowy • opiekun medyczny
Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoła Policealna Województwa Podlaskiego w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none"> • asystent osoby niepełnosprawnej • opiekun medyczny • opiekun w domu opieki społecznej • opiekunka środowiskowa • terapeuta zajęciowy 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy • asystent osoby niepełnosprawnej
„Educentrum” Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none"> • terapeuta zajęciowy • opiekun medyczny 	<ul style="list-style-type: none"> • terapeuta zajęciowy • opiekun medyczny
Policealna Szkoła „Cosinus” w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none"> • asystent osoby niepełnosprawnej • opiekun w domu pomocy społecznej • opiekun medyczny • opiekunka środowiskowa • terapeuta zajęciowy 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy
Zaoczna Szkoła Policealna i Liceum Ogólnokształcące dla Dorosłych „Prymus” w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun w domu pomocy społecznej 	<ul style="list-style-type: none"> • nieuruchomiony
Policealna Szkoła Administracji „Akademia Sukcesu” w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy • opiekun osoby starszej • opiekun w domu pomocy społecznej 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy
Policealne Studium Zawodowe „Ekspert” w Białymstoku	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • opiekunka środowiskowa • terapeuta zajęciowy 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy
Centrum Kształcenia Zawodowego w Łapach	<ul style="list-style-type: none"> • asystent osoby niepełnosprawnej • opiekunka środowiskowa 	<ul style="list-style-type: none"> • asystent osoby niepełnosprawnej
Szkoła Policealna Medyczno-Społeczna w Łomży	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny
Centrum Nauki Biznesu „ŻAK”: Szkoła Policealna Centrum Nauki Biznesu „Żak” w Łomży	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny
Policealna Szkoła „Cosinus” w Suwałkach	<ul style="list-style-type: none"> • opiekunka środowiskowa • asystent osoby niepełnosprawnej • opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy • asystent osoby niepełnosprawnej
Centrum Nauki Biznesu „ŻAK”: Szkoła Policealna Centrum Nauki Biznesu „Żak” w Suwałkach	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny

Nazwa szkoły	Kierunki oferowane	Kierunki uruchomione w roku szkolnym 2025/2026
Szkoła Policealna „Akademia Sukcesu” w Suwałkach	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy • opiekunka środowiskowa • opiekun osoby starszej • opiekun osób starszych i niepełnosprawnych 	<ul style="list-style-type: none"> • terapeuta zajęciowy • opiekun medyczny • opiekunka środowiskowa

Źródło: <https://podlaskie.szkoypolicealne.edubaza.pl> (dostęp: 3.10.2025).

Mimo szerokiej oferty edukacyjnej nie wszystkie proponowane kierunki są faktycznie uruchamiane i realizowane przez te placówki. Szczególnie widoczne jest to w przypadku kierunków przygotowujących do wykonywania zawodów opiekuńczych, takich jak opiekunka środowiskowa, opiekun osoby starszej oraz opiekun w domu pomocy społecznej. W praktyce największym zainteresowaniem słuchaczy cieszą się opiekun medyczny oraz terapeuta zajęciowy. Ich popularność bierze się z tego, że zostały one formalnie włączone do grupy zawodów medycznych, co może wpływać na ich większy prestiż oraz szersze możliwości zatrudnienia¹⁰³.

Na terenie województwa podlaskiego najwięcej podmiotów posiadających w ofercie kierunki kształcące w zawodach medycznych i opiekuńczych znajduje się w Białymstoku, następnie w Suwałkach i Łomży. Pojedyncze szkoły policealne, które w ofercie mają kształcenie w tym obszarze, znajdują się w Augustowie i Łapach.

Warunkiem uzyskania kwalifikacji w zawodach niezbędnych do wykonywania zawodu, w tym związanego z opieką długoterminową, jest nie tylko ukończenie szkoły, ale też zdanie egzaminu zawodowego, składającego się z dwóch części: teoretycznej oraz praktycznej. Za ich przygotowanie odpowiada Centralna Komisja Egzaminacyjna, a za przeprowadzenie komisje okręgowe. Liczbę osób, które zdały egzamin potwierdzający kwalifikacje zawodowe, przedstawia tabela 14.

Tabela 14. Liczba osób, które zdały egzamin potwierdzający w zawodach medycznych i opiekuńczych w powiatach województwa podlaskiego w latach 2022–2025

Kierunek kształcenia	Powiat	Rok 2022	Rok 2023	Rok 2024	Rok 2025
Opiekun medyczny	Powiat białostocki	30	0	0	0
Opiekun medyczny	Miasto Białystok	56	110	156	128
Opiekun medyczny	Miasto Łomża	32	42	25	69
Opiekun medyczny	Miasto Suwałki	17	22	23	47
Opiekun medyczny	Łącznie w województwie podlaskim	135	174	204	244
Opiekun osoby niepełnosprawnej	Powiat augustowski	7	5	8	13
Opiekun osoby niepełnosprawnej	Powiat białostocki	0	25	28	0

¹⁰³ Grażyna Michalczuk i inni, Potrzeby i perspektywy..., s. 127.

Kierunek kształcenia	Powiat	Rok 2022	Rok 2023	Rok 2024	Rok 2025
Opiekun osoby niepełnosprawnej	Miasto Białystok	10	12	8	21
Opiekun osoby niepełnosprawnej	Miasto Łomża	5	0	34	0
Opiekun osoby niepełnosprawnej	Miasto Suwałki	12	14	38	0
Opiekun osoby niepełnosprawnej	Łącznie w województwie podlaskim	34	56	116	34
Opiekunka środowiskowa	Miasto Białystok	7	5	7	23
Opiekunka środowiskowa	Miasto Łomża	0	3	0	0
Opiekunka środowiskowa	Miasto Suwałki	17	4	0	0
Opiekunka środowiskowa	Powiat moniecki	2	0	0	0
Opiekunka środowiskowa	Łącznie w województwie podlaskim	26	12	7	23
Terapeuta zajęciowy	Miasto Białystok	23	26	60	29
Terapeuta zajęciowy	Miasto Suwałki	0	0	12	9
Terapeuta zajęciowy	Łącznie w województwie podlaskim	23	26	72	38
Łącznie wszystkie zawody	Łącznie w województwie podlaskim	218	268	399	339

Źródło: <https://oke.lomza.pl/aktualnosci/informacja-o-wynikach-egzaminu-potwierdzajacego-kwalifikacje-w-zawodzie-3> (dostęp: 30.09.2025).

W latach 2022–2025 liczba osób, które zdały egzamin potwierdzający kwalifikacje w zawodach medycznych i opiekuńczych i opiekuńczych¹⁰⁴ w województwie podlaskim, wyniosła 1224 – najwięcej w zawodzie opiekun medyczny: 757. Jest to też kierunek kształcenia, gdzie z roku na rok wzrasta liczba osób, które przystępują i zdają egzamin potwierdzający kwalifikacje w zawodzie. W porównaniu do roku 2022 był to wzrost prawie dwukrotny. Natomiast znacznie mniej było absolwentów pozostałych zawodach: opiekun osoby niepełnosprawnej – 240, terapeuta zajęciowy – 159, opiekunka środowiskowa – 68. Były to osoby kształcące się przede wszystkim w Białymstoku. Jedynie w przypadku opiekunki środowiskowej ponad 60% kształciło się w Suwałkach.

Zawody związane z usługami opiekuńczymi nie należą do najczęściej wybieranych w województwie podlaskim. Ponadto kształcenie w zakresie wyżej wymienionych zawodów prowadzone jest wyłącznie w szkołach policealnych¹⁰⁵.

Reasumując, kształcenie w zawodach medycznych i opiekuńczych osób świadczących usługi opieki długoterminowej odbywa się w województwie podlaskim w szkołach wyższych oraz w szkołach policealnych znajdujących się głównie większych ośrodkach miejskich: w Białymstoku, Łomży i Suwałkach. Są to dwa filary, na których opiera się kształcenie w zawodach medycznych i opiekuńczych.

¹⁰⁴ Są to wyniki osób, które uzyskały kwalifikacje w formule 2019.

¹⁰⁵ Grażyna Michalczyk i inni, Potrzeby i perspektywy..., s. 130.

Kształcenie może się też odbywać w kolegiach pracowników służb społecznych. Jest to instytucja edukacyjna kształcąca w zawodzie pracownik socjalny oraz w zakresie organizacji pomocy społecznej. Nauka trwa 3 lata i odbywa się w systemie dziennym lub zaocznym. Absolwenci otrzymują dyplom zawodowy pracownika socjalnego, który daje pełne uprawnienia do wykonywania tego zawodu¹⁰⁶. Dyplom ukończenia kolegium potwierdza nadanie kwalifikacji na poziomie 5 PRK. Obecnie działa 5 kolegiów: w Lublinie, Czeladzi, Skarżysku-Kamiennej, Poznaniu i Biłgoraju.

4.3. Kształcenie w ramach edukacji pozaformalnej w województwie podlaskim

Współczesna architektura systemu opieki długoterminowej w Polsce, a w szczególności w regionach o specyficznych uwarunkowaniach demograficznych, takich jak województwo podlaskie, podlega dynamicznym przeobrażeniom wynikającym z postępującego zjawiska starzenia się społeczeństwa oraz zwiększającej się wielochorobowości społeczeństwa. Opieka długoterminowa, rozumiana jako wielowymiarowe i interdyscyplinarne wsparcie osób wymagających pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych przez wydłużony okres, stawia przed personelem wymagania wykraczające poza ramy edukacji formalnej.

Kształcenie w ramach szkolnictwa wyższego oraz oświaty w zawodach związanych ze świadczeniem usług opieki długoterminowej wyposaża absolwentów przede wszystkim w kwalifikacje i umiejętności zawodowe związane ze świadczeniem ogólnie usług medycznych i/lub opiekuńczych.

Ponadto funkcjonuje usztywniony model edukacji ustawicznej, który „ma swoje źródło w niedostosowaniu ofert edukacyjnych wielu szkół wyższych do potrzeb klientów usług edukacyjnych, a więc pracodawców. Przejawia się ono w sztywnych ścieżkach kształcenia, nieuwzględniających indywidualnych potrzeb i zdolności uczestników kształcenia oraz indywidualnego tempa pracy i postępów nauce”¹⁰⁷.

W tym kontekście sektor pozaformalny – obejmujący firmy szkoleniowe, organizacje pozarządowe oraz wyspecjalizowane ośrodki kształcenia ustawicznego – staje się kluczowym dostawcą kompetencji twardych i miękkich, które decydują o jakości efektywności świadczonych usług opieki długoterminowej.

System edukacji pozaformalnej dotyczy „uczenia się, które jest realizowane poprzez zaplanowane działania (pod względem celów i czasu uczenia się) i które przewiduje pewną formę pomocy w nauce (na przykład relacje uczeń–nauczyciel). Może ono obejmować programy służące przekazaniu umiejętności zawodowych”¹⁰⁸, jak też kompetencji miękkich i realizowane jest za pomocą kursów oraz szkoleń. Dlatego też odpowiedni dobór form kształcenia osób świadczących usługi opieki długoterminowej

¹⁰⁶ Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (t.j. Dz.U. 2024 poz. 737).

¹⁰⁷ Małgorzata Baran, Monika Kłos, Innowacyjny model kształcenia ustawicznego na przykładzie uczelni wyższych, „Handel Wewnętrzny” 2014, nr 6(353), s. 3–12.

¹⁰⁸ Załącznik do Zalecenia Rady Unii Europejskiej z 20 grudnia 2012 r. w sprawie walidacji uczenia się pozaformalnego i nieformalnego, 2012/C 398/01.

ma nie tylko aspekt praktyczny, ale też etyczny i społeczny. Proces edukacji powinien być traktowany jako inwestycja w jakość opieki długoterminowej.

Kursy i szkolenia wychodzą naprzeciw potrzebom kształcących się i rynku pracy. Dają możliwość stałego rozwoju i podnoszenia swoich umiejętności oraz zdobywania kompetencji zawodowych i specjalistycznych, a także dotyczących rozwoju osobistego, czyli tak zwanych kompetencji miękkich. Wspomagają rozwój kariery zawodowej, zwiększają szansę na znalezienie lub zmianę pracy, przebranżowienie się bądź doskonalenie swoich umiejętności. Ponadto w Polsce wykonywanie usługi opieki długoterminowej w systemie opieki formalnej jest usankcjonowane posiadaniem odpowiednich certyfikatów i uprawnień, na przykład certyfikatu opiekuna medycznego¹⁰⁹, certyfikatu pierwszej pomocy¹¹⁰, specjalistycznych uprawnień¹¹¹ czy licencji zawodowych¹¹². Potwierdzają one posiadane kwalifikacje, umiejętności i kompetencje, ale wymagane są też przez instytucje oraz organizacje świadczące usługi opiekuńcze. Uprawnienia te można zdobyć na różnych kursach oraz szkoleniach (tabela 15).

Tabela 15 . Kursy i szkolenia dedykowane osobom świadczącym usługi opieki długoterminowej

Rodzaj szkolenia/kursu	Opis
Obowiązkowe szkolenia podstawowe	Stanowią podstawę dla wszystkich osób planujących lub wykonujących pracę w opiece długoterminowej. Obejmują między innymi kursy pierwszej pomocy, podstawy opieki nad osobami starszymi, zasady żywienia oraz prewencji przeciwoleżynowej, używanie sprzętu medycznego, wykonywanie podstawowych czynności opiekuńczych.
Specjalistyczne kursy i szkolenia zawodowe	Kierowane są do osób, które mają już pewne doświadczenie w opiece długoterminowej lub chcą specjalizować się w określonym obszarze. Umożliwiają zdobycie konkretnych, bardziej zaawansowanych umiejętności. Obejmują między innymi szkolenia i kursy z zakresu: opieki paliatywnej i hospicyjnej, rehabilitacji fizjoterapii w opiece długoterminowej, opieki nad osobami z chorobami neurodegeneracyjnymi (Alzheimer, Parkinson), psychogeriatryi wsparcia psychologicznego dla osób starszych, dietytyki żywienia w chorobach przewlekłych.

¹⁰⁹ Podstawowe uprawnienie, które daje możliwość pracy w opiece długoterminowej. Uzyskiwane jest po ukończeniu odpowiedniego kursu, obejmującego zarówno wiedzę teoretyczną, jak i praktyczne umiejętności niezbędne w pracy opiekuna. Szkolenia te organizowane są głównie przez ośrodki szkoleniowe oraz szkoły medyczne i muszą być akredytowane przez odpowiednie organy administracji publicznej.

¹¹⁰ Jest obowiązkowy przy świadczeniu usług opieki długoterminowej. Uzyskiwany jest po ukończeniu odpowiedniego kursu, obejmującego zarówno wiedzę teoretyczną, jak i praktyczne w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Szkolenia z pierwszej pomocy są oferowane przez wiele instytucji, w tym Polski Czerwony Krzyż, a ich ukończenie jest potwierdzane międzynarodowym certyfikatem.

¹¹¹ Na przykład opieka nad osobami z demencją.

¹¹² Na przykład na przypadku pracy w domach opieki czy hospicjach opiekunowie muszą spełniać określone przez prawo wymogi być zarejestrowani w odpowiednich rejestrach zawodowych.

Rodzaj szkolenia/kursu	Opis
Szkolenia ustawiczne i doskonalące kompetencje	Są kluczowe dla utrzymania wysokiego poziomu usług opiekuńczych. Umożliwiają aktualizację ich wiedzy medycznej i psychospołecznej, dotyczących między innymi nowych metod rehabilitacji, zastosowania nowoczesnego sprzętu opiekuńczego, nowych przepisów prawa dotyczących opieki długoterminowej.
Szkolenia i kursy podnoszące kompetencje miękkie	Mają na celu wsparcie osób na danym stanowisku pracy, a także pomoc w efektywnych działaniach i nieustannym rozwoju. Obejmują między innymi kursy i szkolenia z zakresu: komunikacji interpersonalnej, zwłaszcza z osobami z zaburzeniami poznawczymi, umiejętności radzenia sobie ze stresem i emocjami związanymi z pracą w opiece, zarządzania czasem, rozwoju osobistego, rozwiązywania problemów.

Źródło: opracowanie własne.

Szkolenia i kursy kierowane do osób świadczących usługi opieki długoterminowej powinny być zdywersyfikowane i dostosowane do różnych potrzeb. Dotyczy to zarówno osób świadczących te usługi, jak i ich podopiecznych. Determinuje to konieczność szerokiego spektrum dostępnych programów edukacyjnych. Pozwolą one nie tylko na przekazanie niezbędnej wiedzy, ale również na rozwijanie praktycznych umiejętności, które są kluczowe w codziennej pracy opiekuna. Ważną rolę powinny też odgrywać szkolenia i kursy podnoszące kompetencje miękkie, które pozwalają rozwijać umiejętności, a mianowicie: komunikację interpersonalną (słuchanie, asertywność, budowanie relacji), rozwiązywanie konfliktów, zarządzanie emocjami, radzenie sobie ze stresem, kontrolę emocji w skrajnych sytuacjach i pod presją, współpracę w zespole, zarządzanie czasem, organizację pracy i inne.

Przy pracy w opiece długoterminowej ważne jest ustawiczne podnoszenie kwalifikacji i aktualizowanie certyfikatów. Ustawodawstwo polskie i standardy opieki mogą się zmieniać, dlatego opiekunowie muszą regularnie uczestniczyć w szkoleniach doskonalących, aby ich wiedza była zawsze aktualna i zgodna z obowiązującymi przepisami. W celu zbadania oferty szkoleń i kursów służących rozwojowi kompetencji twardych w zawodach świadczących usługi opieki długoterminowej przeanalizowano szkolenia i usługi rozwojowe w Bazie Usług Rozwojowych (BUR), jak również kursy komercyjne niezarejestrowane w państwowych instytucjach, które są realizowane w województwie podlaskim (tabela 16).

Tabela 16. Kursy i szkolenia kwalifikacyjne z zakresu opieki długoterminowej w województwie podlaskim

Nazwa instytucji / miejscowość	Nazwa kursu/szkolenia	Liczba godzin
Centrum Nauki Biznesu „Żak” Sp. z o.o., Białystok	• opieka senioralna	60 godzin
Centrum Nauki Biznesu „Żak” Sp. z o.o., Białystok	• kurs z zakresu terapii zajęciowej	20 godzin
Przedsiębiorstwo Handlowo-Usługowe „PRESTIGE”, Białystok	• opiekun społeczno-medyczny, opiekun osób starszych i dzieci	80 godzin
Podlaski Oddział Okręgowy	• kurs „Siostra PCK”	80–150 godzin

Nazwa instytucji / miejscowość	Nazwa kursu/szkolenia	Liczba godzin
Polskiego Czerwonego Krzyża, Białystok		
Podlaska Fundacja K&K, Stanisławowo	• opiekun osoby starszej	139 godzin
Zakład Doskonalenia Zawodowego w Białymstoku	• opiekun osób starszych	60–80 godzin
Ośrodki kształcenia zawodowego: Augustów, Bielsk Podlaski, Siemiatycze	• asystent osoby starszej i niepełnosprawnej	90 godzin
Szkola i Ośrodek Kształcenia Zawodowego w Grajewie	• opiekun osób starszych • asystent osoby starszej i niepełnosprawnej	80 godzin 90 godzin
Ośrodek Kształcenia Zawodowego w Sokółce	• opiekun osoby starszej • asystent osoby starszej i niepełnosprawnej	40 godzin 90 godzin
Ośrodek Kształcenia Zawodowego w Zambrowie	• opiekunka osób starszych	80 godzin
Akademia Sukcesu Białystok, Akademia Sukcesu Suwałki	• opiekun osób starszych i niepełnosprawnych • opiekun w domu opieki społecznej	70 godzin 70 godzin

Źródło: <https://bialystok.zak.edu.pl/oferta-edukacyjna/kursy-online/opieka-seniora-online>; <https://kursy.kwalifikacjeczawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5734611-Opiekun-spoeczno-medyczny-opiekun-osob-starszych-i-dzieci.htm>; <https://kursy.kwalifikacjeczawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5213689-Kurs-Siostra-PCK.htm>; <https://kursy.kwalifikacjeczawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5534680-Opiekun-osoby-starszej.htm>; <https://grajewo.zdz.bialystok.pl/szkolenia/planowane-szkolenia.html>; <https://kursy.kwalifikacjeczawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/4407544-Opiekun-osoby-starszej.htm>; <https://kursy.kwalifikacjeczawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5565997-Opiekunka-osob-starszych.htm>; <https://as.edu.pl/kursy-online/> (dostęp: 18.08.2025).

Przedstawione w tabeli kursy i szkolenia kwalifikacyjne są realizowane i dostępne zarówno w formule stacjonarnej, jak też online. Te ostatnie oferowane są zarówno w formie zajęć w czasie rzeczywistym (logowanie w określonym czasie do wirtualnej sali szkoleniowej), jak i kursów e-learningowych. Z punktu widzenia nabycia umiejętności praktycznych i kompetencji bardziej efektywne są zajęcia praktyczne prowadzone stacjonarnie.

Osoby pracujące z osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi, które chcą się rozwijać, podnosić kwalifikacje, poszerzać wiedzę oraz poszukiwać motywacji inspiracji do dalszej pracy, mogą skorzystać z kursów i szkoleń organizowanych przez instytucje działające nie tylko w województwie podlaskim. Wyposażają one w dodatkową wiedzę i umiejętności przydatne do profesjonalnej opieki w środowisku instytucjonalnym, jak i poza nim. Większość z tych kursów jest prowadzona w formule online. Organizują je między innymi:

- Akademia Czas Seniora¹¹³:
 - jak pracować z seniorami,
 - pierwsze kroki w pracy z seniorami,
 - terapia zajęciowa: gry i zabawy w pracy z seniorami,
 - terapia pamięci dla seniorów,
 - 10 ćwiczeń dla osób z demencją,
 - komunikacja pracy z seniorami.
- Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu¹¹⁴:
 - opieka nad osobą z chorobami układu oddechowego,
 - podstawy opieki paliatywnej,
 - aktywizacja i metody pracy z seniorami,
 - żywienie osób starszych,
 - grupowe treningi poznawcze dla seniorów – projektowanie,
 - gry i zabawy terapeutyczne w pracy z dziećmi dorosłymi,
 - opieka nad osobą niesamodzielną z cukrzycą,
 - asystentura i opieka wytchnieniowa.
- Centrum Szkoleń i Certyfikacji Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy¹¹⁵:
 - opiekun dzieci z niepełnosprawnością ruchową, w tym z MPD,
 - opiekun osób starszych i niepełnosprawnych,
 - szkolenie podnoszące świadomość kadry z zakresu zjawiska niepełnosprawności.
- Akademia Super Senior. Aktywacja i komunikacja Senior+¹¹⁶:
 - ludoterapia dla seniorów – zabawa w aktywizacji, terapii, opiece,
 - seniorzy w świecie mediów – jak uczyć ich świadomego odbioru treści?
 - aktywizacja poznawcza – jak stymulować umysł w wieku senioralnym?
 - skuteczna komunikacja z seniorem,
 - aktywizacja seniorów z demencją,
 - pomyślny start w pracy z seniorami,
 - aktywizacja seniorów.
- Studium Prawa Europejskiego w Warszawie¹¹⁷:
 - profesjonalny pracownik socjalny,
 - psychopatologia – diagnostyka, terapia,
 - terapia i wsparcie seniora.
- Niepubliczna Placówka Kształcenia Ustawicznego „Psychodia” w Lubaczowie¹¹⁸:
 - opieka nad pacjentem w przebiegu choroby neurodegeneracyjnej – choroby Parkinsona i Alzheimerera,

¹¹³ [Akademia Czas Seniora](#) (dostęp: 22.09.2025).

¹¹⁴ [Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu](#) (dostęp: 24.09.2025).

¹¹⁵ [Centrum Szkoleń i Certyfikacji Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy](#) (dostęp: 15.06.2025).

¹¹⁶ [Super Senior. Aktywizacja i Komunikacja 60+](#) (dostęp: 15.06.2025).

¹¹⁷ [Studium Prawa Europejskiego](#) (dostęp: 15.06.2025).

¹¹⁸ [Niepubliczna Placówka Kształcenia Ustawicznego „PSYCHODIA”](#) (dostęp: 15.06.2025).

- dietoterapia i żywienie osób starszych,
- trening poznawczy i aktywizacja seniorów,
- akademia profesjonalnego opiekuna
- opieka paliatywna i geriatryczna,
- metody pracy, trening poznawczy i aktywizacja z seniorami,
- żywienie PEG.
- JustCare¹¹⁹:
 - 10 uniwersalnych wskazówek dla opiekunów osób starszych,
 - odporność pracownika DPS,
 - zarządzanie niepewnością, budowanie dobrostanu personelu i mieszkańca DPS,
 - alternatywne i wspomagające formy komunikacji z mieszkańcem DPS,
 - kierunki prowadzonej terapii. Metody pracy z mieszkańcami DPS.
- Fundacja BUU¹²⁰:
 - funkcjonowanie placówki w środowisku społecznym i prawnym,
 - problemy behawioralne i praca terapeutyczna,
 - pielęgnacja osób starszych i/lub z niepełnosprawnościami,
 - terapia integracji sensorycznej i rehabilitacja,
 - terapia zajęciowa jako narzędzie poprawy zdrowia i jakości życia seniorów placówki opiekuńczej,
 - pielęgnacja i leczenie,
 - żywienie i dieta.

Przedstawione przykłady ofert kursów nie wyczerpują całego spektrum dostępnych na rynku. Większość instytucji i fundacji organizuje kursy i szkolenia kierowane do różnych grup zawodowych. Są też takie, które specjalizują się w ofercie dedykowanej osobom pracującym lub chcącym pracować w zawodach świadczących usługi opiekuńcze, w tym opieki długoterminowej. Przykładem są JustCare oraz Fundacja BUU (zobacz ich ofertę wyżej). Ta ostatnia organizuje szkolenia w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego¹²¹.

Przy wykonywaniu pracy związanej z opieką długoterminową wymagane jest posiadanie certyfikatu ukończenia kursu pierwszej pomocy. Kursy te dostępne są w różnej formie: od podstawowych szkoleń przedmedycznych, które trwają kilka godzin, po rozszerzone kursy kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP). Kursy pierwszej pomocy przedmedycznej są zwykle kilku- lub kilkunastogodzinne i wyposażają w podstawową wiedzę oraz umiejętności z tego zakresu¹²². Z kolei szkolenia KPP trwają

¹¹⁹ <https://justcare.pl> (dostęp: 19.08.2025).

¹²⁰ <https://fundacjabuu.pl/projekty/kfs/szkolenia-dofinansowane-urzedu-ksf-krajowy-fundusz-szkoleniowy/> (20.08.2025).

¹²¹ <https://www.gov.pl/web/rodzina/krajowy-fundusz-szkoleniowy> (dostęp: 19.09.2025).

¹²² W województwie podlaskim organizuje wiele instytucji, na przykład: [Zakład Doskonalenia Zawodowego w Białymstoku](#); [Medyk Szkolenia](#); [Akademia Sukcesu](#); [Medyczne Centrum Szkoleniowe](#).

minimum 66 godzin i przygotowują do udzielania zaawansowanej pierwszej pomocy do czasu przybycia profesjonalnego personelu medycznego¹²³.

Specyfika pracy związana ze świadczeniem usług opieki długoterminowej wymaga specyficznych umiejętności i kompetencji. Szczególnie dotyczy to zawodów medycznych, ponieważ w ich przypadku oferta szkoleniowa koncentruje się na certyfikowanych kursach specjalistycznych, które pozwalają na zdobycie punktów edukacyjnych lub konkretnych uprawnień zawodowych niezbędnych do pracy w placówkach¹²⁴. Doksztacanie w systemie edukacji pozaformalnej wyposaża w umiejętności, ale również w szeroko pojęte kompetencje uprawniające do pracy w opiece długoterminowej – na przykład w przypadku pielęgniarek do samodzielnego leczenia i pielęgnacji pacjenta¹²⁵. W toku kształcenia pielęgniarki uzyskują kompetencje dostosowane do poziomu szkolenia specjalizacyjnego¹²⁶ czy też kursu kwalifikacyjnego¹²⁷. W województwie podlaskim¹²⁸ te formy kształcenia realizowane są przez Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Rozwoju, Promocji Doskonalenia Zawodowego w Łomży (możliwość dofinansowania z EFS) oraz przez Centrum Edukacji „EKSPERT” w Białymstoku (brak możliwości dofinansowania z EFS).

Szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek w zakresie opieki długoterminowej:

- pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek (967 godzin),
- pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek (841 godzin),
- pielęgniarstwo geriatryczne dla pielęgniarek (825 godzin).

Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek w zakresie opieki długoterminowej:

- pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek (360 godzin),
- pielęgniarstwo geriatryczne dla pielęgniarek (305 godzin),
- pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek (380 godzin).

Dodatkowo pielęgniarki mają możliwość ukończenia licznych kursów specjalistycznych, pozwalających na uzyskanie przez nie lub położne wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych¹²⁹. Kursy te wyposażają je w specjalistyczną wiedzę i umiejętności

¹²³ W województwie podlaskim organizuje je na przykład: [Centrum Ratownictwa](#); [Centrum Szkoleń Medycznych AQUAMED](#). Wykaz pozostałych podmiotów w województwie podlaskim: [Kursy kwalifikowanej pierwszej pomocy](#) (dostęp: 12.06.2025).

¹²⁴ W przypadku pielęgniarek opracowany jest standard ich rozwoju zawodowego w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz w innych placówkach opieki długoterminowej, jak również domowej opieki długoterminowej.

¹²⁵ Katarzyna Małgorzata Mucha, Kompetencje pielęgniarskie wykorzystane podczas kwalifikacji pacjenta z owrzodzeniem odleżynowym do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, „Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej” 2022, nr 7(3), s. 33.

¹²⁶ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 814, 854, art. 67 ust. 1).

¹²⁷ Tamże, art. 71 ust. 1.

¹²⁸ <https://bialystok.studentnews.pl/s/4400/80223-kursy-szkolenia.htm?c2=28299> (dostęp: 25.08.2025).

¹²⁹ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 814, 854, art. 72 ust. 1).

przydatne w opiece długoterminowej, na przykład w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego, leczenie ran, podstaw terapii objawowej w opiece paliatywnej. Ponadto pielęgniarki mogą odbywać kursy doksztalcające, jak choćby: chirurgia jednego dnia, aspekty leczenia ran, obsługa i pielęgnacja portu naczyniowego, podstawowe zabiegi resuscytacyjne – BSL, język migowy.

Analizując podlaski rynek edukacji pozaformalnej, można zauważyć, że w przypadku zawodów medycznych jest on najbardziej ukierunkowany na edukację pielęgniarek. W mniejszym zakresie dotyczy to pozostałych zawodów i jest on bardziej rozproszony. W obszarze fizjoterapii masażu zauważalna jest obecność szkoleń z zakresu technik manualnych, między innymi masażu tkanek głębokich oraz osteopatii czaszkowo-krzyżowej¹³⁰. Wskazane formy kształcenia sugerują potrzebę głębokiej specjalizacji personelu w celu skuteczniejszej walki z bólami przewlekłymi ograniczeniami ruchowymi pacjentów niesamodzielnych. W przypadku opiekunów medycznych takie oferty dotyczą leczenia żywieniowego, co wiąże się z rosnącą świadomością roli żywienia w procesie rekonwalescencji utrzymania stabilnego stanu zdrowia pacjentów długotrwale chorych¹³¹.

Z punktu widzenia świadczenia usług opieki długoterminowej istotne znaczenie mają też kursy i szkolenia wyposażające w kompetencje miękkie, które są bardzo ważne w kontaktach z osobami niesamodzielnymi. Szkolenia takie prowadzi wiele instytucji, z reguły w formule online, co zwiększa do nich dostęp. Oto niektóre z nich:

- Ośrodek Pomocy i Edukacji Psychologicznej INTRA w Białymstoku¹³²:
 - trening asertywności,
 - warsztat antystresowy,
 - warsztat umiejętności wychowawczych,
 - praca nad konfliktem – zajęcia warsztatowe,
 - efektywna komunikacja – zajęcia warsztatowe,
 - aktywność w pracy,
 - komunikacja w zespole,
 - twórcze podejście do konfliktów i kryzysów.
- NobleProg Classroom Białystok¹³³:
 - efektywna komunikacja w miejscu pracy,
 - efektywna komunikacja interpersonalna z elementami asertywności,
 - wptywanie i unikanie konfliktów,
 - rozwiązywanie konfliktów, asertywność i pewność siebie,
 - zarządzanie stresem i wytrzymałością: praktyczne narzędzia i refleksyjne,

¹³⁰ Firma szkoleniowa REHAINTEGRO; Centrum Szkoleniowe Rafał Uryzaj; EDU Centrum Policealna Szkoła Medyczna (dostęp: 10.12.2025).

¹³¹ Szkolenie specjalistyczne: „Żywnienie w chorobie – rola opiekuna medycznego”, EDU Centrum Policealna Szkoła Medyczna (dostęp: 10.12.2025).

¹³² <https://intra.bialystok.pl> (dostęp: 22.08.2025).

¹³³ <https://www.nobleprog.pl/szkolenia/miekkie/bialystok> (dostęp: 20.11.2025).

- radzenie z syndromem wyczerpania zawodowego, stresem i trudnymi emocjami.
- Centrum Psychologii Stosowanej w Suwałkach¹³⁴:
 - trening asertywności,
 - komunikacji interpersonalna w zespołach medycznych,
 - postępowanie z pacjentami roszczeniowymi, konfliktowymi lub wycofanymi.
- Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu¹³⁵:
 - treningi odporności siły psychicznej,
 - komunikacja interpersonalna,
 - trening regulacji emocji,
 - zarządzanie czasem.
- Vademekum¹³⁶:
 - zarządzanie stresem w pracy i na co dzień,
 - stres, wypalenie zawodowe, samorealizacja,
 - asertywność komunikacyjna i współpraca w zespole.
- JustCare¹³⁷:
 - alternatywne i wspomagające formy komunikacji,
 - trening pozawerbalnych metod komunikacji.
- Fundacja AKME w Poznaniu¹³⁸:
 - jak radzić sobie z wypaleniem zawodowym pracownika WTZ/ŚDS,
 - jak radzić sobie z zachowaniem agresywnym uczestników WTZ/ŚDS wobec siebie i instruktorów – autoagresja, rozwiązywanie konfliktów,
 - trening umiejętności społecznych,
 - komunikacja interpersonalna w zespole terapeutycznym.

Rynek szkoleń wspierających rozwój kompetencji pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim (podobnie jak w pozostałych województwach) wykazuje złożoną strukturę i obejmuje zarówno instytucje publiczne, jak i niepubliczne spoza sektora edukacji formalnej. Dostarcza on wiedzę, która w sektorze edukacji formalnej często ulega szybkiej dezaktualizacji lub jest zbyt teoretyczna.

Oferta edukacyjna jest systematycznie dostosowywana do wymogów rynkowych i zdywersyfikowana. Tym samym rynek ten wskazuje na luki systemowe. Dostępne są zarówno szkolenia wyposażające w kompetencje twarde, przekazujące specjalistyczną wiedzę i praktyczne umiejętności (od pierwszej pomocy, przez pielęgnację i rehabilitację, po dietetykę i farmakologię), jak i szkolenia wyposażające w kompetencje miękkie, kształtujące kompetencje psychospołeczne niezbędne

¹³⁴ <https://www.szkoleniacps.pl/szkolenia> (dostęp: 22.08.2025).

¹³⁵ [Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu](https://www.centrum-rozwoju-personalnego.pl/) (dostęp: 22.08.2025).

¹³⁶ <https://vade.com.pl/szkolenia-otwarte/kompetencje-osobiste> (dostęp: 22.08.2025).

¹³⁷ <https://justcare.pl> (dostęp: 22.08.2025).

¹³⁸ <https://fundacja-akme.pl/szkolenia-wtz-sds> (dostęp: 22.08.2025).

w codziennej pracy (komunikacja, empatia, radzenie sobie ze stresem, organizacja pracy zespołowej).

Oferta jest bogata i zróżnicowana pod względem formy (stacjonarna oraz online), czasu trwania oraz kosztów (od projektów bezpłatnych, dofinansowanych, po komercyjne kursy za kilkaset czy kilka tysięcy złotych). Dzięki temu każdy pracownik sektora opieki długoterminowej w województwie podlaskim – niezależnie od zawodu i doświadczenia – ma możliwość ciągłego podnoszenia kwalifikacji twardych i doskonalenia umiejętności miękkich, co w efekcie przekłada się na wyższą jakość opieki nad osobami potrzebującymi długotrwałego wsparcia.

Analizując rynek szkoleń i kursów związanych z opieką długoterminową, można wskazać na pewne ograniczenia. Podstawowym jest geograficzna koncentracja oferty w dużych miastach – w większości szkolenia i kursy oferowane są przez instytucje, które siedziby mają poza województwem podlaskim, co utrudnia dostęp do szkoleń realizowanych w formie stacjonarnej. Determinuje to różny poziom dostępności dla pracowników z małych miejscowości. Ponadto nie istnieje centralna baza kursów oraz szkoleń, która pozwoliłaby na pełną inwentaryzację oferty¹³⁹. Powoduje to, że ich wyszukiwanie ma charakter intuicyjny.

Natomiast pracownicy opieki długoterminowej potrzebują różnorodnych szkoleń i edukacji, aby zapewnić wysoką jakość świadczonych usług. Kluczowy obszar to podnoszenie kwalifikacji w zakresie opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi, w tym specjalistyczne szkolenia z zakresu opieki paliatywnej, rehabilitacji czy psychogeriatric. Niezbędna jest również wiedza z zakresu komunikacji z osobami z zaburzeniami poznawczymi, jak choroba Alzheimera, a także umiejętność radzenia sobie z emocjami stresem związanym z pracą w opiece.

Szkolenia powinny obejmować również tematy związane z bezpieczeństwem i higieną pracy, pierwszą pomocą, a także aktualizację wiedzy na temat nowych technologii oraz metod w opiece i zmieniających się przepisów prawa. Oferowane kursy i szkolenia powinny wyposażać nie tylko w wiedzę, ale też w umiejętności i kompetencje miękkie.

Analizując oferty szkoleniowe, jakie są dostępne na rynku, można zauważyć, że większość z nich oferowana jest w formie online. Zajęcia te realizowane są w czasie rzeczywistym lub też udostępniane w formie nagrań kursów do samodzielnego odsłuchania w czasie dogodnym dla korzystającego. W przypadku kursów, które wyposażają wyłącznie w wiedzę, jest to forma jak najbardziej adekwatna. Niestety nie dają one możliwości odpowiedniego wyposażenia w umiejętności oraz kompetencje miękkie, w przypadku których istotny jest kontakt z osobą niesamodzielną.

¹³⁹ Wyjątkiem jest Baza Usług Rozwojowych. Jest to bezpłatna platforma online, prowadzona przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości, która gromadzi ofertę szkoleń, kursów zawodowych, doradztwa, studiów podyplomowych i mentoringu, umożliwiając przedsiębiorcom i pracownikom zdobywanie dofinansowania z Funduszy Europejskich na rozwój kompetencji. Ponadto od 1 stycznia 2026 roku jedynie instytucje szkoleniowe zarejestrowane w BUR będą mogły być finansowane z Krajowego Funduszu Szkoleniowego, w którym jednym z priorytetów wydatkowania środków na wsparcie rozwoju umiejętności kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych; [Informacja o wysokości środków oraz priorytety wydatkowania KFS na 2026 rok](#) (dostęp: 5.10.2025).

Reasumując, profesjonalizacja zawodów związanych z opieką długoterminową przejawia się poprzez system kształcenia. Ważne jest, aby osoby świadczące te usługi posiadały nie tylko formalne kwalifikacje, ale także praktyczne umiejętności i kompetencje interpersonalne. Dlatego też pomimo wskazanych ograniczeń edukacja w systemie formalnym oraz odpowiednie szkolenia i kursy pozwalają pracownikom zajmującym się opieką długoterminową na aktualizację wiedzy medycznej, psychospołecznej i prawnej, co jest kluczowe w obliczu szybkich zmian w opiece. Przyczynia się to do podnoszenia jakości świadczonych usług, poprawy komfortu życia pacjentów i ich rodzin, a także pozwala na zadbanie o własne zdrowie psychiczne i fizyczne.

W tym miejscu należy też wskazać na znaczenie edukacji nieformalnej, „która oznacza uczenie się wynikające z codziennej aktywności w pracy, w rodzinie lub w czasie wolnym. Nie jest ono zorganizowane ani usystematyzowane pod względem celów, czasu ani pomocy w nauce, może być niezamierzone ze strony osoby uczącej się. Przykładami efektów uczenia się nieformalnego są umiejętności zdobyte w wyniku doświadczeń życiowych i zawodowych”¹⁴⁰.

¹⁴⁰ Załącznik do Zalecenia Rady Unii Europejskiej z 20 grudnia 2012 r. w sprawie walidacji uczenia się pozaformalnego i nieformalnego, 2012/C 398/01.

5. Zapotrzebowanie pracowników opieki długoterminowej na usługi edukacyjne i szkoleniowe w województwie podlaskim – wyniki badań jakościowych

5.1. Ocena przygotowania edukacyjnego do pracy w opiece długoterminowej – perspektywa pracowników

W obliczu starzenia się społeczeństwa rośnie zapotrzebowanie na wykwalifikowanych pracowników opieki długoterminowej. Ich przygotowanie edukacyjne powinno obejmować nie tylko wiedzę teoretyczną, ale także praktyczne umiejętności oraz rozwijać kompetencje miękkie, takie jak samodzielność, krytyczne myślenie czy umiejętność współpracy. Wobec powyższego opracowywane programy nauczania oraz kształcenia powinny odpowiadać realnym wyzwaniom, przed którymi stoją osoby pracujące w opiece długoterminowej.

Biorący udział w przedmiotowym badaniu respondenci pracujący w opiece długoterminowej w zasadzie byli zgodni co do faktu, że edukacja formalna dobrze przygotowuje do sprawowania opieki długoterminowej pod względem teoretycznym. Niedosyt budzi jednak przygotowanie praktyczne, co w ich opinii wynika z niedostatecznej liczby godzin poświęconych zajęciom praktycznym oraz rozwijaniu kompetencji miękkich.

Jedyną grupą zawodową dobrze przygotowaną pod względem umiejętności praktycznych w opinii respondentek były pielęgniarki. Jednakże jak zauważyła jedna z nich:

„Opieka długoterminowa bardzo się rozwija. Przybywają nie tylko sprzęty rehabilitacyjne, ale też pielęgnacyjne i jak najbardziej wiedza, którą posiadają pielęgniarki nabyta w szkole, często nie wystarcza”.

Wskazuje to na konieczność ciągłej weryfikacji i aktualizacji treści przedmiotów realizowanych w ramach programów nauczania, a także konieczności ustawicznego dokształcania się.

Na problem niskiego poziomu przygotowania praktycznego do pracy w placówkach opieki długoterminowej typu ZOL czy DPS wskazywali także fizjoterapeuci. Oceniając przygotowanie do pracy w opiece długoterminowej, jedna z badanych fizjoterapeutek podkreśliła bardzo dobre przygotowanie teoretyczne, jednocześnie stwierdzając:

„Całkowicie leży strona praktyczna (...). Brakuje praktycznych ćwiczeń na konkretnej jednostce chorobowej”.

Studenci nie mają praktyki z pacjentami leżącymi, z przykurczami, z niedowładami, gdyż ćwiczą na zdrowym pacjencie, bardzo często na sobie nawzajem, co całkowicie odbiega od realiów pracy w opiece długoterminowej. Praktyki odbywane w szpitalach

czy przychodniach są niewystarczające do ewentualnej późniejszej pracy przy opiece długoterminowej:

„Miałam praktyki też w szpitalach, ale to jest zupełnie inna placówka niż taki dom pomocy społecznej”.

Biorąc pod uwagę wskazane ograniczenia, respondentka zauważyła, że studenci potrzebują więcej praktyki w takich placówkach jak domy pomocy społecznej czy ZOL-e, w których pacjentami są leżący ludzie.

W podobnym tonie wypowiadała się część opiekunów medycznych. Pozytywnie oceniali wiedzę teoretyczną zdobywaną w szkole, jednocześnie stwierdzając:

„To, co jest na wykładach, to powinno się w sumie pokazywać, żeby nie puścić na głęboko wodę od razu po szkole”.

Podczas edukacji formalnej nie ma kontaktu z pacjentem ciężkim, leżącym, wulgarnym czy agresywnym. Opiekunowie wskazywali więc jednoznacznie:

„Potrzebujemy tej praktyki właśnie po takich zakładach, po takich instytucjach [dotyczy między innymi ZOL – przyp. aut.] żebyśmy byli przygotowani od podstawy do tego, czego możemy się spodziewać”.

W ocenie badanych opiekunów medycznych podczas edukacji formalnej dużym mankamentem było prowadzenie zajęć praktycznych na fantomach:

„Natomiast gdy przychodzimy do pracy, to już jest zderzenie z rzeczywistością. To jest żywy pacjent, który mówi, czuje i tak dalej, bo przewracając manekina. wiemy, że go nie boli”.

Praca z manekinem, który „nie wydziela żadnych wydzielin, zapachów i tak dalej jest grą aktorską”, co powoduje „przeskok” przy kontakcie z „żywym pacjentem”. Jednakże zdarzały się również pozytywne opinie o przygotowaniu opiekunów medycznych w szkołach – i pod kątem teoretycznym, i praktycznym:

„Jestem bardzo zadowolona, bo naprawdę nauczyciele i wykładowcy nie dość, że przekazują wiedzę, ale od podstaw uczą wszystkiego praktycznie”.

Badana opiekunka medyczna podkreśliła, że jej edukacja uwzględniała także elementy rehabilitacji, w tym aktywizację przyłóżkową.

Najbardziej negatywnie o edukacji akademickiej na potrzeby opieki długoterminowej wypowiadali się psychologowie i logopedzi:

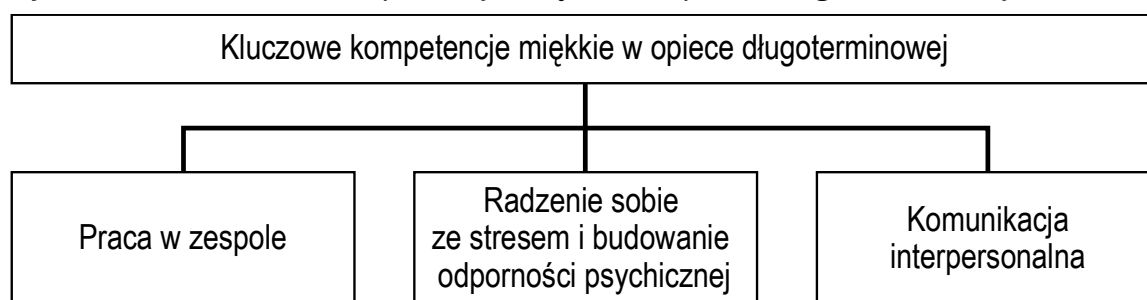
„Studia akademickie nie przygotowują w ogóle do pracy w opiece długoterminowej, bo treści są na tyle ogólne i odnoszące się do innych okresów życia, że tu trzeba po prostu własnego zaangażowania, doszkalania się”.

Logopedzi wskazywali na brak przygotowania do pracy z pacjentami neurologopedycznymi, z zaburzeniami mowy po udarze oraz komunikacją alternatywną i niewerbalną. W Polsce brakuje dostosowanych testów psychologicznych i logopedycznych dla osób starszych, zwłaszcza tych z otępieniem, niestyszących czy niewidzących (na przykład mały rozmiar czcionki, małe obrazki). Psychologowie

w dużym stopniu uczą się od innych zawodów medycznych, aby wpasować się w specyfikę placówki, w której pracują.

Edukacja formalna to nie tylko wyposażenie absolwentów w wiedzę, umiejętności, ale też w kompetencje. Szczególne znaczenie w świadczeniu usług opieki długoterminowej mają kompetencje miękkie. Badani przedstawiciele opieki długoterminowej wskazali trzy nadrzędne kategorie kompetencji miękkich niezbędnych w ich codziennej pracy (rysunek 3).

Rysunek 3. Kluczowe kompetencje miękkie w opiece długoterminowej



Źródło: opracowanie własne.

Umiejętność pracy w zespole była często wskazywana jako podstawa funkcjonowania placówek opieki długoterminowej, ponieważ:

„(...) pomaga wieloaspektowo spojrzeć na pacjenta”.

Praca z pacjentem długoterminowym wymaga ścisłej współpracy lekarza, pielęgniarki, opiekuna i fizjoterapeuty, a także terapeuty zajęciowego oraz psychologa. Jak stwierdziła jedna z badanych osób, „fizjoterapeuta w pojedynkę nie jest w stanie **zdziałać cudów**”, ponieważ może wykonywać swoją pracę, dopiero po tym, gdy pozostali członkowie personelu wykonają swoje zadania, przygotowując odpowiednio pacjenta:

„Lekarz prowadzący, który ustawia pacjenta somatycznie, opiekun, który go przygotowuje, pielęgniarka, która wdroży opatrunki leki. (...) Uważam, że bez umiejętności pracy w zespole praca z takim pacjentem nie ma racji bytu”.

Jedna z badanych pielęgniarek stwierdziła, że:

„Jeżeli nie ma zgranego zespołu, to ta praca nie jest do końca wykonana tak jak trzeba”.

Umiejętność pracy zespołowej jest także niezwykle ważna w placówkach hospicyjnych, gdzie oprócz wymienionych osób dochodzi jeszcze współdziałanie z pracownikami socjalnymi oraz osobami duchowymi.

Umiejętność komunikacji interpersonalnej była wskazywana jako kolejna istotna kompetencja zarówno w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, jak i w kontakcie z jego rodziną:

„Trzeba informacje przekazywać w sposób zrozumiały dla rodzin, dla pacjentów, a także dla współpracowników”.

Pracownicy opieki długoterminowej muszą się komunikować z pacjentami z różnymi deficytami (afazja, niedosłuch, demencja, otępienie), w stanach depresyjnych bądź w schyłkowym stadium życia, kiedy komunikacja jest utrudniona, co wymaga nie tylko empatii, ale też odpowiednich umiejętności.

Wielu respondentów, niezależnie od wykonywanego zawodu, wskazywało na potrzebę umiejętności komunikowania się z rodziną pacjenta. Często rodziny nie są świadome faktycznego stanu swojego bliskiego, a rolą pracowników opieki długoterminowej jest uświadomienie im istniejącej sytuacji. Najbliżsi spodziewają się szybkiego powrotu do zdrowia, podczas gdy z rokowań wcale to nie wynika i ktoś musi to jasno zakomunikować. Psychologowie i pielęgniarki podkreślają, że w trakcie edukacji brakuje modułów dotyczących przekazywania negatywnych informacji rodzinie, na przykład o rokowaniach, stanie agonalnym, nowotworach lub końcu leczenia przyczynowego. Umiejętność komunikacji interpersonalnej jest też niezwykle ważna w przypadku udzielania instruktażu rodzinie odnośnie do wykonywania czynności pielęgnacyjnych i żywieniowych, ponieważ nieumiejętna opieka może pacjentowi zaszkodzić. Przykładem może być podawanie mu nieodpowiedniej żywności, niedostosowanej do jego jednostki chorobowej.

Umiejętność radzenia sobie ze stresem i budowania odporności psychicznej jest kolejną kluczową kompetencją ze względu na środowisko pracy, zwłaszcza w hospicjach, gdzie często dochodzi do zgonu pacjenta. Przebywające w ZOL-ach i DPS-ach osoby wymagające opieki długoterminowej często są trudnymi pacjentami, reagującymi agresją, krzykiem, okazującymi silnie ból i zniechęcenie, co wywołuje presję psychiczną na personel i utrudnia mu wykonywanie obowiązków. Stres wywołują również sytuacje wiążące się z koniecznością szybkiego reagowania (na przykład dławienie się pacjenta). Dodatkowo, jak zauważyła jedna z badanych osób:

„(...) trzeba umieć sobie poradzić z emocjami, które są przelewane przez rodzinę na personel”.

Analiza uzyskanych w trakcie badań IDI wypowiedzi oprócz kluczowych kompetencji miękkich wspólnych dla wszystkich zawodów pozwoliła zidentyfikować dodatkowe kompetencje w podziale na zawody. W przypadku fizjoterapeutów, szczególnie tych pracujących w DPS-ach, bardzo ważna jest umiejętność motywowania i aktywizowania podopiecznych do terapii lub samoopieki. W placówkach tych fizjoterapeuta nie może niczego zrobić wbrew woli pacjenta, musi go zmotywować, pokazać korzyści i pozytywne rezultaty z ćwiczeń. Ta kompetencja idzie w parze z umiejętnością pracy z pacjentem oraz empatią:

„Jeśli do pacjenta podchodzisz na sucho, nie uśmiechniesz się, nie zaczniesz od rozmowy i zdobycia zaufania, to niczego nie da się osiągnąć”.

Umiejętność pracy z pacjentem w połączeniu z empatią jest również kluczowa dla opiekunów medycznych oraz innych opiekunów zajmujących się zabiegami pielęgnacyjnymi i opieką pacjentami długoterminowymi. Umiejętność pracy z nimi jest niezwykle istotna, ponieważ każdy z nich jest inny, ma inne schorzenia (na przykład

Alzheimer, Parkinson, cukrzyca), a opiekun musi do każdego podchodzić indywidualnie, wysłuchać i udzielić indywidualnych wskazówek. Jak zauważyła jedna z badanych osób:

„Umiejętność pracy z pacjentem to jest pierwsza podstawowa rzecz, bo są różni pacjenci ze względu na schorzenia (...). Trzeba znaleźć chyba jakiś taki wspólny język z pacjentem”.

Pielęgniarki, zwłaszcza pracujące w długoterminowej opiece domowej oraz ZOL-ach, podkreślały znaczenie umiejętności podejmowania decyzji w warunkach niepewności. Jak twierdziły, jest to

„(...) jeden z kluczowych czynników, który stwarza największe problemy pielęgniarcom bezpośrednio po kontynuacji nauki”.

Wynika to z faktu, że często pracują one bez stałej obecności lekarza i muszą same oceniać stan pacjenta, decydując o potrzebie interwencji lekarza lub hospitalizacji, a także przewidzieć zachowanie pacjenta i jego rodziny:

„Musimy podjąć decyzję, kiedy ten pacjent wymaga hospitalizacji bądź w pierwszej kolejności interwencji lekarza bądź hospitalizacji. Na nas też spoczywa odpowiedzialność, że my musimy czuć naprawdę odpowiedzialność za tego pacjenta”.

W przypadku pielęgniarek opieki długoterminowej domowej ważna jest także umiejętność zarządzania czasem – jest ona „bardzo potrzebna w pracy z pacjentami w środowisku domowym” z uwagi na ograniczony czas wizyt, dużą liczbę potrzebujących i czasochłonne dojazdy.

Personel opieki długoterminowej w przeważającej mierze uważa, że szkoły formalnie nie wyposażają ich w kluczowe kompetencje miękkie, które są niezbędne w codziennej pracy. Przykładowo pielęgniarka z opieki paliatywnej stwierdziła, że przedmioty z psychologii są, ale „bardzo ogólne”, i że nie skupiają się na pacjencie długoterminowym. Z kolei psycholog stwierdziła, że brakuje modułów do nauczania personelu, jak radzić sobie z trudnymi sytuacjami z rodziną i jak przekazywać negatywne rokowania. Jedna z opiekunek medycznych dodała, że brakowało ogólnie przygotowania emocjonalnego na widok pacjenta w złym stanie.

Podsumowując, z przeprowadzonych wywiadów pogłębionych z pracownikami opieki długoterminowej w województwie podlaskim wynika, że edukacja formalna nie przygotowuje w pełni do pracy w tego typu opiece. Podstawowa edukacja nie jest wystarczająca do podjęcia pracy w placówkach hospicyjnych opieki długoterminowej. Niezbędne jest odbycie kursów doszkalających związanych ze specyfiką tej opieki. Dotyczy to zarówno wiedzy teoretycznej, jak i umiejętności praktycznych. Programy nauczania/kształcenia nie uwzględniają (bądź uwzględniają w niewielkim stopniu) zagadnienia z zakresu geriatricznych chorób neurodegeneracyjnych, a tacy pacjenci w opiece długoterminowej dominują. Trafnie podsumowała to jedna z lekarek pracujących w ZOL-u:

„Studia już dawno skończyłam, ale ani wtedy, ani teraz nie ma dużego nacisku na tą opiekę długoterminową czy nad osobami starszymi”.

Praktyki są organizowane w większości w miejscach innych niż przebywają osoby wymagające opieki długoterminowej. Z kolei zajęcia praktyczne odbywają się na fantomach bądź na zdrowej osobie, co ogranicza rozwijanie praktycznych umiejętności pracy z pacjentem wymagającym tego rodzaju opieki. Z wypowiedzi badanych osób wynika, że kluczowe kompetencje miękkie też są nabywane raczej poza edukacją formalną i pozaformalną, wraz ze zdobywaniem doświadczenia w opiece długoterminowej.

5.2. Doświadczenia pracowników opieki długoterminowej w zakresie uczestnictwa w szkoleniach podnoszących ich kompetencje

Uczestniczenie pracowników świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w szkoleniach podnoszących ich kompetencje w przekonaniu osób biorących w badaniu jest kluczowe. Ma ono odzwierciedlenie w jakości świadczonych usług, zwiększeniu pewności siebie, jak również efektywności wykonywanej pracy. Nabywanie nowych kompetencji – zarówno twardych, jak i miękkich – wzmacnia motywację personelu do pracy, podnosząc standard opieki, jak również zapewnia skuteczne dopasowanie świadczonych usług do potrzeb pacjentów.

Z udzielonych przez respondentów wypowiedzi jednoznacznie wynika, że większość personelu (pielęgniarki, fizjoterapeuci, opiekunowie medycznie) uczestniczyła w szkoleniach podnoszących ich kompetencje. Badane osoby podejmowały szkolenia głównie z własnej inicjatywy, dążąc do rozwoju zawodowego i widząc potrzebę podnoszenia poziomu bezpieczeństwa oraz jakości świadczonych usług. Wielu respondentów podkreślało, że lubi pogłębiać swoją wiedzę, czego dowodzą udzielone odpowiedzi:

„Lubię uczyć się, lubię dowiadywać się nowych rzeczy po prostu i z tego względu, póki mi czas i czasami fundusze pozwalają, to uczestniczę w każdym możliwych szkoleniach”.

Pielęgniarki podkreślały, że konieczność ustawicznego kształcenia jest wpisana w ich zawód ze względu na ciągłe zmiany w technologiach i wytycznych. Uczestniczyły w szkoleniach, aby poszerzać zakres swojej wiedzy, jak również dążyły do nabycia doświadczenia, bo jak zauważyła jedna z nich:

„(...) przychodząc tutaj, nie miałam styczności z takimi pacjentami”.

Poszerzanie wiedzy i podnoszenie kompetencji było ściśle powiązane z poczuciem pewności w wykonywaniu obowiązków oraz zdolnością do podejmowania samodzielnych decyzji, co również znajduje odzwierciedlenie w jednej z wypowiedzi:

„Kurs musiałam sobie wykonać po to, żeby moje kwalifikacje pozwalały mi na bezpieczną pracę, bezpieczne wykonywanie tych czynności. Dawały też pewność decyzji, jaką podejmuję”.

Stanowisko to podzielają fizjoterapeuci, wskazując, że uczestniczyli w takich kursach, które zmniejszyły strach i lęk przed kontaktem z pacjentem starszym,

schorowanym, leżącym w łóżku. Młode osoby „nie mają doświadczenia” i nie wiedzą, „z której strony do takiego pacjenta się zabrać”. Motywatorem do udziału w szkoleniach były dostrzegane przez nich same braki kompetencji. Jak zauważyła jedna z badanych osób:

„Wiedziałam, jaki zakres szkolenia powinnam odbyć, żeby w tej pracy czuć się pewnie (...). Po nim miałam mniejszy strach, a większą wiedzę o ciele pacjenta i jego możliwościach”.

Chociaż własna inicjatywa jest kluczowa w procesie podnoszenia kwalifikacji, w niektórych przypadkach szkolenia były organizowane przez pracodawcę (DPS, ZOL), często w ramach środków unijnych lub z innych form finansowania. Ponadto – jak zauważają respondenci – nowy system punktowy chociażby dla opiekunów medycznych staje się motywacją do udziału w szkoleniach. Jak zaznaczają, na niektóre szkolenia „kierowali nas pracodawcy”.

„Nasz pracodawca nas kierował, ale my chętnie, chętnie uczestniczyliśmy, żeby poznać też stosunek innych, jak robią to na przykład w innych zakładach. Przez to jakieś doświadczenie zostało”.

W kontekście obszarów tematycznych, które cieszą się największym zainteresowaniem, respondenci wskazywali te szkolenia, które są najbardziej przydatne w bezpośredniej pracy z pacjentem. Wysoko oceniali znaczenie szkoleń z zakresu wielochorobowości pacjentów geriatrycznych oraz poprawy interakcji z pacjentem i rodziną. Ważne były dla nich te szkolenia, które umożliwiły im pogłębienie wiedzy specjalistycznej i nabycie kompetencji twardych.

Z szerokiego zakresu szkoleń wymienianych przez pielęgniarki biorące udział w badaniu najczęściej wskazywane były kursy dotyczące ran i odleżyn, obsługi portów i wkłuć, obsługi pacjenta żywionego jelitowo, profilaktyki, edukacji pacjenta, komunikacji z pacjentem trudnym i inne. Spośród wymienionych przez nie kursów i warsztatów kluczowym dla nich było szkolenie z zakresu leczenia ran przewlekłych i odleżyn, które w ich przekonaniu jest szkoleniem absolutnie niezbędnym personelowi pielęgniarskiemu ze względu na dużą liczbę pacjentów leżących. Potwierdzają to wypowiedzi respondentów:

„Kurs leczenia ran. Uważam, że po prostu każdy, kto pracuje w takim miejscu, taki kurs musi skończyć”.

Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że zakres potrzeb kompetencyjnych pielęgniarek jest bardzo szeroki:

„Z chwilą zatrudnienia podjęłam szkolenie specjalizacyjne w opiece długoterminowej. Następnie szkolenie specjalizacyjne, jeżeli chodzi o pielęgniarstwo internistyczne. Jestem w trakcie teraz szkolenia już dwukrotnego odnośnie do leczenia ran, bo to też jest odświeżenie dla mnie mojej wiedzy”

Pielęgniarki mają świadomość, że ich wiedza wymaga aktualizacji:

„Poprzednie kursy już dość w dawnym czasie ukończyłam, a są nowości. Mamy nowe środki, troszeczkę to postępowanie też się zmieniło, więc w celach przypomnienia sobie, odświeżenia, uaktualnienia tej wiedzy”.

O doborze przedmiotu szkoleń decydowały przypadki pacjentów oraz ich potrzeby:

„To, że pracuję właśnie na oddziale wentylowanych mechanicznie, więc ukończyłam kurs pacjentów wentylowanych mechanicznie. Niedawno właśnie zakończyłam szkolenie odnośnie do opieki pacjenta ze stomią. Także wszystko to, co jest potrzebne tutaj do opieki z pacjentem”.

Zakres kursów determinowany był także specyfiką oddziału:

„(...) terapia bólu przewlekłego, kurs kwalifikacyjny odnośnie do pielęgniarstwa anestezyjologicznego. Bo to też jest takie typowe do danego oddziału”.

Ponadto część pielęgniarek ukończyła także kursy, dzięki którym zostały:

„(...) edukatorem cukrzycy, żeby jak najświeższą wiedzą dzielić się z pacjentami z jego rodziną”.

Jeśli zaś chodzi o fizjoterapeutów, to ta grupa ceni sobie szkolenia dotyczące metod dających szerokie możliwości pracy z różnymi pacjentami oraz umiejętność samodzielnej diagnozy, na przykład PNF (proprioceptywne torowanie nerwowo-mięśniowe), którego celem jest nauczanie uczestników zaawansowanych technik terapii ruchowej opartych na neurofizjologicznych wzorcach. W opinii respondentów na tym szkoleniu zdobyli wiele umiejętności praktycznych. Jak stwierdził jeden z nich:

„To szkolenie, które naprawdę daje duże możliwości, ponieważ można pracować z pacjentami neurologicznymi, ortopedycznymi, takimi którzy właśnie tutaj są w tym ośrodku opieki długoterminowej”.

Kolejnym wysoko ocenionym przez nich kursem, był kurs metody Cyriaxa (medycyny ortopedycznej), oferujący kompletną wiedzę diagnostyczno-terapeutyczną dla fizjoterapeutów. Dzięki ukończonym kursom fizjoterapeuci pozyskali umiejętność samodzielnej diagnozy:

„To najświeższa metoda, którą już stosuję, i jestem przeszczęśliwa, że na nią poszłam. Dotyczy diagnostyki, dzięki czemu nie bazuję tylko na tym, co dostaję na papierze”.

Część respondentów wykonujących zawód fizjoterapeutów uczestniczyła w kursach realizowanych w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego, który stanowił wydzieloną część Funduszu Pracy, przeznaczoną na dofinansowanie kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców związanych między innymi z opieką długoterminową:

„Braliśmy udział w szkoleniach z Krajowego Funduszu Szkoleniowego, organizowane przez urząd pracy i tam właśnie były szkolenia. Teraz będziemy mieć z obrzęków limfatycznych u osób hospicyjnych. Jesteśmy też teraz w trakcie PNF-u. Było też szkolenie w tamtym roku z endoprotezy, stawu kolanowego oraz biodrowego”.

Inni podkreślali znaczenie szkolenia:

„Fizjoterapia w geriatricznym to było właśnie o pacjentach geriatricznych, najczęstszych chorobach geriatricznych, edukacja pacjenta, usprawnianie pacjenta i tego typu rzeczy”.

Na spore doświadczenie w zakresie odbytych szkoleń wskazywały badane osoby świadczące opiekę długoterminową i paliatywną. Jak podkreślały, bierze się ono stąd, że ich praca wymaga zarówno bardzo szerokiej wiedzy, jak i umiejętności. Ich specjalizacja w opiece długoterminowej jest uważana za bardzo cenną, dlatego muszą korzystać z szerokiego przekroju wiedzy z wielu dziedzin, niezbędnej przy wielochorobowości pacjentów. Kluczowa była dla nich:

„(...) specjalizacja w opiece długoterminowej, dwuletnia specjalizacja z egzaminem. (...) Bardzo dużo wyniosłam z tej z tej specjalizacji, ponieważ tam miałam przekrój wszystkich specjalności, począwszy przez chirurgię, neurologię, diabetologię, internę, ortopedię, psychologię, psychiatrę, neurologię, wszystko, rehabilitację”.

Jak zauważyła jedna z badanych:

„Ja pamiętam swój kurs o opiece paliatywnej, który mi utkwił w pamięci o dozowaniu leków, kodowaniu leków, opiece nad pacjentem, kiedy wiadomo, że to już jest diagnoza [schytkowa – przyp. aut.]”.

W tym przypadku respondenci docenili również wagę kursów i szkoleń z zakresu psychogeriatricznym oraz radzenia sobie z dramatem. Szczególnie przydatne były dla nich szkolenia dotyczące procesów otępienia, depresji reakcji w hospicjum:

„Jednym z nich było szkolenie pod tytułem depresja, myśli próby samobójcze (...) i pokazanie, na co mamy zwrócić uwagę, co było dla mnie bardzo zaskakujące i bardzo pozytywne”.

Ważnymi kursami były także kursy poświęcone zagadnieniom resuscytacji pierwszej pomocy:

„Myślę, że to chyba jeden z najważniejszych kursów, i myślę, że należy go powtarzać co jakiś czas, bo działając w stresie, możemy zapomnieć”.

„Pan nas tak wyćwiczył (...) i wiedzieliśmy już, jak reanimować”.

Istotnym obszarem poprawiającym jakość pracy, wskazanym przez pracowników opieki długoterminowych biorących udział w badaniu, były kursy i szkolenia z zakresu kompetencji miękkich i psychospołecznych. Umiejętności związane z komunikacją i radzeniem sobie z trudnymi emocjami były uznawane za podstawowe dla kadry zarządzającej i personelu. Komunikacja zarówno z pacjentem, jak i rodziną oceniana była przez respondentów za najistotniejszą, ponieważ w ich przekonaniu niewłaściwy kontakt jest przyczyną niepowodzeń w opiece.

Doświadczenia respondentów wskazują na silną preferencję dla praktycznych, stacjonarnych form nauki, jednocześnie uwydatniając finansowe i czasowe bariery.

Wysoko ocenianą formą realizowanych szkoleń były zajęcia stacjonarne, ponieważ umożliwiły nabycie umiejętności praktycznych:

„(...) dotknięcie, zobaczenie, doświadczenie”.

Z tego powodu respondenci uznali je za najbardziej efektywne:

„Ja lubię dotknąć, zobaczyć, doświadczyć, bo wtedy czuję się gotowa, żeby sama coś wykonać”.

Z kolei forma zdalna została doceniana ze względu na dostępność pod względem organizacyjnym, logistycznym, jak również czasowym. Webinaria i szkolenia online cieszyły się popularnością u części personelu (szczególnie starszych pielęgniarek) z uwagi na elastyczność i możliwość odsłuchania w domu, poza godzinami pracy. Badani respondenci wskazali, że dosyć często korzystają z takiej formy:

„W tej chwili mamy dużo szkoleń takich online, webinarów zdalnych”.

Dlatego w sytuacji braków kadrowych i ograniczeń logistycznych forma zdalna okazała się optymalnym rozwiązaniem szczególnie w przypadkach, kiedy przedmiotem kursów było wyposażenie uczestników wiedzę. Jednocześnie respondenci doceniali dostęp do materiałów udostępnianych po odbyciu szkoleń, które umożliwiają im odświeżenie wiedzy:

„Mieliśmy, tylko nie wiem, czy to właśnie było szkolenie, ale przyjechała pani właśnie z opatrunkami na odleżyny. Dała nam taką książeczkę i naprawdę my do niej wracamy (...) to chyba też takie najważniejsze, takie dla nas przydatne”.

Kluczowym aspektem wpływającym na udział w szkoleniach były kwestie finansowe. Z wypowiedzi respondentów wynika, że o wyborze oferty szkoleniowej decydowały koszty szkolenia:

„Myślę, że przede wszystkim te środki finansowe. Jakby było za darmo, to myślę, że by było dużo chętnych”.

Doświadczenie respondentów wskazuje, że specjalistyczne kursy są drogie. Płatne były nawet kursy punktowane, wymagane do podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Dlatego pracownicy opieki długoterminowej niejednokrotnie podkreślali, że dążąc do uzupełnienia wiedzy i umiejętności, decydowali się na samodzielne ich finansowanie:

„Ten kurs [leczenia ran – przyp. aut.] wykupiłam prywatnie, przeze mnie. Kosztował sporo, był pięcio- czy sześciogodzinny (...) 800 złotych”.

O zainteresowaniu ofertą szkoleniową poza kwestiami finansowymi decydowały również czas i lokalizacja. Czas był postrzegany jako ograniczenie, zwłaszcza w połączeniu z obowiązkami domowymi:

„Przede wszystkim to chodzi o czas. Czas jest blokadą, która niestety nie zawsze jest w stanie ją przezwyciężyć”.

Respondenci zauważyli, że istnieje również problem dostępności szkoleń poza dużymi ośrodkami:

„Myślę, że bardziej dostępność tych szkoleń tak jak na przykład z naszego miejsca, żeby te szkolenia nie odbywały się gdzieś w Polsce, tylko na przykład na terenie naszego miasta”.

Brak oferty w lokalnych ośrodkach niejednokrotnie zmuszał pracowników do wyjazdu do odległych ośrodków, na przykład do Warszawy, Wrocławia, Katowic.

W wypowiedziach respondentów pojawiała się jeszcze kwestia zróżnicowanej motywacji zaangażowania pracowników opieki długoterminowej do uczestnictwa w szkoleniach ze względu na ich wiek. Z obserwacji respondentów wynikało, że pielęgniarki w wieku okołoemerytalnym wykazywały mniejszą chęć do udziału w szkoleniach:

„To przeważnie są już pielęgniarki takie na emeryturze bądź przed emeryturą, które już po prostu tej wiedzy nie chcą zdobyć”.

„Te osoby, które już mają wiek emerytalny, to już nie chcą się kształcić. Mówią, że wszystko wiedzą. Nie komentuję tego”.

Podsumowując, pracownicy opieki długoterminowej mają duże doświadczenie w uczestniczeniu w szkoleniach podnoszących ich kompetencje. Kluczowe były dla nich te zajęcia, które w praktyczny sposób przygotowywały ich do pracy z pacjentem, a zakres merytoryczny odzwierciedlał specjalistyczną wiedzę i umiejętności związane z wykonywanym zawodem. Respondenci niejednokrotnie podkreślali, że najbardziej cenionymi przez nich szkoleniami były te prowadzone stacjonarnie, umożliwiające im bezpośredni kontakt z prowadzącym i bieżący instruktaż wykonywanych czynności. Forma zdalna umożliwiała im pogłębienie wiedzy i powtórzenie zagadnień praktycznych. Niemniej jednak z ich doświadczenia wynika, że aspektami determinującymi ich aktywność szkoleniową były ograniczenia finansowe, logistyczne, czasowe, a także uboga oferta szkoleniowa realizowana w województwie podlaskim.

5.3. Oczekiwania w zakresie szkoleń podnoszących kompetencje pracowników opieki długoterminowej

Pracownicy opieki długoterminowej biorący udział w badaniu byli zgodni co do potrzeby odbywania szkoleń. Tylko nieliczne osoby nie wykazywały zainteresowania podnoszeniem kompetencji, a były to osoba dorabiająca w opiece długoterminowej na emeryturze oraz pielęgniarka pracująca w kilku miejscach (z uwagi na ograniczenia czasowe). Potrzebę szkoleń w opiece długoterminowej podkreślają między innymi następujące wypowiedzi:

„Wszyscy wymagamy szkolenia cały czas, dlatego że rzeczywistość się zmienia. (...) Także absolutnie szkolenie jest potrzebne przez całe życie zawodowe. Każdemu, każdemu pewnie troszeczkę coś innego”.

„Bez szkoleń ten zawód nie będzie się rozwijał, nie będzie nadążał za nowoczesnością, za technikami”.

„Uważam, że powinny być – tak jak są szkolenia sezonowe w branży odzieżowej. Tak samo w opiece medycznej powinny być przeprowadzane, przynajmniej dwa szkolenia na rok w placówkach”.

„Jest coraz więcej metod i badań naukowych, które pokazują, że niekoniecznie musimy tak intensywnie fizycznie pracować z pacjentem. Praca z ciężkim pacjentem daje do myślenia, co będzie dalej. Wiem, że te szkolenia pomogą mi się trochę odciążyć”.

Objęty badaniami personel opieki długoterminowej (pielęgniarki, fizjoterapeuci, opiekunowie) zgodnie uznał szkolenia rozwijające kompetencje miękkie za kluczowe. Respondenci podkreślali przy tym, że edukacja formalna nie wyposaża bądź wyposaża w niedostatecznym stopniu w te umiejętności. Jednocześnie badane osoby wskazywały je jako wiodące w pracy w opiece długoterminowej. Katalog zidentyfikowanych podczas wywiadów pogłębionych potrzeb szkoleniowych w zakresie kompetencji miękkich w opiece długoterminowej przedstawia tabela 17.

Tabela 17. Szkolenia oczekiwane przez pracowników opieki długoterminowej w zakresie kompetencji miękkich

Tematyka szkolenia	Oczekiwany zakres szkolenia
Komunikacja interpersonalna z pacjentem trudnym/ niewspółpracującym, w tym między innymi motywowanie i aktywizowanie podopiecznych	Szkolenie uczące, jak nawiązywać kontakt i zdobywać zaufanie pacjentów o różnym stopniu świadomości (na przykład z demencją, afazją, niedosłuchem, niewidomych), co jest podstawą do osiągnięcia pozytywnych efektów opiece długoterminowej, w tym między innymi techniki motywowania do większego zaangażowania podopiecznego w terapię.
Komunikacja i edukacja rodziny pacjenta	Szkolenie podejmujące treści dotyczące przekazywania rodzinie wiedzy dotyczącej stanu pacjenta, instruktażu czynności pielęgnacyjnych i żywieniowych, a także radzenia sobie z rodzinami roszczeniowymi, konfliktowymi oraz tymi, które wywierają presję na personel.
Przekazywanie trudnych informacji rokowań	Wyspecjalizowany kurs dedykowany personelowi (w tym psychologom i lekarzom) na temat informowania pacjentów i ich rodzin o stanie terminalnym, agonalnym, rokowaniach w chorobie, a także o przejściu z leczenia przyczynowego na paliatywne.
Komunikacja w zespole wielodyscyplinarnym	Szkolenie kładące nacisk na współpracę, wymianę informacji koordynację działań pomiędzy wszystkimi członkami zespołu (w tym opiekunami, pielęgniarkami i fizjoterapeutami), co jest niezbędne w opiece długoterminowej.
Radzenie sobie ze stresem, emocjami wypaleniem zawodowym	Szkolenie dla osób pracujących z pacjentami ciężko chorymi, mające na celu budowanie odporności psychicznej, radzenie sobie ze stresem emocjonalnym i presją ze strony rodzin, a także zapobieganie wypaleniu zawodowemu.
Asertywność i rozwiązywanie konfliktów w zespole	Szkolenie skierowane na poprawę współpracy w zespole wielodyscyplinarnym (pielęgniarki, opiekunowie, lekarze, fizjoterapeuci), a także naukę asertywności stanowczego wyrażania własnej opinii w trudnych sytuacjach i konfliktach.
Zarządzanie czasem i organizacja pracy	Szkolenie uczące efektywnego planowania i organizacji pracy, minimalizowania poświęcania nadmiernej ilości czasu jednemu pacjentowi.
Podjęcie decyzji	Kurs mający na celu wzmocnienie kompetencji personelu

Tematyka szkolenia	Oczekiwany zakres szkolenia
w warunkach niepewności	w samodzielnym podejmowaniu decyzji, zwłaszcza w nagłych wypadkach, bez bezpośredniego nadzoru lekarza, gdy rola pielęgniarki (lub opiekuna) w ocenie stanu pacjenta jest kluczowa dla jego dalszych losów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych wywiadów IDI/TDI.

Wśród kompetencji miękkich badane osoby w pierwszej kolejności wskazywały na potrzebę szkoleń z szeroko rozumianej komunikacji, obejmującej kontakt z pacjentem, jego rodziną, ale także z opiekującymi się nim członkami zespołu. Potrzebę takich szkoleń bardzo dobrze podkreśla jedna z wypowiedzi, zgodnie z którą:

„Umiejętność komunikacji interpersonalnej to jest dziedzina, w której szkoleń nigdy nie jest za wiele”.

Szkolenia z komunikacji z pacjentem są potrzebne, gdyż:

„Niepowodzenia w opiece i w leczeniu z pacjentem wynikają przede wszystkim z niewłaściwej komunikacji. Wszystkie blokady, wszystkie takie kłopoty, gdzie pacjent nie potrafi się otworzyć, pacjent z nami nie współpracuje, pacjent nas nie rozumie”.

„Praca w opiece długoterminowej wymaga dużo empatii, cierpliwości umiejętności dotarcia do pacjenta, a pacjenci są bardzo różni: roszczeniowi, agresywni, z depresją, płaczący. Chciałabym wiedzieć więcej, jak uderzyć w te emocje, żeby mieć siłę sprawczą”.

Jako uszczegółowienie szkolenia z komunikacji z pacjentem można potraktować szkolenie z zakresu motywowania i aktywizowania podopiecznych, na którego potrzebę wskazywali między innymi fizjoterapeuci. Szkolenie dotyczące różnych technik motywowania osób zniechęconych lub cierpiących na depresję byłoby pomocne w osiągnięciu lepszych rezultatów terapii. Wielu rozmówców wskazywało na trudności w komunikacji z rodziną, obejmujące informowanie o stanie pacjenta, jak też instruktaż w postępowaniu z nim:

„Dobrze by było, żeby było coś takiego, jak rozmawiać z rodziną w trudnych momentach. Jak uczyć rodzinę, gdy pacjent już, przepraszam, ma fazę schyłkową”.

Oprócz szkoleń dotyczących komunikacji rozmówcy wskazywali także na potrzebę szkoleń poprawiających komfort pracy i dobrostan psychiczny osób pracujących w opiece długoterminowej. Wśród nich wymieniali szkolenia obejmujące radzenie sobie ze stresem, obciążeniem psychicznym, emocjami wypaleniem zawodowym. Pojawiały się także opinie, że pracownikom, szczególnie opiekunom medycznym, brakuje asertywności, aby umieć powiedzieć stanowczo „nie” roszczeniowym rodzinom, co wymaga podjęcia szkoleń rozwijających tę kompetencję. Badane osoby wskazywały również na potrzebę uczestnictwa w szkoleniach dotyczących zarządzania czasem i organizacji pracy, co wynika z konieczności opieki nad wieloma pacjentami jednocześnie.

Niektóre badane pielęgniarki i opiekunki medyczne zgłaszały potrzebę organizowania szkoleń dotyczących podejmowania szybkich decyzji w warunkach niepewności, ponieważ w opiece długoterminowej zdarzają się nagłe sytuacje wymagające natychmiastowych ich reakcji bez możliwości konsultacji z lekarzem. Jest to kompetencja miękka, która jest przydatna także w innych zawodach świadczących usługi opieki długoterminowej.

Przeprowadzone badania w formie indywidualnych wywiadów pogłębionych pozwoliły także zidentyfikować szereg potrzeb szkoleniowych w zakresie rozwijania umiejętności praktycznych oraz wiedzy specjalistycznej. Najczęściej w wypowiedziach badanych osób (niezależnie od reprezentowanego zawodu) pojawiała się potrzeba szkolenia z leczenia ran przewlekłych i odleżyn. Tę tematykę można uznać za priorytetową.

Nie zmienia tego fakt, iż szkolenia z odleżyn były wskazywane jako jedno z najpopularniejszych, w których badane osoby już uczestniczyły. W wypowiedziach podkreślały:

„Zawsze są ciekawe wszelkie szkolenia dotyczące leczenia ran. Bo pacjenci są starsi, leżący, unieruchomieni. (...) Leczenie ran, odleżyn, zapobieganie, zwracanie uwagę na powikłania”.

Szkoleniami z odleżyn i obchodzenia się z opatrunkami przeciwoodleżynowymi zainteresowani są nie tylko opiekunowie medyczni czy pielęgniarki, ale także fizjoterapeuci. Jedna z fizjoterapeutek stwierdziła:

„Czasem pacjent potrafi się rozkrwawić na sali, więc dobrze by było, gdybyśmy sami potrafili sobie z tym poradzić, nie obciążając personelu pomocniczego”.

Drugim najczęściej wskazywanym obszarem preferowanych szkoleń przez badane osoby była pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo-oddechowa (RKO). Dotyczy to szkoleń przypominających, nawet raz w roku, w celu utrwalania wykonywanych czynności. Jest to potrzebne, ponieważ niepraktykowanie i upływ czasu powodują zatracanie umiejętności z zakresu pierwszej pomocy i RKO. Jak wskazała jedna z badanych osób:

„Myślę, że to chyba jeden z najważniejszych kursów, i myślę, że należy go powtarzać co jakiś czas, bo działając w stresie, możemy zapomnieć”.

Dodatkowo zmieniają się wytyczne dotyczące resuscytacji, a takie szkolenia pozwalają być na bieżąco z najnowszymi wytycznymi oraz z procedurami ratunkowymi obowiązującymi w służbie zdrowia i ratownictwie. Szkolenia nie tylko umożliwiają utrwalenie procedur takich jak uciskanie klatki piersiowej, ale wzmacniają także pewność siebie osoby udzielającej pierwszej pomocy, redukując stres i panikę w sytuacjach kryzysowych.

W dalszej kolejności wśród wymienianych potrzeb szkoleniowych były zarówno szkolenia *stricte* związane z wykonywanym zawodem (na przykład kurs PNF dla fizjoterapeutów czy kursy terapii logopedycznej dla logopedów pracujących w opiece długoterminowej), ale też szkolenia o bardziej ogólnej tematyce – na przykład wiedza specjalistyczna w geriatricznym. Katalog zidentyfikowanych podczas wywiadów pogłębionych

potrzeb szkoleniowych w zakresie wiedzy i umiejętności przydatnych w opiece długoterminowej przedstawia tabela 18.

Tabela 18. Szkolenia oczekiwane przez pracowników opieki długoterminowej w zakresie wiedzy i umiejętności praktycznych

Tematyka szkolenia	Oczekiwany zakres szkolenia
Leczenie ran przewlekłych i odleżyn	Aktualne metody, nowe materiały opatrunkowe oraz profilaktyka odleżyn, co jest kluczowe w pracy z pacjentami leżącymi.
Pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo-oddechowa	Cykliczne odświeżanie wiedzy i umiejętności praktycznych z użyciem fantomów, dotyczące zasad RKO, udzielania pierwszej pomocy, w tym reagowania nagłe wypadki, takie jak zadławienie czy upadki.
Kurs PNF	Kurs dla fizjoterapeutów pracujących z pacjentami z dysfunkcjami ortopedycznymi obejmujący część teoretyczną: wprowadzenie do PNF, wzorce ruchowe, techniki PNF oraz praktyczną: analizę ograniczeń na różnych poziomach funkcjonowania, demonstracje prowadzone przez instruktora, bezpośrednią pracę z pacjentem pod nadzorem.
Żywienie dojelitowe i pozajelitowe	Wiedza teoretyczna i praktyczna dotycząca obsługi sprzętu, pomp oraz żywienia pacjentów za pomocą PEG-a i diet przemysłowych.
Obsługa i postępowanie ze sprzętem medycznym:	Obsługa specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego (na przykład podnośników) oraz pomp infuzyjnych stosowanych w opiece domowej i stacjonarnej.
Obsługa stomii wktuć	Pielęgnacja stomii oraz obsługa portów i wktuć naczyniowych, niezbędne w pracy z pacjentami przewlekle chorymi.
Rehabilitacja i ergonomia pracy	Podstawy rehabilitacji dla opiekunów, w tym nauka prawidłowego podnoszenia, przewracania i wysadzania pacjentów na wózek, aby zminimalizować obciążenie kręgosłupa personelu oraz zapobiec urazom u pacjentów.
Wiedza specjalistyczna w geriatricznym	Koncentracja na wielochorobowości (neurologicznej, diabetologicznej, ortopedycznej) oraz na specyfice opieki nad pacjentami w podeszłym wieku, z uwzględnieniem procesu starzenia się.
Opieka paliatywna i terapia bólu	Postępowanie z pacjentem u schyłku życia, w tym leczenie bólu przewlekłego i znajomość zagadnień związanych z opieką hospicyjną.
Postępowanie z pacjentami z chorobami neurologicznymi i psychicznymi	Wiedza dedykowana specyfice pracy z pacjentami cierpiącymi na chorobę Alzheimera, Parkinsona, depresję oraz pacjentami po udarach
Opieka nad pacjentem wentylovanym mechanicznie	Specjalistyczna wiedza dotycząca pielęgnacji postępowania z pacjentami podłączonymi do respiratorów.
Opieka nad pacjentem cukrzycowym	Diabetologia, w tym wiedza o chorobach metabolicznych i profilaktyce, oraz umiejętność praktycznego podawania insuliny (penem) przez personel pomocniczy.
Logopedia i terapia połykania	Afazja, dyszartria oraz dysfagia (problemy z połykaniem) u pacjentów po urazach mózgu lub udarach, a także metody komunikacji alternatywnej.
Wsparcie logopedyczne pacjentów z deficytami sensorycznymi	Metody komunikacji terapii logopedycznej dostosowanych do pacjentów niewidzących i niesłyszących.

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych wywiadów IDI/TDI.

Badane osoby wypowiedziały się także odnośnie do oczekiwanego sposobu organizowania szkoleń. W zdecydowanej większości respondentów (zwłaszcza opiekunowie, pielęgniarki fizjoterapeuci) preferują szkolenia stacjonarne, z elementami praktycznymi (warsztaty, ćwiczenia, praca na manekinach):

„Jeśli mówimy o szkoleniach dotyczących sprzętu, procedur, zasad wykonywania czynności, to jak najbardziej muszą to być szkolenia stacjonarne, manualne. Wtedy jakość tego szkolenia ma większą wartość”.

„Na pewno nie online. Nie jestem zwolenniczką takich szkoleń”.

„Jestem fanką szkoleń stacjonarnych. Korzystam też ze szkoleń online, jeśli jest możliwość, ale ja lubię dotknąć, zobaczyć, doświadczyć, bo wtedy czuję się gotowa, żeby sama coś wykonać”.

„Na pewno nie online, ponieważ już miałem tu osoby chwalone się, że na studiach swoich miały zajęcia online z pobierania krwi (...), krew się burzy – jak się o tym słucha”.

Zdaniem respondentów forma zdalna (online/webinaria) jest akceptowalna jedynie dla przekazywania i aktualizowania wiedzy teoretycznej:

„Jeśli są to wyłącznie szkolenia polegające na przekazaniu wiedzy, aktualizowaniu posiadanej wiedzy, to jak najbardziej uważam, że odpowiednią formą jest forma online”.

Badany personel preferuje ponadto krótsze szkolenia, obejmujące cykliczne bloki tematyczne, rozłożone w czasie – zamiast jednego długiego i intensywnego spotkania, ponieważ:

„(...) mniejsze bloki rozłożone w czasie pozwalają wracać do tematu i aktualizować wiedzę”.

Z innej wypowiedzi także wynika, że:

„(...) jeśli chodzi o szkolenia warsztatowe, to na pewno powinny być to szkolenia jednodniowe z uwagi na system pracy, ale przede wszystkim uważam, że powinny być to szkolenia cykliczne, rozciągnięte w czasie, niekończące się na jednym spotkaniu, też poruszające bloki tematyczne albo modele”.

Jeśli chodzi o wielkość grup, badane osoby preferują małe grupy szkoleniowe, szczególnie podczas warsztatów praktycznych (optymalnie 10–20 osób). Jest to ważne z punktu widzenia komfortu uczestników szkolenia oraz możliwości indywidualnego podejścia prowadzącego do uczestników:

„Byłam raz na masowym szkoleniu i uważam to za nieporozumienie. Nawet jeśli masz pytania, okazuje się, że jest za mało czasu. Masowe szkolenia nie sprawdzają się w naszym zawodzie (dotyczy fizjoterapii)”.

Większa liczba osób jest akceptowalna w szkoleniach związanych z przekazywaniem wiedzy bez elementów praktycznych.

Głównym oczekiwaniem badanych osób zajmujących się opieką długoterminową wobec szkoleń jest możliwość po ich ukończeniu zdobycia wiedzy i kompetencji niezbędnych do lepszego wykonywania codziennej pracy (podniesienie jakości opieki) oraz zwiększenie elastyczności na rynku pracy. Badane osoby wskazały między innymi:

„Zdobyta wiedza utwierdza mnie w tym, że mogę rzeczywiście pomóc, popробować i pokombinować z pacjentem, a nie robić tylko podstawy, żeby go nie skrzywdzić”.

„Oczywiście liczę też na awans w pracy – to podnosi nasze kwalifikacje i możliwości na rynku pracy. Wielu z nas pracuje też z prywatnymi pacjentami, a ta wiedza pomaga nam również w tej pracy. Możemy więcej zaoferować i istniejemy na rynku”.

Badane osoby były pytane o potrzebę organizowania szkoleń dla opiekunów nieformalnych, opiekujących się swoimi bliskimi w domach. Wszyscy byli zgodni, że takie szkolenia są potrzebne:

„To jest dramat tej osoby, która leży, ale to jest też dramat domownika, bo to jest osoba bliska i dodatkowo dochodzą emocje”.

„Często gęsto obserwujemy rodziny naszych pacjentów, które nie mają żadnej wiedzy, w ogóle nic. Nie są w stanie nawet pacjenta przełożyć na bok. Nie potrafią zmienić pampersa”.

Konieczność odbywania szkoleń przez opiekunów nieformalnych wynika też z tego, że skala opieki długoterminowej domowej świadczona przez wykwalifikowany personel jest niewystarczająca ze względu na ograniczoną ilość czasu, jaką można przeznaczyć na pacjenta. Jak stwierdziła jedna z badanych osób:

„W związku z tym większość opieki pielęgnacji nad pacjentem spoczywa na rodzinie i to, jak zostanie wyedukowana, przygotowana rodzina do opieki nad swoim członkiem potrzebującym tego typu czynności, daje podstawę jego zdrowienia i pomaga też w pracy pielęgniarki, która widzi swoje działanie”.

Ponadto jedna z osób zauważyła, że potrzebne są szkolenia dla opiekunów nieformalnych, ponieważ coraz częściej kwestia opieki długoterminowej dotyczy nie tylko osób w podeszłym wieku, ale też ludzi w wieku 50–60 lat po zawałach i udarach, i wówczas współmałżonkowie poszukują wiedzy, jak się zajmować chorymi.

Na chwilę obecną szkolenia opiekunów nieformalnych nie są zestandaryzowane. Przeprowadza się je na przykład w momencie wypisywania pacjenta z ZOL do domu, kiedy jego personel przekazuje informacje dotyczące opieki w zakresie najpotrzebniejszych czynności. W edukację pozaformalną angażuje się także personel opieki długoterminowej domowej, gdy pacjent pod nią podlega, ze szczególnym zaangażowaniem pielęgniarki opieki długoterminowej. Stanowi to wsparcie pracy personelu opieki długoterminowej, szczególnie pielęgniarek oraz ułatwia życie domownikowi opiekującemu się chorym.

Szkolenie opiekunów nieformalnych powinno obejmować podstawowe czynności pielęgnacyjne. Podkreśla to jedna z respondentek:

„Pokażą pozycje ułożeniowe, jak zmienić pampersy, jak nakarmić, jak wykąpać, żeby było jak najlepiej dla osoby leżącej, ale też dla osoby, która się tą osobą zajmuje, bo niestety te osoby tracą kręgosłupy, swoje zdrowie poprzez brak umiejętności pracy z człowiekiem”.

Badani wskazywali także na takie czynności jak przesadzanie z wózka na łóżko, przemieszczania pacjenta, a w przypadku pacjenta z rurką tracheostomijną szkolenie powinno objąć także związaną z tym higienę.

Zdania badanych osób na temat organizowania formalnych szkoleń dedykowanych opiekunom nieformalnym były podzielone. Jedni uważali, że takie szkolenia powinien prowadzić personel bezpośrednio sprawujący opiekę, czyli wykwalifikowane pielęgniarki albo też opiekunowie medyczni. Inni podkreślali, że ich prowadzenie powinno odbywać się przez cały podstawowy zespół w minimalnym składzie: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta i psycholog. Każdy z członków zespołu byłby odpowiedzialny za inny zakres szkolenia: lekarz opowiedziałby o jednostce chorobowej, pielęgniarka o higienie, opatrunkach, właściwym żywieniu, fizjoterapeuta o przemieszczaniu pacjenta i pozycjach ułożeniowych, a psycholog wzmocniłby psychikę rodziny i osoby wymagającej opieki długoterminowej.

Były też wypowiedzi, które sugerowały, że ze względu na duże obciążenie pracą osób zaangażowanych w opiekę długoterminową organizacją szkoleń opiekunów nieformalnych powinna zajmować się opieka społeczna. Jedna z osób wskazała, że należałoby połączyć obowiązek odbywania takiego szkolenia z wypłatą świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego.

Podsumowując, pracownicy opieki długoterminowej w województwie podlaskim byli zgodni co do potrzeby stałego podnoszenia kwalifikacji poprzez różnorodne szkolenia. Po pierwsze, oczekują oni szkoleń z podnoszenia kompetencji miękkich, takich jak: komunikacja interpersonalna z pacjentem i jego rodziną oraz w zespole, radzenie sobie ze stresem i emocjami, asertywność i zarządzanie czasem. Po drugie, badane osoby wskazywały na potrzebę szkoleń z zakresu specjalistycznych umiejętności praktycznych, między innymi leczenia ran przewlekłych i odleżyn, pierwszej pomocy i resuscytacji krążeniowo-oddechowej, obsługi sprzętu medycznego, terapii PNF czy opieki paliatywnej. Preferowaną formą są szkolenia stacjonarne z elementami praktycznymi, organizowane w małych grupach (10–20 osób) – dla zapewnienia indywidualnego podejścia.

Uczestnicy oczekują po szkoleniach możliwości zdobycia wiedzy i umiejętności podnoszących jakość codziennej pracy, zwiększenia elastyczności na rynku pracy oraz poprawy komfortu i efektywności opieki nad pacjentem. Badane osoby były też całkowicie zgodne co do potrzeby szkolenia opiekunów nieformalnych opiekujących się osobami przewlekle chorymi w środowisku domowym. Jednakże duże rozbieżności wystąpiły co do sposobu organizowania takich szkoleń. Stanowi to wyzwanie dla instytucji odpowiedzialnych za opiekę długoterminową.

5.4. Bariery i motywatory uczestniczenia pracowników opieki długoterminowej w kursach i szkoleniach podnoszących kompetencje

Uczestnictwo w kursach i szkoleniach podnoszących kompetencje osób świadczących usługi opieki długoterminowej determinowane jest różnymi motywatorami. Jednocześnie dostrzegane są bariery utrudniające kadrze podnoszenie kompetencji, choć i tak respondenci widzą potrzebę zdobywania nowej wiedzy i umiejętności. Niejednokrotnie podkreślali oni, że zachętą do udziału w szkoleniach jest kontakt z nowymi dla nich jednostkami chorobowymi pacjentów, w związku z czym „**chcą zdobywać wiedzę, aby im pomóc**”.

Deklarując chęć doksztalcenia się, podkreślają, że dzięki temu ulega poprawie jakość ofertowej przez nich pomocy. Jednocześnie wyrażają przekonanie, że inwestycje w samorozwój czynią ich pomoc skuteczniejszą ze względu na zróżnicowane potrzeby pacjentów i podopiecznych:

„**Cały czas coś się zmienia, jakieś nowości wchodzą, które później są przydatne w pracy**”.

Badani zapewniali jednocześnie, że zwiększenie wiedzy wzmacnia poziom bezpieczeństwa wykonywanych zadań zarówno dla personelu, jak i dla pacjentów. Dzięki nabytym w czasie kursów i szkoleń umiejętnościom kadra zyskuje pewność wykonywania czynności, a także nabywa zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji. Respondenci wskazywali także, że wyniki badań naukowych, zmiany w metodach leczenia, dostępny nowy sprzęt oraz nowoczesne techniki leczenia motywują ich do ciągłego zdobywania wiedzy i udziału w szkoleniach.

Nie bez znaczenia są również obowiązujące regulacje prawne. Ustawiczne kształcenie jest wpisane w zawody medyczne, zaś obowiązujący system punktowy¹⁴¹ stanowi motywację do zdobywania kwalifikacji niezbędnych do utrzymania prawa wykonywania zawodu.

Z wypowiedzi respondentów wynika również, że motywacją do podejmowania aktywności szkoleniowej jest wzrost elastyczności na rynku pracy. Szkolenia wzmacniają kwalifikacje, zwiększając szanse i możliwości awansu, jak również przygotowania się do potrzeb rynku pracy, w tym do pracy z pacjentami samofinansującymi opiekę nad nimi.

Niemniej jednak personel mierzy się z wieloma wyzwaniami utrudniającymi mu udział w kursach i szkoleniach. Zdaniem respondentów największe przeszkody wynikają z czynników finansowych, logistycznych i czasowych. Nie jest to jednak katalog zamknięty. Badani wnoszą także uwagi co do jakości dostępności oferty szkoleniowej. Wśród opinii pojawiały się również stwierdzenia o braku jakichkolwiek przeszkód, choć tych było zdecydowanie najmniej.

¹⁴¹ Osoby wykonujące niektóre zawody medyczne (na przykład opiekun medyczny czy terapeuta zajęciowy) od stycznia 2025 roku są zobowiązane do zdobycia 200 punktów edukacyjnych w każdym 5-letnim okresie edukacyjnym. Ponadto 120 punktów musi pochodzić z udziału w kursie doskonalącym.

Kwestie finansowe były najczęściej identyfikowane przez osoby biorące udział w badaniu jako jedna z głównych, jeśli nie najważniejsza, przeszkoda w dostępie do szkoleń – zwłaszcza w przypadku kursów specjalistycznych i zaawansowanych. Wskazują na to przykładowe odpowiedzi respondentów:

„Przede wszystkim chodzi o finanse, bo przeważnie wszystkie szkolenia takie ciekawsze, praktyczniejsze są oczywiście płatne”.

Niejednokrotnie kwestie finansowe stają się czynnikiem demotywującym do udziału w kursach i szkoleniach, ponieważ ich ceny są uznawane za „kolosalne” i „nieadekwatne do naszych zarobków”. Co więcej, respondenci podkreślali, że nie chodzi tylko o cenę, ale również o „stosunek ceny do tego, co się dostaje za nią”.

W perspektywie finansowej barierą wskazywaną przez badane osoby świadczące usługi opieki długoterminowej był brak dofinansowania ze strony pracodawców. Jak twierdzili respondenci:

„Część pracodawców uważa, że jeżeli ktoś chce się szkolić, to niech się szkoli na swój koszt i na swój rachunek, i w ramach swoich wolnych godzin”.

Samofinansowanie podnoszenia kwalifikacji dotyczy wielu pracowników, zwłaszcza fizjoterapeutów i personelu pracującego poza dużymi placówkami lub na umowach zlecenia. Muszą oni samodzielnie finansować swój rozwój.

Wskazywano też, że pracodawcy, aby nie partycypować w kosztach szkoleń, zainteresowani są zatrudnianiem kadry posiadającej odpowiednie kwalifikacje:

„My zatrudniamy pielęgniarkę i proponujemy udział w szkoleniu, udział w kursie, dajemy możliwości takie, że po skończonym kursie otrzyma zatrudnienie, więc zapewniamy, że warto zrobić, podnieść kwalifikacje, które kończą się podpisaniem umowy o pracę”.

Podobne stanowisko potwierdza wypowiedź osoby odpowiadającej za politykę kadrową w ZOL:

„Często też czekamy na pracownika, żeby ukończył taką kwalifikację”.

Badani w swoich wypowiedziach odnosili się też do kwestii możliwości partycypowania przez pracodawców kosztach kursów czy szkoleń. Podkreślali przy tym, że jest to jednak:

„(...) bardzo kwestia dyskusyjna, ponieważ pracując w szpitalu na przykład, nie ma takiego funduszu (...). Jediną możliwością dofinansowania kursu jest Izba Pielęgniarek”.

„Nieliczni pracodawcy w przypadku, kiedy mają personel i potrzebują zwiększenia jego kwalifikacji, wychodzą z inicjatywą dofinansowania do kursu bądź całkowicie wystania na taki kurs”.

Tym, co motywuje pracodawców do inwestowania w kompetencje kadry świadczącej usługi w opiece długoterminowej, jest fakt, że:

„(...) ciężko jest pozyskać pracowników do tego typu placówek”.

Wynika to z co najmniej dwóch powodów. Po pierwsze, osoby te pracują w kilku miejscach, co ogranicza ich dyspozycyjność:

„Są to dodatkowe etaty pielęgniarek i są tutaj jeszcze ograniczenia”.

Po drugie, kluczowe są ograniczenia kompetencyjne:

„Nie wystarczy ukończenie samej szkoły. Obowiązkowa jest jeszcze specjalizacja w danym zakresie bądź kursy specjalistyczne i w związku z tym to jest taka główna bariera – ten zawód jest samodzielny, ciężki do wykonywania, odpowiedzialny i dodatkowo nie dla wszystkich dostępny”.

„W pakiecie takiej edukacji, tytuł magistra powinien zawierać też ilość godzin opieki długoterminowej bądź geriatrycznej, paliatywnej, żeby móc pozwolić pielęgniarce bezpośrednio po szkole na podjęcie pracy w środowisku”.

W efekcie bardzo często pracują tu pielęgniarki emerytki, jak również:

„(...) osoby, które pracują na drugim bądź kolejnym etacie, dodatkowo takie, które ukończyły już kursy specjalistyczne, które posiadają już staż pracy, które posiadają doświadczenie”.

W przekonaniu respondentów skutkuje to tym, że:

„(...) nie ma możliwości podjęcia pracy młodym osobom bez doświadczenia”.

Wśród barier utrudniających udział w szkoleniach respondenci wskazywali także bariery czasowe i organizacyjne. Dodatkowym utrudnieniem jest uzyskanie u pracodawcy zgody na udział w szkoleniu:

„Często jest tak, że pracodawcy, dyrektorzy szpitali niechętnie też nawet wysyłają na urlop szkolny pielęgniarki, więc tutaj jest bardzo trudno”.

Personel opieki długoterminowej jest „śmiertelnie zajęty”, co powoduje, że czas jest kluczową barierą, często ważniejszą niż finanse, szczególnie dla lekarzy.

Uczestnictwo w szkoleniach wiąże się z koniecznością brania urlopu, zwłaszcza gdy i dojazd, i pobyt są długie:

„Czas niestety jest totalną barierą, więc podstawa to czas”.

„Wszyscy pracują na dziesiątkach jakiś etatów, biegną z pracy do pracy i o wszystkim myślą, tylko nie o szkoleniu albo na ostatnim miejscu o tym”.

Pojawiają się jednak również opinie, że wszystko jest kwestią organizacji czasu pracy, a niektórzy pracodawcy są elastyczni i umożliwiają wzięcie dni wolnych na szkolenie. Problemem pozostaje jednak konieczność wygospodarowania czasu na dojazdy i uczestnictwo w szkoleniu po godzinach pracy.

Znaczącym utrudnieniem są również bariery lokalizacyjne i logistyczne. W opinii respondentów w województwie podlaskim brakuje lokalnie organizowanych szkoleń specjalistycznych. W konsekwencji tworzy to dystans kompetencyjny względem innych województw. Wskazują na to wypowiedzi badanych:

„W Białymstoku jest mało takich szkoleń. Trzeba gdzieś dalej zawsze jechać. Warszawa lub dalej”.

Personel, zwłaszcza fizjoterapeuci z mniejszych miejscowości, musi jeździć do większych miast, na przykład do Warszawy, Katowic, Gdańska czy Wrocławia. To z kolei generuje dodatkowe koszty logistyczne, takie jak noclegi dojazdy, które zwiększają ogólny koszt szkolenia. Podobny problem zgłaszają opiekunowie medyczni, wskazując na lokalny niedobór szkoleń dla nich, co jest bardzo poważną barierą.

Kolejne ograniczenia podnoszenia kwalifikacji zdaniem badanych respondentów wynikają z barier związanych z ofertą szkoleniową i informacyjną. Pracodawcy rzadko angażują się w poszukiwanie ofert szkoleniowych, co podkreślają respondenci:

„Sami wszystkie kursy sobie organizowaliśmy, na które chcieliśmy iść”.

Część badanych wskazywała na utrudniony dostęp do informacji lub wręcz na: „brak informacji o szkoleniach”. Problem ten był najczęściej zgłaszany przez opiekunów medycznych, twierdzących, że informacje są bardzo często podawane w miejscach, do których nie każdy ma dostęp (na przykład Facebook) lub wymagają poświęcenia własnego czasu na „na grzebaniu się w Internecie”. Wyszukiwanie odpowiednich szkoleń staje się łatwiejsze wraz ze zdobywanym w tym obszarze doświadczeniem:

„Jak już wzięliśmy udział w jednym szkoleniu, to też ta firma, która zajmuje się tymi szkoleniami, za każdym razem, kiedy jest możliwość takiego szkolenia, sama do nas się odzywa”.

Część respondentów reprezentujących pielęgniarki miała odmienne zdanie:

„Myślę, że dostęp do tej wiedzy jest ogromny. Dziewczyny bardzo dobrze poruszają się w Internecie, jak tylko coś zresztą w macierzystych zakładach pracy jest organizowane, izby również organizują, więc myślę, że tutaj dostęp jest pełen i może najtrudniej znaleźć na to po prostu czas”.

Wskazywanym ograniczeniem jest także niedostateczna różnorodność oferty. Respondenci podkreślali, że oferta jest zbyt podobna i brakuje szkoleń o wyższym stopniu specjalizacji. Osoby biorące udział w przedmiotowym badaniu twierdziły, że mimo aktywnego szukania trudno jest znaleźć szkolenia w konkretnych, wyspecjalizowanych obszarach:

„W tych wszystkich ośrodkach, które zajmują się tymi szkoleniami, to wszędzie ta oferta tych szkoleń jest bardzo do siebie podobna. I właśnie fajnie, gdyby jednak to było bardziej zróżnicowane”.

W opinii respondentów bariery w dostępie do szkoleń i kursów kierowanych do przedstawicieli zawodów związanych z opieką długoterminową wynikają także z problemów związanych z organizacją szkoleń wynikającą z założonej wielkości grupy. Dostępność szkoleń jest często uzależniona od zebrania odpowiedniej liczby uczestników (na przykład 25 osób):

„Dostępność szkolenia jest uzależniona od zebrania się grup. Tak nie ma, że można odbyć szkolenie w dowolnie małej grupie, tylko zazwyczaj jest taka informacja

nawet zwrotna. W tej chwili czekamy na kurs i kurs nie może się rozpocząć, zanim się nie nazbiera 25 osób, i uważam, że to jest główny powód, dla którego pielęgniarka albo rezygnuje z takiego szkolenia, albo ono jest tak bardzo odciążnięte w czasie, że szuka innej formy zatrudnienia”.

Stanowisko to nie było odosobnione:

„Szkolenia są, tylko są ograniczone liczbą osób”.

Respondenci zwracali również uwagę bariery metodologiczne i jakościowe wynikające z niedostosowanej formy szkolenia do potrzeb pracowników. Badane osoby wyrażały dezaprobatę wobec szkoleń prowadzonych wyłącznie online – szczególnie wtedy, jeśli mają one dotyczyć umiejętności praktycznych. Istnieje silna potrzeba nabywania praktyki, jak również mentorskiego charakteru szkoleń. Respondenci podkreślali też, że szkolenia są realizowane z przewagą teorii nad praktyką.

Psycholodzy, fizjoterapeuci i opiekunowie wskazują, że szkolenia są zbyt teoretyczne i brakuje im praktycznej części. Formuła ta jest krytykowana szczególnie przez praktyków:

„Teorię to my znamy, nam brakuje praktyki. Albo żeby od razu połączzone było. Tak to by było okej”.

„Wolałabym zapłacić 800 złotych za stacjonarne szkolenie i praktyczną wiedzę”.

Tak więc badani jednoznacznie odrzucają formułę online organizowanych szkoleń, które powinny wyposażać ich w umiejętności praktyczne. W ich przekonaniu kursy powinny mieć charakter praktyczny – na przykład leczenie ran na fantomie czy na manekinie, co wymaga formy stacjonarnej.

Jednocześnie respondenci zaznaczali, że w ofercie szkoleniowej:

„(...) dużo jest właśnie online. Nie ma takich praktycznych. A jak są praktyczne, to trzeba jeździć”.

Oczekiwania względem stacjonarnej formy szkoleń są poniekąd konsekwencją edukacji formalnej. Psycholodzy i inni specjaliści podkreślają, że edukacja formalna (studia) oferuje zbyt mało praktyk w różnych środowiskach i grupach pacjentów, co utrudnia późniejsze podjęcie pracy.

Dodatkowo respondenci widzą również bariery systemowe i mobilizacyjne. Wynikają one z obowiązujących rozwiązań systemowych związanych z podejściem do rozwoju zawodowego, zwłaszcza w kontekście obowiązkowego podnoszenia kwalifikacji. Badani są zdania, że obowiązkowym systemem punktowym powinny być objęte wszystkie zawody medyczne, a nie tylko niektóre:

„Są też osoby, które trzeba zachęcić. A w naszym zawodzie trzeba ciągle podnosić kwalifikacje. Więc może taka mobilizacja, że trzeba jednak coś tam zdobyć, żeby podnosić te kwalifikacje?”.

Dlatego zdaniem respondentów motywacją do udziału w płatnych szkoleniach jest konieczność zdobywania punktów edukacyjnych, niezbędnych do utrzymania prawa wykonywania zawodu, chociaż ten system budzi kontrowersje:

„Nie wiem, czy to jest takie trochę wydarcie pieniędzy. Mi się wydaje, że takie coś to powinno być w ogóle nieodpłatne”.

Badani z jednej strony doceniają aspekt motywacyjny, z drugiej krytycznie odnoszą się do konieczności płacenia za odbywanie tych kursów, na co zwróciła uwagę jedna z pielęgniarek:

„Być może ten system punktowy jest fajny, bo motywuje do szkoleń, tylko jeśli to mają być szkolenia, gdzie ja muszę sama sobie za nie zapłacić, bo mogę wypaść z rynku pracy, to też nie jest fajne”.

W przypadku niektórych zawodów medycznych czynnikiem utrudniającym podnoszenie kwalifikacji jest brak okręgowych izb, które na wzór okręgowych izb pielęgniarek i położnych działających na rynku lokalnym (na przykład Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku) sprawowałyby nadzór nad wykonywaniem zawodu, reprezentowałyby daną grupę zawodową, ustalałyby standardy etyczne i zawodowe, udzielałyby wsparcia prawnego, organizowałyby szkolenia oraz działałyby na rzecz poprawy warunków pracy i prestiżu zawodu. Przykładem mogą być opiekunowie medyczni¹⁴² i terapeuci zajęciowi¹⁴³, których jest coraz więcej, a którzy narzekają na brak własnej okręgowej izby, mogącej wspierać ich rozwój i zapewnić dostęp do szkoleń na rynku lokalnym.

Ważnym z punktu widzenia pracowników aspektem w kontekście podnoszenia kwalifikacji jest również brak zachęt finansowych. Chociaż w niektórych placówkach podnoszenie kwalifikacji wiąże się z „gratyfikacją pieniężną” i wyższym wynagrodzeniem, inne miejsca pracy nie oferują zachęt finansowych. Z opinii respondentów wynika ponadto, że partycypacja w kosztach jest bardzo zróżnicowana i zależy od formy zatrudnienia oraz od charakteru placówki. W dużych jednostkach publicznych wsparcie finansowe jest często regulowane (na przykład zwrot 1400 złotych rocznie na szkolenia dla lekarzy zatrudnionych na etacie, partycypacja w wysokości 20% kosztów). Niektórzy pracodawcy nie mają jednak na to funduszy, co więcej – niechętnie wysyłają personel na urlop szkolny, co znacząco demotywuje personel do udziału w szkoleniu. Zdarza się też, że zachęty są czasem jedynie słowne lub pośrednie, na przykład obietnica zatrudnienia po kursie.

Podsumowując, respondenci byli zgodni w kwestii konieczności ustawicznego podnoszenia kompetencji zawodowych poprzez udział w kursach i szkoleniach. Motywacja wynika z chęci doskonalenia kwalifikacji, aby oferowana przez nich pomoc była najwyższej jakości. Poprzez aktywność szkoleniową dążą oni do nabycia umiejętności praktycznych, dzięki którym zyskują odwagę i samodzielność decyzyjną podczas wykonywania usług. Niemniej jednak dostrzegają liczne bariery, które

¹⁴² Opiekunowie medyczni zrzeszeni są w Ogólnopolskim Stowarzyszeniu Opiekunów Medycznych.

¹⁴³ Terapeuci zajęciowi zrzeszeni są w Krajowej Izbie Fizjoterapeutów.

utrudniają im podnoszenie kwalifikacji. Najczęściej wymieniane były trudności finansowe, ograniczenia czasowe, utrudnienia logistyczne, jak również niejednolite rozwiązania systemowe. Dlatego kluczowe jest stworzenie systemu umożliwiającego im pozyskanie dofinansowania. Idealnym rozwiązaniem z punktu widzenia pracowników byłoby, gdyby szkolenia były całkowicie bezpłatne. Ważne jest również dostosowanie lokalnej oferty szkoleniowej do potrzeb kadry, co zniwelowałoby bariery logistyczne i umożliwiłoby optymalne wykorzystanie czasu.

6. Wnioski

Analiza wyników przeprowadzonych badań studyjnych i jakościowych pozwoliła na sformułowanie wniosków odniesieniu do następujących obszarów:

- stan i poziom dopasowania edukacji formalnej (szkoły policealne i szkoły wyższe) do potrzeb opieki długoterminowej w województwie podlaskim;
- potrzeby szkoleniowe pracowników opieki długoterminowej w zakresie kompetencji twardych (wiedzy i umiejętności zawodowych) oraz kompetencji miękkich;
- bariery w dostępie do szkoleń dla pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim;
- potrzeba przygotowania edukacyjnego opiekunów nieformalnych świadczących opiekę długoterminową w warunkach domowych.

6.1. Stan i poziom dopasowania edukacji formalnej (szkoły policealne i szkoły wyższe) w województwie podlaskim do potrzeb opieki długoterminowej

Zróżnicowane zainteresowania kształceniem w zawodach przygotowujących do pracy w opiece długoterminowej

Głównymi ośrodkami kształcenia formalnego w województwie podlaskim są szkoły wyższe i szkoły policealne w Białymstoku, Łomży i Suwałkach. W regionie funkcjonuje 14 szkół wyższych, jednak tylko część z nich prowadzi kierunki bezpośrednio związane z opieką długoterminową, takie jak pielęgniarstwo, fizjoterapia czy praca socjalna. Największym zainteresowaniem cieszy się pielęgniarstwo, co w znacznym stopniu podyktowane jest aktualnie obowiązującym systemem wynagradzania. Studia podyplomowe są popularne, jednak oferta w regionie jest silnie ograniczona i zazwyczaj jedynie pośrednio odnosi się do specyfiki opieki długoterminowej, koncentrując się na takich obszarach jak psychogeriatryka czy rehabilitacja osób z niepełnosprawnościami.

W systemie oświaty kształcenie formalne realizowane jest w kilkunastu szkołach policealnych. Największym zainteresowaniem cieszą się kierunki przygotowujące do zawodu opiekuna medycznego i terapeuty zajęciowego. Zyskały one popularność, ponieważ formalnie zostały włączone do grupy zawodów medycznych, co podnosi ich prestiż i możliwości zatrudnienia. Jednocześnie kierunki *stricte* opiekuńcze, jak opiekunka środowiskowa, opiekun w domu pomocy społecznej czy opiekun osoby niepełnosprawnej, borykają się z brakiem chętnych i często nie są uruchamiane, mimo że są w ofercie placówek edukacyjnych.

Niedostateczna prezentacja problematyki opieki długoterminowej w programach kształcenia/nauczania

Program kształcenia/nauczania, realizowany poprzez edukację formalną na kierunkach związanych z opieką długoterminową, zawiera ograniczony zakres treści dotyczących opieki nad osobami niesamodzielnymi. Obecny model kształcenia opiera

się na podejściu ogólnym, w którym zagadnienia związane z opieką długoterminową nie są omawiane w ramach odrębnych przedmiotów, ale ujmowane w treści wielu przedmiotów w sposób ogólny. Ograniczone treści dotyczące osób niesamodzielnych dotyczą kształcenia w zawodach medycznych i opiekuńczych, a jeszcze bardziej w zawodach wspomagających opiekę długoterminową, na przykład w logopedii i psychologii.

Zbyt mała „praktyczność” realizacji zajęć praktycznych i praktyk zawodowych w odniesieniu do opieki długoterminowej

Zajęcia praktyczne realizowane w toku kształcenia w zawodach medycznych i opiekuńczych często nie zapewniają odpowiedniej praktyki z zakresu opieki długoterminowej. Prowadzone są głównie na fantomach czy zdrowych osobach (studentach lub uczniach z grupy ćwiczeniowej), czyli w oderwaniu od realiów tego rodzaju opieki.

Rzadko są też organizowane w placówkach opieki długoterminowej praktyki zawodowe. W rezultacie absolwenci bezpośrednio po ukończeniu edukacji mogą mieć trudności w radzeniu sobie z wyzwaniami w ich pracy, czyli na przykład w kontakcie z osobą leżącą, wielochorobowością, demencją czy skłonnościami do agresji.

Zbyt mały nacisk w programach kształcenia/nauczania na rozwój kompetencji miękkich niezbędnych w pracy z osobami niesamodzielnymi

Współcześnie na znaczeniu zyskują kompetencje miękkie. Były one wskazywane podczas wywiadów pogłębionych jako niezwykle pożądane. Najważniejszymi oczekiwanymi kompetencjami w opiece długoterminowej są umiejętności pracy w zespole, nawiązywania komunikacji interpersonalnej oraz radzenia sobie ze stresem i budowania odporności psychicznej. Jednakże programy kształcenia – zarówno w szkołach wyższych, jak i w szkołach policealnych – nie zapewniają możliwości rozwijania tych kompetencji w ogóle, ewentualnie w minimalnym stopniu.

6.2. Potrzeby szkoleniowe pracowników opieki długoterminowej w zakresie kompetencji twardych (wiedzy i umiejętności zawodowych) oraz kompetencji miękkich

Konieczność podwyższania kompetencji twardych (wiedzy i umiejętności zawodowych) w ramach edukacji pozaformalnej

W przypadku zawodów medycznych wprowadzenie systemu punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego – na przykład dla opiekunów medycznych i terapeutów zajęciowych obowiązuje on od 1 stycznia 2025 roku (muszą oni uzyskać co najmniej 200 punktów w ciągu 5 lat), dla pielęgniarek – od 1 stycznia 2026 roku (nakłada obowiązek uzyskania minimum 100 punktów ciągu 5 lat). Ma to zapewnić ciągłość aktualizowania bieżącej wiedzy i umiejętności pracowników medycznych, podnosząc tym samym jakość opieki zdrowotnej, także długoterminowej.

Zdobywanie punktów edukacyjnych w znacznym stopniu realizowane jest w systemie edukacji pozaformalnej. Spowoduje to zwiększenie zapotrzebowania na szkolenia i kursy. Z kolei zawody opiekuńcze nie mają takich wymogów i osoby świadczące usługi opieki długoterminowej realizują je fakultatywnie.

Zróżnicowane względem wykonywanego zawodu potrzeby szkoleniowe pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim

Badani pracownicy opieki długoterminowej w województwie podlaskim wskazali szeroki wachlarz potrzeb szkoleniowych w zakresie kompetencji twardych. Pielęgniarki i opiekunowie medyczni jako priorytetowe dla nich uznali szkolenia z zakresu:

- opieki nad pacjentami z chorobami neurodegeneracyjnymi, takimi jak choroba Alzheimera i Parkinsona, oraz osobami po udarach mózgu;
- nowych standardów i procedur leczenia ran przewlekłych i odleżyn;
- wiedzy o nowoczesnych materiałach opatrunkowych i technikach aseptyki;
- technicznych aspektów żywienia dojelitowego i pozajelitowego (obsługa PEG-ów i sond) oraz pielęgnacji stomii;
- obsługi portów i wkłuć naczyniowych;
- obsługi nowoczesnej aparatury medycznej, takiej jak respiratory, kardiomonitorzy i pompy infuzyjne, oraz urządzeń monitorujących parametry życiowe;
- aktualizacji wiedzy z zakresu farmakologii, w tym dawkowania leków w terapii bólu przewlekłego.

W grupie fizjoterapeutów kluczowe zapotrzebowanie dotyczy szkoleń z zaawansowanych metod kinezyterapeutycznych, takich jak kursy PNF czy Cyriax, które umożliwiają pracę z pacjentem na każdym poziomie niepełnosprawności. Badani wskazywali również zapotrzebowanie na szkolenia z zakresu samodzielnej oceny stanu funkcjonalnego pacjenta i modyfikacji planu terapii. Jako użyteczne uznali także kursy i szkolenia podejmujące tematykę samodzielnego dopasowywania sprzętu ortopedycznego i pomocniczego do rodzaju dysfunkcji pacjenta oraz prowadzenia instruktażu w zakresie jego użytkowania.

Reprezentanci zawodów wspomagających opiekę długoterminową, czyli logopedzi i psychologowie, jako rozwijające ich kompetencje uznali szkolenia z zakresu diagnostyki neuropsychologicznej seniorów, psychogeriatry, neurologopedii terapii zaburzeń mowy u osób starszych oraz metod komunikacji alternatywnej dla pacjentów z głębokimi deficytami sensorycznymi.

Ponadto badane osoby, niezależnie od wykonywanego zawodu, zwracały uwagę na cykliczne szkolenia z zakresu pierwszej pomocy i resuscytacji krążeniowo-oddechowej, które pozwalają utrwalić schematy działania w sytuacjach kryzysowych.

Niedobór szkoleń z zakresu rozwoju kompetencji miękkich pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim

Zidentyfikowano istotny deficyt szkoleń z zakresu kompetencji miękkich, przygotowanych zgodnie z potrzebami pracowników opieki długoterminowej. Dostępne

w województwie podlaskim kursy mają zwykle charakter ogólny (na przykład komunikacja, radzenie sobie ze stresem, asertywność) i nie są osadzone w typowych sytuacjach pracy z osobą przewlekle niesamodzielną oraz jej rodziną, w których kluczowe są między innymi komunikacja w kryzysie i w chorobach otępiennych, praca z trudnymi zachowaniami, deeskalacja napięć, prowadzenie rozmów o granicach opieki decyzjach trudnych, a także współpraca interdyscyplinarna i koordynacja działań w dłuższej perspektywie.

Szkolenia rozwijające kompetencje miękkie oczekiwane przez pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim

Pracownicy opieki długoterminowej w województwie podlaskim, niezależnie od reprezentowanego zawodu, wskazują na potrzebę rozwijania kompetencji miękkich, uznając je za równie istotne co twarde umiejętności techniczne. Do najważniejszych potrzeb szkoleniowych w tym zakresie należy zaliczyć:

- komunikację, kontakt i techniki porozumiewania się z pacjentem, w szczególności z deficytami poznawczymi, zaburzeniami mowy czy niedostłuchem;
- komunikację z członkami rodziny pacjenta;
- umiejętność współpracy i wymiany informacji w zespole wielodyscyplinarnym (między lekarzem, pielęgniarką, opiekunem, fizjoterapeutą, psychologiem);
- umiejętność podejmowania samodzielnych decyzji w warunkach niepewności bez bezpośredniego nadzoru lekarza;
- techniki motywowania i aktywizowania podopiecznych, w tym osób zrezygnowanych lub cierpiących na depresję;
- profilaktykę wypalenia zawodowego;
- techniki regulacji emocji budowania odporności psychicznej.

6.3. Bariery w dostępie do szkoleń dla pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim

Dostęp do szkoleń dla pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim należy ocenić jako zdecydowanie niezadowolający, co wynika z istniejących kilku grup barier.

Utrudniony dostęp do informacji o organizowanych kursach i szkoleniach

Utrudniony dostęp do informacji o organizowanych kursach i szkoleniach stanowi istotną barierę w rozwoju zawodowym pracowników opieki długoterminowej. Obecnie pracownicy muszą samodzielnie wyszukiwać oferty w Internecie, które są rozproszone po wielu stronach WWW. W Bazie Usług Rozwojowych znajdują się przede wszystkim propozycje dla osób chcących kształcić się na studiach podyplomowych, natomiast oferty szkoleń pojawiają się sporadycznie. Wyszukiwanie ofert szkoleniowych jest nie tylko czasochłonne, uciążliwe, ale też często mało efektywne i nie przynosi rezultatów, jeśli pracownik nie zna dokładnej nazwy kursu lub instytucji szkoleniowej. Ponadto część ofert szkoleniowych promowana jest wyłącznie w mediach społecznościowych (na przykład Facebook), co wyklucza osoby niekorzystające z tych serwisów. Informacje

o kursach i szkoleniach pracowników opieki długoterminowej rzadko docierają bezpośrednio do placówek. Pracownicy wskazują na brak spójnego systemu powiadamiania o dostępnych możliwościach rozwoju.

Skala bariery informacyjnej jest zróżnicowana w zależności od reprezentowanego zawodu. Pielęgniarki biorące udział w wywiadach IDI oceniły dostęp do informacji jako relatywnie dobry dzięki działalności izb pielęgniarskich oraz takim usługom jak System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). Na barierę informacyjną wskazywali natomiast opiekunowie medyczni, terapeuci zajęciowi oraz psychologowie i logopedzi.

Nierównomierny dostęp do szkoleń pracowników opieki długoterminowej

W województwie podlaskim dostęp przedstawicieli zawodów wykonujących opiekę długoterminową do szkoleń jest nierównomierny i uzależniony od zawodu. Z jednej strony istnieje dobrze rozwinięta oferta szkoleniowa skierowana do pielęgniarek, w której znaleźć można elementy pielęgniarstwa geriatrycznego i długoterminowego, na przykład pielęgnacja skóry u osób leżących, leczenie przewlekłych ran czy umiejętność pielęgnowania pacjenta wentylowanego mechanicznie. Z drugiej – zdiagnozowano lukę w szkoleniach dla fizjoterapeutów pracujących w opiece długoterminowej.

Dostępne na poziomie regionalnym kursy mają na celu doskonalenie konkretnych metod fizjoterapeutycznych, a nie budowanie kompetencji potrzebnych w opiece długoterminowej (na przykład praca z pacjentem przewlekle niesamodzielnym, rehabilitacja w środowisku domowym). Brakuje także kursów i szkoleń dla zawodów wspierających, to jest dla psychologa czy logopedy. Nie znaleziono w województwie podlaskim oferty szkoleń jednoznacznie dedykowanej tym zawodom w opiece długoterminowej, a te, które są, mają zazwyczaj profil ogólny albo są projektowane pod inne konteksty pracy (na przykład edukacyjny) lub bardzo wąsko rozumiane kompetencje kliniczne.

Wąska oferta szkoleń stacjonarnych w województwie podlaskim

Stacjonarne szkolenia są organizowane w dużych miastach – w województwie podlaskim głównie w Białymstoku, Łomży i Suwałkach – jak również w innych regionach kraju. Stanowi to poważną barierę w dostępie do szkoleń pracowników z województwa podlaskiego (w tym z mniejszych miejscowości), wynikającą z wysokich kosztów dojazdów i zakwaterowania, często przy braku możliwości ich refundacji. Ponadto specyfika pracy (zmiany 12-godzinne, praca w weekendy i święta, łączenie pracy w opiece długoterminowej z innymi miejscami zatrudnienia) często koliduje z możliwością uczestniczenia w stacjonarnych szkoleniach, wymuszając wzięcie urlopu lub rezygnację z czasu wolnego. W efekcie odległość (miejsce organizacji szkolenia) jest jedną z kluczowych barier w podnoszeniu kwalifikacji poprzez szkolenia. Jej przezwyciężenie jest możliwe dzięki organizowaniu szkoleń w placówkach lub ich sąsiedztwie, minimalizując obciążenia czasowe i finansowe. Problematyczną kwestią

są także opóźnienia w uruchamianiu kursów, wynikające z kryterium minimalnej liczby uczestników (najczęściej około 25 osób), co utrudnia chętnym zaplanowanie czasu na szkolenia.

Formuła szkoleń niezgodna z preferencjami pracowników opieki długoterminowej

Dominującą formą dostępnych dla pracowników opieki długoterminowej szkoleń jest formuła online. Dotyczy to zarówno szkoleń oferowanych w województwie podlaskim, jak też w innych częściach Polski. Z przeprowadzonych wywiadów IDI wynika, że jest ona akceptowana jedynie w zakresie przekazywania wiedzy teoretycznej, natomiast w przypadku nauki technik pielęgnacyjnych, obsługi sprzętu czy innych umiejętności twardych uznano ją za nieefektywną i niepożądaną. Pracownicy opieki długoterminowej, planując udział w szkoleniach, oczekują bezpośredniego kontaktu z instruktorem oraz możliwości ćwiczeń w realiach najbardziej zbliżonych do tych, w jakich faktycznie pracują.

Zbyt duże koszty szkoleń w stosunku do siły nabywczej pracowników opieki długoterminowej

Szkolenia są kosztowne, co podczas wywiadów IDI szczególnie podkreślali opiekunowie medyczni i fizjoterapeuci. W obszarze fizjoterapii koszty zaawansowanych szkoleń mogą sięgać kilku, a nawet kilkunastu tysięcy złotych, zaś krótkie, kilkugodzinne kursy online dla opiekunów medycznych potrafią kosztować około 800 złotych. Są to kwoty nieproporcjonalne do poziomu wynagrodzeń personelu opiekuńczego. W przypadku szkoleń stacjonarnych dochodzą jeszcze koszty dojazdu i ewentualnego zakwaterowania podczas szkolenia. Jednocześnie obserwuje się silne zróżnicowanie wsparcia finansowego ze strony pracodawców – od braku partycypacji w takich kosztach do ich częściowego dofinansowania bądź zwrotu określonej kwoty rocznie.

6.4. Potrzeba przygotowania edukacyjnego opiekunów nieformalnych świadczących opiekę długoterminową w warunkach domowych

Brak wymogów formalnych dotyczących edukacji opiekunów nieformalnych

Opiekunowie nieformalni w strukturze opieki długoterminowej to najczęściej członkowie rodzin (współmałżonkowie, dzieci), sąsiedzi lub osoby wynajęte przez samych chorych bądź ich rodziny. Osoby te świadczą systematyczne wsparcie osobom niesamodzielnym w ich miejscu zamieszkania, jednak sposób sprawowania opieki pozostaje poza formalnymi uregulowaniami prawnymi i systemem kontroli jakości. W województwie podlaskim, podobnie jak w całym kraju, znacząca część tych usług realizowana jest w „szarej strefie”, gdzie kompetencje opiekuna nie są weryfikowane, a o wyborze osoby wspierającej rzadko decyduje jej przygotowanie merytoryczne.

Większość opiekunów nieformalnych nie posiada żadnego merytorycznego przygotowania do pracy z osobą niesamodzielną i wykazuje elementarne braki nawet w tak podstawowych czynnościach jak prawidłowe ułożenie pacjenta w łóżku. Wiedza

i umiejętności takich osób opierają się zazwyczaj na ich „doświadczeniu życiowym”, intuicji oraz doraźnych instrukcjach przekazywanych podczas wypisu chorego ze szpitala, co w zderzeniu z rzeczywistością domową okazuje się niewystarczające.

Zakres potrzeb szkoleniowych opiekunów nieformalnych

Katalog priorytetowych potrzeb edukacyjnych opiekunów w warunkach domowych koncentruje się na praktycznych aspektach codziennej pielęgnacji i bezpieczeństwa pacjenta: higienie (mycie, pielęgnacja skóry przeciw odleżynom), przemieszczaniu (podnoszenie, przesadzanie z łóżka na wózek), udzielaniu pierwszej pomocy oraz obsłudze sprzętu medycznego. Niezwykle istotna jest również potrzeba edukacji w obszarze psychologicznym, obejmująca naukę komunikacji z pacjentem trudnym (na przykład z demencją lub agresywnym) oraz metody radzenia sobie z traumą i emocjami towarzyszącymi cierpieniu lub umieraniu osoby bliskiej.

7. Rekomendacje

7.1. Rekomendacje w świetle badania FGI

Badanie FGI zostało przeprowadzone 3 grudnia 2025 roku na Wydziale Ekonomii i Finansów Uniwersytetu w Białymstoku w formule hybrydowej. Uczestniczyło w nim 6 osób, w tym 1 osoba zdalnie. Jako kryterium wyboru uczestników do badania przyjęto reprezentowanie instytucji edukacyjnych oraz jednostek wspierających rozwój usług edukacyjnych i szkoleniowych w województwie podlaskim. W związku z tym panel ekspertów reprezentowali:

- przedstawicielka instytucji szkolącej w zakresie opieki długoterminowej,
- zastępca przewodniczącej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku,
- przedstawicielka Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Białymstoku,
- przedstawicielki sfery edukacyjnej szkolnictwa ponadpodstawowego.

Dodatkowo do grona ekspertów zaproszono przedstawiciela opieki społecznej, co było podyktowane potrzebą przedyskutowania kwestii dotyczących szkoleń dla opiekunów nieformalnych.

Celem badania FGI była dyskusja nad treścią wstępnie przygotowanych rekomendacji, sposobem ich realizacji oraz istotnością dla rozwoju zawodowego pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim.

Wstępnie przygotowane rekomendacje na podstawie analizy literaturowej oraz przeprowadzonych badań jakościowych w formie IDI/TDI drogą e-mailową zostały przekazane uczestnikom badania FGI, aby mogli się z nimi zapoznać oraz przygotować się do dyskusji. Opracowując scenariusz dyskusji, skoncentrowano się na wyborze tych rekomendacji, które wymagały dodatkowego omówienia oraz poznania opinii ekspertów. Ujęto je w trzy następujące bloki zagadnień:

- optymalizacja systemu doskonalenia zawodowego,
- systemowe wsparcie opiekunów nieformalnych,
- deficyty w kształceniu formalnym a wymogi rynku pracy.

Przesłane rekomendacje były podstawą do późniejszej dyskusji moderowanej. Badanie zostało nagrane w celu dokładnego przeanalizowania jego przebiegu. Zróżnicowane doświadczenie zawodowe uczestników badania FGI w obszarze opieki długoterminowej zapewniło szeroki kontekst rozważań i było niezwykle cenne dla ostatecznego kształtu wypracowanych rekomendacji.

Optymalizacja systemu doskonalenia zawodowego

W toku badania FGI poddano ocenie trzy modele finansowania edukacji pozaformalnej: refundację indywidualną na wniosek pracownika, system bonów szkoleniowych oraz refundację dla pracodawców delegujących pracowników. Największy sceptycyzm eksperci wyrazili wobec systemu bonów szkoleniowych, wskazując na ryzyko ich nieefektywnego wykorzystania. Jak zauważyła jedna z ekspertek:

„Interesowałoby mnie, co w przypadku osób, które nie mają ochoty wykorzystywać tego bonu? Czy one to gromadzą i idzie na stratę, czy osoba, która chciałaby się więcej szkolić, miałaby możliwość wykorzystania bonów tej osoby, która nie ma ochoty się szkolić? Czy to imienne? To też ważne, bo może to być na zasadzie: odsprzedam ci, handel urośnie”.

Z kolei model refundacji indywidualnej choć wspiera samorozwój, to jest postrzegany jako obciążający dla pracownika, który musi samodzielnie wyszukać ofertę i często założyć własne środki.

Najwyżej ocenionym rozwiązaniem okazał się mechanizm refundacji dla pracodawców, który pozwala na systemowe zarządzanie kompetencjami wewnątrz placówki i bezpośrednie adresowanie w kierunku realnych deficytów. Promuje on racjonalne wydatkowanie środków publicznych, co podkreślał jeden z badanych:

„To naprawdę w rzeczywistości spełnia swoją funkcję. To jest takie realne wyśrodkowanie naszych potrzeb, bo wydajemy te pieniądze na potrzeby. Na potrzeby zakładu, na potrzeby, które pracownicy zgłaszają, gdzie mają deficyty edukacyjne w tej materii”.

Eksperti wskazali jednak, że w jednostkach sektora publicznego proces delegowania może być obciążony stronniczością, co sugeruje konieczność wprowadzenia przejrzystych regulaminów wewnętrznych. Jeden z uczestników FGI zwrócił uwagę na problem skali:

„Z mojego wieloletniego doświadczenia pracy w dużej placówce państwowej [wynika, że] zlecenie szkoleń przez pracodawcę jest stronnicze. (...) czasami przez 20 lat pracy na szkolenie zleczone przez pracodawcę [pielęgniarki wysyłane] były tylko raz”.

Kluczowym elementem rekomendacji w obszarze finansowania powinno być powiązanie refundacji dla pracodawców ze sformalizowanym modelem *train the trainer* (kaskadowego przekazywania wiedzy). Pozwala to na optymalizację kosztów poprzez przeszkolenie liderów, którzy następnie uczą pozostałą część zespołu. Praktykę tę potwierdzili uczestnicy badania:

„Delegujemy pracowników, dwóch, trzech, którym jako izba pokrywamy koszty drogiego szkolenia. Pod warunkiem, że te osoby przyjadą i przeszkolą dalszą pulę osób. Tę opcję mamy. Rzeczywiście to się sprawdza”.

Badanie FGI potwierdziło też zasadność stworzenia kolejnego instrumentu niwelowania barier w dostępie do szkoleń, wstępnie określonego jako regionalne centrum kompetencji opiekuńczych (RCKO). Uczestnicy wywiadu pogłębionego wskazali, że instrument ten powinien działać podobnie do Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, ale należy go dostosować do szerszej grupy zawodów opiekuńczych oraz do specyfiki regionalnej. Jedna z badanych osób podkreśliła skuteczność takich rozwiązań:

„W przypadku pielęgniarek jest taka platforma, nazywa się System Monitorowania Kształcenia. (...) Interesuje ją dana specjalizacja czy kurs. Znajduje sobie zakres

tego kursu, nazwę i miejsca, województwa, w których ten kurs jest planowany. (...) Mogę wybrać danego organizatora”.

Eksperti sugerowali, aby platforma RCKO przejęła funkcję „regionalnej tablicy reklamowej”, która w odróżnieniu od Bazy Usług Rozwojowych byłaby pozbawiona nadmiernych formalności oraz skupiona na szybkiej, bezpośredniej komunikacji z pracownikiem.

Kluczowym wnioskiem z badania FGI jest konieczność wdrożenia aktywnych systemów powiadamiania, takich jak SMS-owe alerty o nowych kursach. Inspiracją do efektywnego zarządzania informacją w regionie może być model wypracowany przez Białostocki Obszar Funkcjonalny (BOF). Jeden z badanych wskazał na sukces tego modelu:

„Powstała taka aplikacja, która pokazuje świadczone usługi w każdej gminie. (...) Wystarczy, że tę aplikację ściągnie sobie na telefon, włączy i już ma wszystko. Ma informacje na dziś. (...) Mamy obowiązek raz na 10 dni wprowadzać zmiany, jeżeli te zmiany zostały w sposób istotny zauważone”.

Transfer tego modelu do obszaru szkoleń pozwoliłby na bieżącą aktualizację bazy i realne wsparcie personelu w wyszukiwaniu ofert.

Badani wskazali, że konieczne jest nadanie RCKO funkcji weryfikatora jakości treści edukacyjnych, podkreślając, że platforma ta nie może być jedynie zbiorem linków, ale musi gwarantować rzetelność ofert, szczególnie w kontekście eliminowania niesprawdzonych informacji. Jak zauważono w dyskusji:

„Też musiałaby być to baza taka specjalistyczna, żeby nie każdy na YouTube mógł wrzucić filmik. (...) Nie tyle specjalistyczna, co ze zweryfikowanymi informacjami”.

Centrum powinno zatem pełnić funkcję monitorującą zapotrzebowanie na konkretne kompetencje w regionie, co pozwoli na lepsze dopasowanie podaży szkoleń do realnych braków kadrowych zgłaszanych przez placówki.

Kolejny istotny wniosek z badania FGI dotyczył rekomendacji w zakresie tworzenia wspólnych konsorcjów szkoleniowych. Rozwiązanie to jest szczególnie ważne w obliczu bariery podaźowej, określanej mianem „limitów grupowych” (konieczności zebrania minimalnej liczby chętnych, aby rozpocząć szkolenie). Jak wskazała jedna z badanych osób:

„Teraz nawet jako pracodawca borykam się z problemem organizacji kursu. (...) Mam 16 pielęgniarek, które czekają z podpisaną umową do pracy. Nie ma placówki od ręki, która zorganizowałaby kurs. Dlatego że czekamy do liczby 20. I tak już czekamy 2 miesiące. (...) Nam się wykruszają osoby, bo czas się przedłuża. Kontrakt z NFZ-em jest na ten rejon podpisany do końca roku. Nie jestem w stanie go wyrobić, ponieważ nie mam takiej mocy przerobowej, bo nie mam wykwalifikowanych pielęgniarek”.

Rozwiązaniem systemowym, postulowanym w rekomendacjach i pozytywnie zweryfikowanym przez ekspertów, jest stworzenie mechanizmu konsorcjów szkoleniowych działających na zasadzie grup zakupowych. Skonsolidowanie

zapotrzebowania z kilku niezależnych placówek pozwoliłoby na osiągnięcie wymaganego efektu skali, a tym samym na wymuszenie na firmach szkoleniowych realizowania kursów w dogodnych terminach i lokalizacjach. Uczestnicy badania potwierdzili, że taka sformalizowana współpraca międzyzakładowa mogłaby skutecznie zlikwidować deficyty kadrowe:

„Gdyby była taka instytucja, taka możliwość, że ja zlecę to niezależnie od ilości osób, 14–15, i taka instytucja, jak pan przedstawia, ten kurs mi to umożliwi zrobić od ręki w danym terminie dogodnym dla tych pracowników, to jak najbardziej rozwiązuje wiele problemów”.

Wnioskiem płynącym z FGI w tym zakresie jest utworzenie jednostki pełniącej funkcję „agregatora zapotrzebowania na szkolenia” i działającej w imieniu placówek świadczących opiekę długoterminową. Jednostką taką może być stowarzyszenie, zrzeszające zainteresowane podmioty opieki długoterminowej. Innym rozwiązaniem może być przeniesienie roli „agregatora” na jednostki samorządu, które do realizacji tego zadania mogą powołać celowy związek międzykomunalny. Dodatkowo, „agregator”, występujący w imieniu wielu placówek opiekuńczych, dysponowałby większą siłą przetargową w negocjacjach warunków finansowych i organizacyjnych z dostawcami szkoleń.

Systemowe wsparcie opiekunów nieformalnych

Kolejnym elementem badania FGI była krytyczna analiza rekomendacji dotyczących wsparcia edukacyjnego osób sprawujących opiekę domową nad pacjentami niesamodzielnymi. Eksperti uczestniczący w badaniu zgodzili się z wnioskami z przeprowadzonych badań IDI, oceniając stan przygotowania opiekunów nieformalnych jako „niemal fatalny”. Diagnoza ta stała się punktem wyjścia do pogłębionej analizy zaproponowanych mechanizmów wsparcia.

Eksperti wskazali, że kluczowym problemem w analizowanym obszarze jest instytucjonalna luka informacyjna i edukacyjna, w jakiej znajdują się rodziny w momencie wypisu pacjenta ze szpitala. Jak zaznaczyła jedna z uczestniczek:

„Tragedia to jest właśnie moment, kiedy ten pacjent trafia do domu. (...) Rodzina zderza się z tym, że nie wie, z której strony ruszyć tego człowieka, jak zmienić pampersa, jak tę sondę przepłukać, PEG-a”.

Uczestnicy badania podkreślili, że system opieki zdrowotnej nie jest w stanie przygotować otoczenia pacjenta do realiów opieki domowej. Przy obecnym obciążeniu (kilkudziesięciu pacjentów na oddziale) pielęgniarki nie mają możliwości rzetelnego poinstruowania rodzin w zakresie wykonywania standardowych obowiązków, ponieważ ich priorytetem jest zapewnienie odpowiedniego poziomu opieki świadczonej na stanowisku pracy.

Badani wskazywali, że pacjenci po nagłych zdarzeniach (na przykład po udarach) trafiają do domów jako osoby całkowicie niesamodzielne, podczas gdy ich bliscy nie posiadają elementarnej wiedzy technicznej ani psychologicznej, aby sprawować nad nimi opiekę. Co więcej, niedoinformowanie rodzin skutkuje również tym, że często nie

mają one świadomości przysługujących im świadczeń socjalnych czy refundacji na wyroby medyczne, co prowadzi do ich nadmiernego obciążenia finansowego i emocjonalnego. Jak wskazała jedna z uczestniczek:

„Są takie rodziny, które nie wiedzą, co się należy takiemu pacjentowi. Nie wiedzą, że są zasiłki wspierające, że są refundacje na pampersy. Ja zajeżdżam i rodzina ostatek sił kupuje wszystko na 100%, nie korzystając z żadnej pomocy, bo po prostu nie mają takiej wiedzy. Jak mówię im o tym, że można wyrobić na przykład stopień niepełnosprawności, że można wziąć refundację na cewniki czy niezbędne produkty do rehabilitacji, że jest rehabilitacja domowa, to ci ludzie są bardzo zaskoczeni”.

W odpowiedzi na powyższe luki w zakresie wiedzy i umiejętności opiekunów nieformalnych eksperci poparli koncepcję ustrukturyzowanego systemu szkoleń, który byłby ściśle powiązany z systemem świadczeń socjalnych. W toku dyskusji wypracowano propozycję tak zwanego skierowania na kurs. Model ten zakładałby, że lekarz wypisujący pacjenta ze szpitala wystawiałby skierowanie na kilkugodzinny instruktaż z zakresu opieki nad osobą niesamodzielną. Kluczowym elementem tego rozwiązania jest to, że jego realizacja (odbycie szkolenia przez opiekuna) byłoby warunkiem koniecznym do uzyskania lub utrzymania prawa do świadczeń. Eksperci uznali, że takie rozwiązanie może być skutecznym sposobem na zapewnienie minimalnego standardu bezpieczeństwa podopiecznego w warunkach domowych.

Wprowadzenie zaproponowanego przez ekspertów FGI rozwiązania jest jednak uzależnione od decyzji podejmowanych na poziomie centralnym, a nie regionalnym. Dlatego rekomendacja w tym zakresie, ma charakter ogólnej propozycji rozpoczęcia debaty w tym zakresie.

Kolejnym ważnym wątkiem poruszonym w tej części badania FGI była konieczność wyraźnego określenia, kto powinien pełnić rolę edukatorów opiekunów nieformalnych. Obecnie ciężar tego zadania dobrowolnie przyjmują na siebie pielęgniarki, a rodziny traktują je jako całodobowe źródło wsparcia merytorycznego i emocjonalnego, często kontaktując się z nimi poza godzinami pracy. Jak podkreśliła jedna z uczestniczek:

„Pracuję 24 godziny na dobę. (...) Jestem przy stole wigilijnym, mam telefon z pytaniem: Co mam zrobić, bo podopiecznemu odkleił się plaster z odleżyną albo wysunęła mu się sonda? Traktują nas jako źródło wsparcia edukacyjnego”.

Eksperci biorący udział w badaniu wskazali, że w obecnym modelu opieki domowej edukacja rodziny pochłania do 90% czasu wizyty pielęgniarskiej, co wykracza poza standardowe ramy obowiązków medycznych.

Na podstawie tych obserwacji sformułowano postulat instytucjonalnego wyodrębnienia zadań edukatora, aby odciążać kadrę medyczną od zadań instruktażowych i zapewnić rodzinom systemowe, a nie jedynie doraźne wsparcie. Podkreślono, że nauka czynności takich jak toaleta, transfer czy obsługa specjalistycznego sprzętu (na przykład ssaków, respiratorów) jest najbardziej efektywna, gdy odbywa się „przy pacjencie”, w realnych warunkach domowych, uwzględniających na przykład specyfikę ułożenia łóżka w konkretnym mieszkaniu.

Eksperci wskazali tu na potencjał pielęgniarek środowiskowych, które mogłyby realizować szkolenia bezpośrednio w środowisku domowym pacjenta.

Proponowane przez ekspertów FGI zmiany, wymagają jednak zmiany sposobu finansowania wizyt domowych. To z kolei wymaga przeprowadzenia dodatkowych analiz w zakresie prawnych i ekonomicznych skutków nowelizacji prawa, wykraczających poza zakres tej analizy.

Odnosząc się do propozycji tworzenia cyfrowych repozytoriów wiedzy i krótkich form instruktażowych, uczestnicy FGI wyrazili poparcie dla tej formy wsparcia. Wskazano, że w obecnej sytuacji opiekunowie często czerpią wiedzę z niesprawdzonych źródeł internetowych (na przykład z YouTube), co nierzadko skutkuje stosowaniem tak zwanych domowych metod, sprzecznych ze współczesną wiedzą medyczną. W związku z tym sformułowano postulat, aby tworzone cyfrowe repozytorium wiedzy (w ramach koncepcji formalnego systemu wsparcia edukacji opiekunów nieformalnych) spełniało też funkcję weryfikatora i recenzenta treści edukacyjnych. Baza wiedzy powinna być nadzorowana przez specjalistyczne jednostki, gwarantujące rzetelność merytoryczną materiałów wideo i poradników.

Deficyty w kształceniu formalnym a wymogi pracy w opiece długoterminowej

Ostatnia część badania FGI dotyczyła analizy problemu rozdźwięku między przygotowaniem teoretycznym absolwentów kierunków medycznych i opiekuńczych a realnymi wymaganiami sektora opieki długoterminowej w województwie podlaskim. Eksperti uczestniczący w dyskusji zgodzili się z wnioskiem z badań IDI, że choć poziom wiedzy merytorycznej przekazywanej w szkołach policealnych i wyższych jest relatywnie wysoki, to kluczowym deficytem pozostaje brak przygotowania praktycznego do pracy z tak zwanym pacjentem trudnym.

Głównym problemem zidentyfikowanym przez ekspertów jest model edukacji oparty na pracy z fantomami lub pacjentami „współpracującymi”. Studenci oraz uczniowie wychodzą ze szkoły z wyidealizowanym obrazem zawodu, który gwałtownie załamuje się przy pierwszym kontakcie z realną placówką. Jak zauważyła jedna z uczestniczek badania, studenci często wyobrażają sobie pracę pielęgniarki niemal jako zajęcie biurowe („siedzi, pije kawę”), podczas gdy rzeczywistość opieki to kontakt z agresją, zaawansowaną demencją i trudnymi warunkami higienicznymi.

Wypowiedzi ekspertów wskazują na konieczność wczesnego stykania uczniów i studentów z najtrudniejszymi przypadkami, mimo że „zderzenie studentów pierwszego roku z pacjentem bardzo często robi przesiew”. Uczestnicy badania uznali jednak, że jest to mechanizm korzystny – tak zwana naturalna selekcja. Lepiej, by osoba niepredysponowana psychicznie do kontaktu ze śmiercią, odleżynami czy nieczystościami fizjologicznymi zrezygnowała na wczesnym etapie edukacji niż aby odchodziła z zawodu tuż po zatrudnieniu, generując dla systemu koszty.

Uczestnicy badania potwierdzają też, że edukacja formalna w niewystarczającym stopniu wyposaża absolwentów w kompetencje miękkie, którzy jak wynika z obserwacji, nieraz czują się bezradni wobec agresji pacjenta, roszczeń rodziny czy własnego stresu.

Szczególnym deficytem jest brak przygotowania psychogeriatrycznego – umiejętność komunikowania się z pacjentem z Alzheimerem czy demencją nie jest nauczana w sposób praktyczny, lecz jedynie ogólny. Eksperci postulują wzmocnienie programów o moduły dotyczące deeskalacji konfliktów i radzenia sobie z wypaleniem zawodowym.

Jednocześnie – jak wynika z wiedzy ekspertów – podmioty świadczące usługi opiekuńcze w regionie mają dużą otwartość na przyjmowanie praktykantów:

„Mimo tego, że mamy na przykład w regionie jedno hospicjum stacjonarne, jest ono na tyle otwarte, że studenci nie tylko pielęgniarstwa, ale i opiekunowie medyczni są w stanie odbywać 360 godzin praktyki”.

Eksperci widzą więc potencjał do wdrożenia obowiązkowych praktyk w placówkach opieki długoterminowej dla szerszego grona zawodów (na przykład fizjoterapeutów), co pozwoliłoby na przygotowanie do pracy w zespole interdyscyplinarnym już na etapie nauki.

Podczas spotkania zwrócono też uwagę, że w województwie podlaskim szkoły policealne posiadają nowoczesną bazę dydaktyczną, doświadczoną kadrę, współpracują z placówkami opiekuńczymi, a mimo to nabór na kierunki opiekuńcze dramatycznie maleje. Szkoły te nie mają problemu z rekrutowaniem na kierunki kształcące w zawodzie opiekun medyczny i terapeuta zajęciowy, co podyktowane jest włączeniem ich do zawodów medycznych. Mają natomiast trudności z naborem na kierunki typowo opiekuńcze, na przykład opiekun osoby starszej, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun w domu pomocy społecznej – mimo oferowania darmowej nauki oraz benefitów. Wniosek ten, mimo że wykracza poza zakres i cel niniejszego opracowania, jest niezwykle istotny, ponieważ sygnalizuje zbliżającą się zapaść podaży kadr opiekuńczych w regionie¹⁴⁴.

7.2. Dostosowanie edukacji formalnej do potrzeb opieki długoterminowej

Zmiany w organizowaniu praktyk w zawodach przygotowujących do pracy w opiece długoterminowej

Obecnie studenci oraz uczniowie kierunków medycznych i opiekuńczych, po których można podejmować pracę w opiece długoterminowej, w trakcie edukacji w niedostatecznym stopniu mają kontakt z osobami wymagającymi takiej opieki. Należy w związku z tym wprowadzić część praktyk w takich placówkach jak zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, domy pomocy społecznej, szpitale z oddziałami pododdziałami geriatrycznymi, a nawet hospicja – jako obowiązkowe. W programach kształcenia i nauczania między innymi takich kierunków jak fizjoterapia, opiekun medyczny czy pielęgniarstwo należy uwzględnić praktyki z pacjentami leżącymi, wentylowanymi mechanicznie, z przykurczami – aby absolwenci byli dobrze przygotowani do pracy w opiece długoterminowej.

¹⁴⁴ Szerzej w: Grażyna Michalczyk i inni, Potrzeby i perspektywy...

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Ministerstwo Nauki Szkolnictwa Wyższego (we współpracy z Ministerstwem Zdrowia oraz Ministerstwem Finansów) – jako organy regulacyjne, odpowiedzialne za standardy kształcenia medycznego i opiekuńczego: w zakresie wprowadzenia obowiązkowości odbycia części, z przewidzianych w procesie kształcenia praktyk, w warunkach odpowiadających realiom pracy w opiece długoterminowej
- Ministerstwem Finansów (we współpracy z Ministerstwem Zdrowia) – jako organy regulacyjne, odpowiedzialne za finansowanie systemu zdrowia, w zakresie wprowadzenia niezbędnych regulacji prawnych, umożliwiających wzmocnienie wsparcia finansowego (np. za pośrednictwem NFZ), tych placówek opieki długoterminowej, które podejmą dodatkowe funkcje dydaktyczno-szkoleniowe.
- Szkoły wyższe i szkoły policealne w województwie podlaskim – jako organizatorzy procesu dydaktycznego: w zakresie organizacji części, z przewidzianych w procesie kształcenia praktyk, w warunkach odpowiadających realiom pracy w opiece długoterminowej, nawiązywania partnerstw z placówkami specjalistycznymi oraz odejścia od ćwiczeń realizowanych wyłącznie na fantomach na rzecz kontaktu z pacjentem leżącym i wielochorobowym.
- Kierownicy i dyrektorzy placówek opiekuńczych (ZOL/ZPO, DPS, hospicja) – jako gospodarze miejsc praktyk: w zakresie udostępniania zasobów placówek oraz zapewnienia merytorycznego wsparcia podczas kontaktu uczniów i studentów z pacjentem wymagającym opieki długoterminowej.
- Jednostki samorządu terytorialnego (gminy i powiaty) – jako podmioty tworzące i nadzorujące lokalną infrastrukturę opiekuńczą (na przykład DPS, centra usług społecznych): w zakresie koordynowania regionalnej współpracy między podległymi placówkami a systemem oświaty w celu ułatwienia organizacji staży zawodowych.
- Narodowy Fundusz Zdrowia – jako instytucja finansująca świadczenia: w zakresie opracowania mechanizmów, które promowałyby placówki opieki długoterminowej podejmujące się funkcji dydaktyczno-szkoleniowej i przyjmujące praktykantów.

Rozszerzenie treści programowych o zagadnienia dotyczące osób wymagających opieki długoterminowej

W odpowiedzi na ograniczone treści dotyczące osób niesamodzielnych, w tym starszych, w obecnych programach kształcenia i nauczania na kierunkach medycznych i opiekuńczych, jak też na kierunkach wspierających, czyli psychologii oraz logopedii, należy wprowadzić zmiany uwzględniające potrzeby pacjentów wymagających opieki długoterminowej. Celowe byłoby dostosowanie programów kształcenia i nauczania do potrzeb starzejącego się społeczeństwa, w szczególności w zakresie geriatry chorób neurodegeneracyjnych, tak aby przekazywane treści nie były tylko ogólne. Rozszerzenie treści programowych powinno pójść w kierunku włączenia w programy nauczania większej liczby zagadnień z zakresu geriatry, opieki paliatywnej i chorób neurodegeneracyjnych. Kluczowym elementem tej zmiany powinno być wprowadzenie

nowych kierunków kształcenia. Przykładem może być kierunek lub specjalizacja z zakresu opieki paliatywnej na poziomie opiekuna medycznego.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Nauki Szkolnictwa Wyższego oraz Ministerstwo Zdrowia – jako organy regulujące standardy kształcenia na kierunkach medycznych i opiekuńczych: w zakresie nowelizacji ramowych programów studiów poprzez obligatoryjne włączenie do programów nauczania modułów z zakresu geriatry, opieki paliatywnej i chorób neurodegeneracyjnych.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej – jako organ odpowiedzialny za podstawy programowe w kształceniu branżowym i policealnym: w zakresie wprowadzenia nowych specjalizacji zawodowych, między innymi opieki paliatywnej.
- Szkoły wyższe i szkoły policealne w województwie podlaskim – jako podmioty projektujące programy nauczania: w zakresie dostosowania treści przedmiotowych do potrzeb osób wymagających opieki długoterminowej.
- Narodowy Fundusz Zdrowia – jako regulator rynku świadczeń medycznych: w zakresie aktualizacji wymogów dotyczących kwalifikacji personelu w placówkach opieki długoterminowej, co stanowiłoby bodziec dla podmiotów edukacyjnych do uruchamiania nowych, specjalistycznych kierunków kształcenia.

Wzmocnienie programów kształcenia i nauczania o przedmioty budujące kompetencje/umiejętności miękkie

Programy kształcenia i nauczania – zarówno w szkołach wyższych, jak i w szkołach policealnych – powinny zostać wzbogacone o przedmioty budujące kompetencje/umiejętności miękkie (psychologiczne i interpersonalne), które były wskazane przez badane osoby jako szczególnie istotne w opiece długoterminowej. Warto rozważyć włączenie do programów kształcenia zajęć rozwijających takie kompetencje/umiejętności miękkie, jak: umiejętność komunikacji z pacjentem wymagającym opieki długoterminowej (trudnym/niewspółpracującym) i jego rodziną, umiejętność pracy w zespole czy umiejętność radzenia sobie ze stresem i budowanie odporności psychicznej, szczególnie w kontekście pracy z osobami w terminalnym stadium choroby. Ważne jest także przygotowanie przyszłych pracowników do podejmowania decyzji w warunkach niepewności.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Ministerstwo Nauki Szkolnictwa Wyższego – jako organy kształtujące ramy edukacyjne: w zakresie nowelizacji podstaw programowych i standardów kształcenia na kierunkach medycznych i opiekuńczych poprzez włączenie obligatoryjnych modułów z zakresu psychologii starzenia, komunikacji klinicznej oraz zarządzania stresem.
- Szkoły wyższe i szkoły policealne w województwie podlaskim – jako realizatorzy procesu kształcenia: w zakresie wdrażania warsztatowych metod nauczania ukierunkowanych na kontakt z pacjentem „trudnym” oraz przygotowania przyszłych kadr do podejmowania decyzji w warunkach niepewności.

- Izby zawodowe (na przykład okręgowe izby pielęgniarek i położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów) – jako podmioty certyfikujące rozwój zawodowy: w zakresie opracowania standardów certyfikacji szkoleń z umiejętności miękkich oraz promowania ustawicznego kształcenia w obszarze profilaktyki wypalenia zawodowego i odporności psychicznej.

7.3. Dostosowanie oferty szkoleniowej w edukacji pozaformalnej do potrzeb pracowników opieki długoterminowej

Rozszerzenie oferty szkoleń z zakresu umiejętności praktycznych

Pomimo relatywnie dobrego przygotowania teoretycznego edukacja formalna wciąż w niewystarczającym stopniu rozwija praktyczne umiejętności pracy z pacjentem wymagającym opieki długoterminowej. W odpowiedzi należy rozszerzyć zakres szkoleń praktycznych, kierowanych do pracowników świadczących taką opiekę. Potrzeba szkoleń z zakresu umiejętności praktycznych wynika też z wprowadzania nowych sprzętów, z których obsługi należy przejść przeszkolenie. Zasadne jest rozszerzenie oferty szkoleniowej o kursy rozwijające umiejętności praktyczne dostosowane do różnych grup zawodowych:

- dla pielęgniarek – kursy z leczenia ran przewlekłych i odleżyn, szkolenia z żywienia dojelitowego i pozajelitowego, kursy opieki nad pacjentem wentylowanym mechanicznie, pacjentem stomijnym oraz z zakresu opieki paliatywnej i terapii bólu przewlekłego;
- dla opiekunów medycznych – warsztaty bezpiecznego podnoszenia, przewracania i wysadzania pacjentów na wózek (ergonomia pracy, profilaktyka urazów u pacjenta i personelu), szkolenia z obsługi podnośników i innego sprzętu opiekuńczo-rehabilitacyjnego, kursy z opieki nad pacjentem z cukrzycą oraz podstaw profilaktyki przeciwoleżynowej;
- dla fizjoterapeutów – zaawansowane szkolenia metodą PNF, kursy z metod diagnostyczno-terapeutycznych (na przykład Cyriax), fizjoterapia w geriatric, usprawnianie chorych z otępieniem, po udarach, z przykurczami endoprotezami, a także trening współpracy z pielęgniarkami oraz opiekunami przy transferach;
- dla psychologów – kursy z psychogeriatric (diagnoza i terapia osób z otępieniem), a także trening praktycznego stosowania narzędzi przesiewowych funkcji poznawczych.

Adresat rekomendacji:

- Szkoły wyższe i szkoły policealne w województwie podlaskim – jako podmioty posiadające zaplecze dydaktyczne: w zakresie opracowania i wdrożenia oferty studiów podyplomowych oraz kursów specjalistycznych skoncentrowanych na umiejętnościach deficytowych.
- Instytucje szkoleniowe – jako wyspecjalizowani dostawcy usług w edukacji pozaformalnej: w zakresie organizacji warsztatów stacjonarnych w małych grupach

(10–20 osób) oraz tworzenia mobilnych zespołów trenerskich docierających bezpośrednio do placówek opiekuńczych w celu szkolenia personelu na miejscu.

- Izby zawodowe (okręgowe izby pielęgniarek i położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów) – jako organy certyfikujące i nadzorujące rozwój zawodowy: w zakresie włączania certyfikowanych szkoleń do systemów punktowych.

Rozszerzenie oferty szkoleń z zakresu kompetencji miękkich

Niedostateczne przygotowanie w obszarze kompetencji miękkich: komunikacji z pacjentem starszym i jego rodziną, radzenia sobie z emocjami, agresją i roszczeniami, współpracy w zespole oraz zapobiegania wypaleniu zawodowemu, wskazywane przez pracowników opieki długoterminowej, determinuje potrzeby edukacyjne. W odpowiedzi należy rozszerzyć ofertę szkoleń z zakresu kompetencji psychospołecznych, dostosowanych do specyfiki pracy w opiece długoterminowej. Proponuje się poszerzenie zakresu szkoleń dla osób pracujących w opiece długoterminowej o:

- moduły tematyczne związane z relacjami pracownik–pacjent–rodzina pacjenta:
 - komunikacja z pacjentem starszym i niesamodzielnym – rozwijanie umiejętności wyraźnego, empatycznego przekazywania informacji;
 - prowadzenie trudnych rozmów (pogorszenie stanu, decyzje o leczeniu, opieka paliatywna) – ćwiczenie języka, postaw i reakcji w sytuacjach granicznych;
 - deeskalacja agresji roszczeń oraz zarządzanie konfliktem – nabywanie umiejętności reagowania na przemoc oraz stosowania technik rozwiązywania konfliktów;
 - motywowanie pacjenta do współpracy – stosowanie technik wzmacniania zaangażowania i poczucia sprawczości u osób przewlekle chorych;
- moduły tematyczne związane ze środowiskiem pracy:
 - radzenie sobie ze stresem i zapobieganie wypaleniu zawodowemu – rozwijanie strategii regulowania emocji regeneracji;
 - praca zespołowa i współpraca interdyscyplinarna – doskonalenie komunikacji oraz współdziałania między pielęgniarkami, opiekunami medycznymi, fizjoterapeutami, terapeutami zajęciowymi, psychologami i lekarzami.

Adresat rekomendacji:

- Szkoły wyższe i szkoły policealne w województwie podlaskim – jako podmioty dysponujące kadrą ekspercką: w zakresie opracowania i prowadzenia kursów z psychogeriatry, komunikacji z pacjentem z deficytami sensorycznymi oraz technik motywowania osób w stanach depresyjnych.
- Podmioty szkoleniowe – jako wyspecjalizowani dostawcy usług edukacyjnych: w zakresie organizacji stacjonarnych warsztatów opartych na scenariuszach praktycznych i symulacjach trudnych rozmów z rodzinami pacjentów, technikach deeskalacji agresji oraz budowaniu odporności personelu.
- Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku – jako dysponent środków publicznych: w zakresie wsparcia finansowego szkoleń z kompetencji psychospołecznych.

- Izby zawodowe (okręgowe izby pielęgniarek i położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów) – jako organy certyfikujące rozwój zawodowy: w zakresie włączania do systemów punktacji edukacyjnej szkoleń z zakresu profilaktyki wypalenia zawodowego, asertywności oraz etyki kontaktu z pacjentem w stanie terminalnym.

Rozszerzenie oferty szkoleń o zagadnienia związane ze stosowaniem nowych rozwiązań technologicznych w opiece długoterminowej

Nowoczesne rozwiązania technologiczne są coraz powszechniej stosowane w medycynie, nie wyłączając opieki długoterminowej. Jednakże pracownicy opieki znają je słabo, co może wynikać z braku dostępu do właściwej infrastruktury oraz umiejętności ich stosowania. Rekomenduje się rozszerzenie oferty szkoleń o zagadnienia dotyczące nowych technologii wykorzystywanych w opiece długoterminowej celem usprawnienia prac personelu, a także podniesienia jakości jego usług. Proponuje się poszerzenie zakresu szkoleń, w szczególności:

- dla pielęgniarek – szkolenia z obsługi elektronicznej dokumentacji medycznej i systemów raportowania pielęgniarskiego, wykorzystania telemonitoringu parametrów życiowych, korzystania z systemów i aplikacji do dokumentowania i planowania opieki;
- dla opiekunów medycznych – warsztaty z obsługi elektronicznych systemów przywoławczych, teleopieki, czujników bezpieczeństwa, szkoleń z używania podnośników, łóżek sterowanych elektrycznie, materacy przeciwoodleżynowych z systemami regulacji, a także z podstaw wprowadzania danych do prostych systemów dokumentacji pracy;
- dla fizjoterapeutów – szkolenia z wykorzystania platform do telerehabilitacji, urządzeń robotycznych i wspomagających chód, systemów *biofeedback* oraz czujników ruchu, a także z dokumentowania procesu rehabilitacji w systemach elektronicznych i monitorowania postępów przy użyciu narzędzi cyfrowych;
- dla psychologów – kursy z prowadzenia teleporad i interwencji psychologicznych online w opiece długoterminowej, stosowania cyfrowych narzędzi przesiewowych do oceny funkcji poznawczych i nastroju, wykorzystywania aplikacji wspierających rehabilitację poznawczą oraz bezpiecznego kontaktu z rodziną pacjenta za pomocą narzędzi komunikacji elektronicznej.

Adresat rekomendacji:

- Szkoły wyższe, szkoły policealne oraz podmioty szkoleniowe w województwie podlaskim – jako ośrodki edukacji formalnej: w zakresie integracji modułów technologicznych (na przykład elektroniczna dokumentacja medyczna, cyfrowe narzędzia przesiewowe) z programami kształcenia/nauczania kadr medycznych i opiekuńczych.
- Firmy wdrażające nowoczesne rozwiązania technologiczne oraz dostawcy sprzętu medycznego – jako wyspecjalizowani eksperci produktowi: w zakresie prowadzenia instruktaży technicznych i warsztatów z obsługi zaawansowanej aparatury medycznej i okołomedycznej oraz systemów teleopieki i telemonitoringu.

- Podmioty szkoleniowe – jako wyspecjalizowani dostawcy usług edukacyjnych: w zakresie organizowania stacjonarnych warsztatów z zakresu wykorzystania nowych technologii w opiece długoterminowej.
- Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku – jako dysponent funduszy na rozwój kadr regionu: w zakresie wsparcia finansowego szkoleń podnoszących kompetencje cyfrowe personelu oraz umiejętność obsługi innowacyjnej infrastruktury opiekuńczej.

Dostosowanie formy i sposobu realizacji szkoleń do oczekiwań pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim

Silną determinantą udziału pracowników opieki długoterminowej w szkoleniach – oprócz jego tematyki – jest także forma i dostępność logistyczna, na co wskazują przeprowadzone wywiady IDI. Pracownicy podkreślali, że choć szkolenia online (webinary) są wygodne do przyswajania wiedzy teoretycznej, umożliwiając naukę w domu w dogodnym czasie i pozwalając na wielokrotne odtwarzanie materiału, to jednak nie wystarczają do nauki umiejętności manualnych i praktycznych.

Istnieje spore zapotrzebowanie na szkolenia warsztatowe, stacjonarne, które pozwalają na ćwiczenie konkretnych czynności, takich jak opatrywanie ran, pierwsza pomoc czy transfer pacjenta – na fantomach lub bezpośrednio na pacjentach, pod okiem instruktora. Zdaniem respondentów dla efektywności nauki praktycznej kluczowa jest praca w mniejszych grupach, co umożliwi większe zaangażowanie. Zwracano także uwagę na konieczność dalekich dojazdów na szkolenia do dużych ośrodków szkoleniowych (na przykład Warszawa, Gdańsk), co generuje koszty i pochłania czas.

Celem dostosowania formy, sposobu i miejsca realizacji szkoleń do oczekiwań pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim rekomenduje się:

- Hybrydowy model kształcenia: utrzymanie formy online (webinary, nagrania) dla zagadnień teoretycznych (na przykład aspekty prawne, nowe wytyczne, teoria chorób), co zapewni elastyczność czasową, oraz obligatoryjne wprowadzenie formy warsztatowej dla umiejętności twardych (pielęgnacja, rehabilitacja).
- Krótsze formy warsztatowe: sugeruje się organizowanie szkoleń w krótszych blokach (na przykład 4–5 godzinnych) lub w systemie weekendowym, co jest łatwiejsze do pogodzenia z pracą zawodową.

Adresat rekomendacji:

- Podmioty szkoleniowe – jako dostawcy szkoleń: w zakresie wdrożenia hybrydowego modelu kształcenia (teoria online, praktyka stacjonarnie) oraz tworzenia mobilnych zespołów trenerskich docierających bezpośrednio do placówek opiekuńczych.
- Kierownicy i dyrektorzy placówek opieki długoterminowej – jako organizatorzy procesu doskonalenia kadr: w zakresie udostępniania infrastruktury i zasobów do celów dydaktycznych oraz planowania grafików pracy umożliwiających udział personelu w szkoleniach w ramach czasu jego pracy.

- Szkoły wyższe i szkoły policealne w województwie podlaskim – jako regionalne centra edukacyjne: w zakresie wprowadzenia oferty szkoleniowej w ośrodkach regionu.
- Podmioty będące dysponentami środków publicznych, przeznaczonych na finansowanie procesu kształcenia ustawicznego, m. in.:
 - starostowie i powiatowe urzędy pracy w województwie podlaskim – jako podmioty przyznające środki z Krajowego Funduszu Szkoleniowego oraz bony na kształcenie ustawiczne;
 - operatorzy Podmiotowego Systemu Finansowania w województwie podlaskim – jako bezpośredni dysponenti środków Funduszy Europejskich dla Podlaskiego 2021–2027 na usługi rozwojowe, tj.: Izba Przemysłowo-Handlowa w Białymstoku i Instytut ADN sp. z o.o. sp.k. w subregionie białostockim, Agencja Rozwoju Regionalnego „ARES” S.A. w Suwałkach w subregionie suwalskim oraz Agencja Rozwoju Regionalnego „ARES” S.A. w Suwałkach wraz z Polską Fundacją Filary Rozwoju w subregionie łomżyńskim;
 - Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego – jako instytucja zarządzająca regionalnym programem, odpowiedzialna za ramy interwencji i kryteria wsparcia, choć niebędąca bezpośrednim operatorem naboru;
 - Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości – jako instytucja realizująca ogólnokrajowe instrumenty dofinansowania usług rozwojowych, w których środki są dystrybuowane za pośrednictwem operatorów;
 - Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – w zakresie instrumentów kierowanych do osób z niepełnosprawnościami oraz pracodawców zatrudniających takie osoby, realizowanych w praktyce także przez starostów i powiatowe urzędy pracy.

W zakresie dostosowania kryteriów finansowania należy preferować szkolenia praktyczne, warsztatowe, stacjonarne lub hybrydowe, realizowane możliwie blisko miejsca pracy albo bezpośrednio w placówkach opieki długoterminowej, w krótszych modułach czasowych, z możliwością pokrycia kosztów dojazdu i innych kosztów uczestnictwa, zgodnie ze zdiagnozowanymi w niniejszym opracowaniu potrzebami pracowników.

7.4. Zwiększenie dostępu do szkoleń pracownikom opieki długoterminowej

Stworzenie regionalnej bazy kompetencji opiekuńczych

Istotną barierą w rozwoju zawodowym pracowników opieki długoterminowej jest utrudniony dostęp do informacji o organizowanych kursach i szkoleniach. Pracownicy wskazują na brak spójnego systemu powiadamiania o dostępnych możliwościach rozwoju. W odpowiedzi na ten problem rekomenduje się utworzenie cyfrowej bazy danych – regionalnej bazy kompetencji opiekuńczych. Jej głównym zadaniem byłaby agregacja i prezentacja ofert szkoleniowych – w szczególności tych, które realizowane

są na terenie województwa podlaskiego. Baza ta powinna posiadać co najmniej następujące funkcjonalności:

- zaawansowane filtrowanie ofert, umożliwiające wyszukiwanie szkoleń według takich kryteriów, jak: lokalizacja (powiat/gmina), cena, tryb (stacjonarny/online), czas trwania oraz poziom zaawansowania;
- system powiadomień „push” i e-mail, informujący użytkownika o pojawieniu się nowego szkolenia odpowiadającego zdefiniowanym przez niego preferencjom;
- system recenzowania ewaluacji, pozwalający uczestnikom na ocenę punktową odbytego szkolenia;
- standaryzacja opisów szkoleń, wymuszająca jednolity format wprowadzania danych o szkoleniach (na przykład efekty uczenia się, kadra, harmonogram).

Adresat rekomendacji:

- Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego – jako inicjator i administrator platformy cyfrowej (na przykład w ramach istniejącego serwisu internetowego podlaskie.eu) w zakresie prowadzenia centralnej bazy ofert szkoleniowych, monitorowania regionalnego zapotrzebowania na kompetencje oraz wdrażania aktywnych systemów powiadamiania o nowych kursach (na przykład poprzez SMS).
- Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości (alternatywnie do UMWP) – jako administrator i prowadzący platformę Baza Usług Rozwojowych, w zakresie określenia prawnych i technicznych możliwości oraz zasad uzupełniania regionalnej bazy kompetencji opiekuńczych o rekordy zgromadzone BUR.
- Samorząd województwa podlaskiego – jako organ odpowiedzialny za regionalną politykę społeczną i senioralną: w zakresie zapewnienia ram instytucjonalnych do funkcjonowania centrum oraz koordynowania współpracy między podmiotami sektora zdrowia i pomocy społecznej.
- Szkoły wyższe, szkoły policealne oraz podmioty szkoleniowe – jako dostarczyciele treści ofert edukacyjnych: w zakresie regularnego zasilania bazy aktualnymi ogłoszeniami o kursach oraz dostarczania wysokiej jakości materiałów merytorycznych do cyfrowego repozytorium wiedzy.
- Kierownicy i dyrektorzy placówek opieki długoterminowej – jako kluczowi konsultanci partnerzy: w zakresie aktywnego zgłaszania zdiagnozowanych luk kompetencyjnych personelu.

Stworzenie mechanizmów wsparcia finansowego dla organizatorów szkoleń w województwie podlaskim

W województwie podlaskim brakuje szkoleń praktycznych (na przykład warsztatowych) związanych z opieką długoterminową, których nie da się zastąpić formą online. Wiąże się to koniecznością wyjazdów do większych ośrodków, takich jak Warszawa, Gdańsk czy Wrocław, aby móc wziąć udział w wartościowych kursach specjalistycznych. W odpowiedzi na ten deficyt rekomenduje się wprowadzenie zachęt finansowych dla organizatorów szkoleń stacjonarnych, realizowanych bezpośrednio na terenie województwa podlaskiego – zarówno w ośrodkach regionu (Białystok, Łomża

i Suwałki), jak też w mniejszych miejscowościach, bezpośrednio w placówkach świadczenia opieki długoterminowej (na przykład ZOL/ZPO, hospicja, domy pomocy społecznej).

Adresat rekomendacji:

- Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku – jako kluczowy regulator regionalnego rynku pracy i dysponent środków publicznych: w zakresie projektowania sposobów i źródeł dofinansowania w taki sposób, aby wspierać organizowanie szkoleń stacjonarnych i warsztatowych prowadzonych bezpośrednio w województwie podlaskim.
- Samorząd województwa podlaskiego – jako podmiot kształtujący regionalną politykę społeczną: w zakresie inicjowania i współfinansowania programów wsparcia dla lokalnych ośrodków edukacyjnych.
- Szkoły wyższe, szkoły policealne oraz podmioty szkoleniowe – jako bezpośredni wykonawcy usług edukacyjnych i beneficjenci wsparcia.

Stworzenie mechanizmów wsparcia finansowego dla pracowników opieki długoterminowej

Bariery finansowe stanowią jedną z głównych przeszkód w podnoszeniu kwalifikacji personelu opieki długoterminowej, co wynika z analizy wywiadów IDI. Badani pracownicy skarżyli się na ceny kursów specjalistycznych, które często są nieadekwatne do ich zarobków. Pracownicy, chcący sprostać wymogom systemu punktów edukacyjnych, niejednokrotnie muszą finansować edukację z własnych środków. Dodatkowym obciążeniem często jest konieczność wykorzystywania urlopu wypoczynkowego lub czasu wolnego na udział w szkoleniach, co generuje koszty alternatywne.

W odpowiedzi na te wyzwania rekomenduje się wdrożenie systemowego wsparcia finansowego szkoleń dedykowanych pracownikom opieki długoterminowej. Możliwych jest kilka sposobów zastosowania tej rekomendacji:

- utworzenie funduszu celowego na szkolenia w opiece długoterminowej, refundującego (na wniosek szkolonego) kosztu szkolenia;
- wsparcie finansowe pracodawców, aby mogli oni delegować pracowników na kursy;
- wprowadzenie systemu bonów szkoleniowych, które pokrywałyby koszty kursów.

Warto również rozważyć wprowadzenie rozwiązań prawnych, które umożliwią wliczenie czasu przeznaczonego na realizację szkoleń niezleconych przez pracodawcę do czasu pracy. Rozwiązanie takie wymaga jednak wprowadzenia nowelizacji prawnych, poprzedzonych szczegółowymi analizami skutków prawno-ekonomicznych takich zmian.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – jako organy odpowiedzialne za regulacje systemowe: w zakresie utworzenia funduszy

celowych na szkolenia w opiece długoterminowej oraz wprowadzenia zmian legislacyjnych gwarantujących wliczanie czasu szkolenia do czasu pracy.

Stworzenie konsorcjów szkoleniowych

Jednym z ujawnionych w badaniu problemów jest sytuacja, w której pożądanym przez pracowników kurs nie jest uruchamiany, ponieważ firma szkoleniowa czeka na zebranie się minimalnej grupy (na przykład 25 osób), co trwa miesiącami lub w ogóle nie dochodzi do skutku. Odpowiedzią na ten problem może być wdrożenie mechanizmu konsorcjów szkoleniowych, działających na zasadzie grupy zakupowej. Rozwiązanie to polega na sformalizowaniu współpracy kilku niezależnych placówek opieki długoterminowej. Zamiast kupować pojedyncze miejsca na kursach otwartych, mogłyby one wspólnie agregować swoje zapotrzebowanie i dzięki uzyskanemu w ten sposób efektowi skali zamówić szkolenie zamknięte, dedykowane wyłącznie tej grupie i realizowane w lokalizacji jednej z placówek. Oprócz żądania od wykonawcy gwarancji przeprowadzenia kursu konsorcjum jako duży klient mogłoby na niego wywierać wpływ, by dostosował on program szkolenia do potrzeb zamawiającego.

Adresat rekomendacji:

- Dyrektorzy i kierownicy placówek opieki długoterminowej – jako decydenci: w zakresie inicjowania współpracy oraz przekazywania informacji o aktualnych potrzebach szkoleniowych podległego im personelu.
- Samorząd województwa podlaskiego – jako organ odpowiedzialny za strategiczne zarządzanie regionem: w zakresie budowania kapitału relacyjnego między podmiotami opieki oraz tworzenia ram instytucjonalnych współpracy placówek.
- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku – jako jednostka zajmująca się strategicznym planowaniem, koordynacją i realizacją polityki społecznej w województwie podlaskim: w zakresie wsparcia organizacyjnego i administracyjnego, na przykład organizowania wspólnych zapytań ofertowych i przetargów na usługi edukacyjne.
- Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku – jako dysponent środków publicznych i regulator rynku usług rozwojowych: w zakresie premiowania wniosków o dofinansowanie składanych przez konsorcja pracodawców.
- Podmioty szkoleniowe – jako wykonawcy usług i partnerzy merytoryczni: w zakresie dostosowania oferty do potrzeb grup zakupowych, realizowania szkoleń zamkniętych w lokalizacji wskazanej przez konsorcjum oraz elastycznego podejścia do programów nauczania dedykowanych konkretnym zespołom.

Promocja modelu *train the trainer*

Jednym z istniejących sposobów podnoszenia kompetencji jest dzielenie się wiedzą między pracownikami. Z analizy wywiadów wynika, że badani (na przykład z Białegostoku) wskazują, iż w zespołach posiadających wykwalifikowany personel sprawdza się mechanizm, w którym „koleżanki szkolą koleżanki”.

Rekomendacja zakłada sformalizowanie tego procesu poprzez delegowanie jednego–dwóch wybranych pracowników (wyłonionych w każdej z placówek liderów/ekspertów) na wysokiej jakości szkolenia zewnętrzne. Osoby te po powrocie miałyby obowiązek przekazania zdobytej wiedzy i umiejętności pozostałym współpracownikom w formie wewnętrznych warsztatów lub instruktaży. Model ten powinien być wsparty tworzeniem wewnętrznej bazy materiałów szkoleniowych, dostępnej dla wszystkich pracowników. Takie podejście nie tylko obniża koszty, ale także sprzyja budowaniu autorytetu wewnątrz zespołu i integruje pracowników wokół wspólnych standardów opieki.

Adresat rekomendacji:

- Kierownicy i dyrektorzy placówek opieki długoterminowej – jako decydenci odpowiedzialni za zarządzanie personelem: w zakresie formalizacji oddolnych praktyk dzielenia się wiedzą, wytypowania liderów-ekspertów oraz zapewnienia im zasobów czasowych i motywacyjnych do prowadzenia wewnętrznych warsztatów.
- Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku – jako dysponenti środków publicznych: w zakresie uwzględniania w projektach mechanizmów finansowania wysokospecjalistycznych i kosztownych szkoleń zewnętrznych pod warunkiem udokumentowania przekazania zdobytej wiedzy innym pracownikom.

Stworzenie programu międzyzakładowej wymiany wiedzy

Pracownicy poszczególnych placówek opieki długoterminowej w województwie podlaskim posiadają wiele zróżnicowanych kompetencji, wynikających zarówno z przyswojonej w toku edukacji wiedzy, jak i z doświadczenia zdobytego podczas pracy, na co wskazują wypowiedzi ankietowanych. Można to wykorzystać jako element systemu zaspokajania potrzeb szkoleniowych. Przykładem istniejącej, oddolnej dobrej praktyki jest współpraca jednego z badanych DPS-ów z poradnią chirurgiczną w zakresie konsultacji trudnych ran. Rekomendacja zakłada opracowanie programu międzyzakładowej wymiany wiedzy, opartego na idei barteru kompetencyjnego, a następnie na jego pilotażu, a w przypadku powodzenia – jego sformalizowania.

Działanie programu polegałoby na udostępnianiu specjalistów z jednej placówki (zgodnie z rekomendacją *train the trainer*) innym placówkom w województwie. Na przykład hospicjum deleguje swoją pielęgniarkę specjalizującą się w leczeniu odleżyn, aby przeprowadziła warsztat dla opiekunów DPS. W zamian DPS wysyła na przykład swojego psychologa, aby przeszkolił personel hospicjum z technik komunikacji z osobą starszą. Jest to model oparty na wzajemności, w którym walutą jest wiedza ekspercka pracowników.

Model ten stanowi innowacyjną alternatywę wobec tradycyjnego rynku szkoleń komercyjnych z uwagi na znacznie niższe koszty oraz wyższą skuteczność. Jego zaletą jest wysoka trafność i praktyczność wiedzy, ponieważ szkoleniowcy to praktycy z tego samego województwa, znający lokalną specyfikę i problemy, a nie teoretycy z zewnątrz. Ponadto rozwiązanie takie pozwoliłoby na budowanie potencjału lokalnych ekspertów. W dłuższej perspektywie działanie programu może przyczynić się do budowy kapitału

relacyjnego (na podobieństwo przedsiębiorstw powiązanych kooperacyjnie w ramach klastrów) i prowadzić do znaczącego podniesienia poziomu standardów opieki długoterminowej w województwie podlaskim.

Adresat rekomendacji:

- Dyrektorzy placówek opiekuńczych – jako decydenci inicjatorzy współpracy: w zakresie wdrażania modelu barteru kompetencyjnego, delegowania własnych ekspertów do innych jednostek oraz przyjmowania specjalistów z zewnątrz w celu przeszkolenia personelu własnego.
- Samorząd województwa podlaskiego – jako organ odpowiedzialny za strategiczne zarządzanie województwem: w zakresie budowania kapitału relacyjnego między placówkami oraz tworzenia ram organizacyjnych dla regionalnych sieci wymiany wiedzy.
- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku – jako jednostka zajmująca się strategicznym planowaniem, koordynacją i realizacją polityki społecznej w województwie podlaskim: w zakresie koordynacji i wsparcia administracyjnego oddolnych inicjatyw szkoleniowych oraz monitorowania efektów współpracy.
- Lokalni liderzy opinii oraz eksperci wewnętrzni (wykwalifikowany personel) – jako bezpośredni dostawcy wiedzy praktycznej: w zakresie identyfikacji unikalnych umiejętności zdobytych w toku pracy oraz ich aktywnego przekazywania pracownikom innych placówek.
- Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku – jako instytucja wspierająca usługi rozwojowe: w zakresie analizy możliwości i sposobów wspierania innowacyjnych, niekomercyjnych form podnoszenia kompetencji osób świadczących opiekę długoterminową.

7.5. Wzmocnienie edukacji opiekunów nieformalnych w warunkach domowych

Powiązanie wypłaty świadczeń opiekuńczych z koniecznością odbycia szkolenia w zakresie opieki długoterminowej

Opiekunom nieformalnym (rodzinie, domownikom), którzy przejmują ciężar opieki nad osobami niesamodzielnymi, często brakuje przygotowania – zarówno merytorycznego, jak i praktycznego. Obecnie edukacja, o ile w ogóle istnieje, o tyle ma postać raczej szczątkową – na przykład krótki instruktaż przy wypisie ze szpitala lub porady udzielane przez pielęgniarkę domowej opieki długoterminowej, jeśli podopieczny jest nią objęty. Ma to konsekwencje zarówno dla podopiecznych (na przykład powstawanie odleżyn), jak też dla opiekunów (na przykład urazy kręgosłupa). Równie dotkliwy jest zupełny brak wsparcia edukacyjnego w zakresie kompetencji miękkich, co skutkuje znaczącym obciążeniem i wypaleniem psychicznym opiekunów.

W odpowiedzi na powyższe rekomenduje się podjęcie szerokiej debaty publicznej nad możliwościami i sposobami wprowadzenia rozwiązań prawnych, które uzależniałyby

otrzymywanie świadczeń pielęgnacyjnych i zasiłków opiekuńczych od ukończenia podstawowego kursu opiekuńczego.

Adresaci rekomendacji:

- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – jako organ odpowiedzialny za kształtowanie polityki społecznej: w zakresie opracowania koncepcji rozwiązań, wiążących wypłatę świadczeń socjalnych z obowiązkiem podnoszenia kompetencji przez opiekunów nieformalnych oraz poddanie tej koncepcji szerokiej debacie publicznej.

Opracowanie koncepcji formalnego systemu wsparcia edukacji opiekunów nieformalnych

Kolejną rekomendacją odpowiadającą na braki w edukacji opiekunów nieformalnych jest opracowanie szczegółowej koncepcji funkcjonowania systemu wsparcia edukacji opiekunów nieformalnych. Rolą tego systemu powinno być oferowanie wsparcia edukacyjnego wszystkim członkom rodzin i faktycznym opiekunom (niezależnie od pobierania świadczeń), którzy chcą podnieść swoje kompetencje opiekuńcze.

System powinien opierać się na lokalnych punktach konsultacyjnych, zlokalizowanych przy ośrodkach pomocy społecznej lub centrach usług społecznych, zapewniających doraźne doradztwo w zakresie:

- praktycznych czynności opiekuńczych (toaleta, karmienie, transfer pacjenta, obsługa wybranych sprzętów na przykład worek stomijny);
- kompetencji miękkich (alternatywne sposoby komunikacja z osobami niemówiącymi, radzenie sobie ze stresem i emocjami towarzyszącymi opiece długoterminowej).

Punkty powinny oferować pomoc poprzez stacjonarne szkolenia, teleporady oraz doszkalające wizyty domowe, umożliwiające instruktaz w realnym środowisku życia podopiecznego.

Jako wsparcie systemu rekomenduje się ponadto stworzenie na poziomie wojewódzkim cyfrowego repozytorium wiedzy (biblioteki materiałów do samokształcenia). Jego celem byłoby agregowanie i udostępnianie online zweryfikowanych merytorycznie treści edukacyjnych, które pozwoliłyby na szybkie znalezienie rozwiązania konkretnego problemu pielęgnacyjnego bez konieczności odbywania wielogodzinnego kursu. Warunkiem koniecznym funkcjonowania takiego repozytorium jest zapewnienie weryfikacji zamieszczanych tam treści przez specjalistyczne jednostki (na przykład szkoły wyższe o profilu medycznym), które będą w stanie ocenić zgodność materiałów wideo i poradników z aktualnym stanem wiedzy naukowej.

Adresaci rekomendacji:

- Samorząd województwa podlaskiego (Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku) – jako koordynator polityki społecznej w regionie: w zakresie opracowania założeń systemowych, zarządzania cyfrowym repozytorium wiedzy

oraz monitorowania standardów jakości świadczonego doradztwa i certyfikacji treści edukacyjnych.

- Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku – jako instytucja zarządzająca środkami na rozwój kompetencji i aktywizację: w zakresie technicznego administrowania platformą cyfrową, zabezpieczenia trwałości repozytorium oraz finansowania szkoleń i warsztatów.
- Ośrodki pomocy społecznej oraz centra usług społecznych – jako kluczowe jednostki operacyjne znajdujące się najbliżej beneficjenta: w zakresie bezpośredniego organizowania lokalnych punktów konsultacyjnych, identyfikowania potrzeb opiekunów w terenie oraz wdrażania modelu.
- Podmioty lecznicze (ZOL-e, hospicja, szpitale) oraz szkoły wyższe medyczne – jako zaplecze merytoryczno-dydaktyczne dysponujące doświadczoną kadrą praktyków: w zakresie dostarczania zweryfikowanych treści do repozytorium wiedzy oraz delegowania specjalistów (pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów) do prowadzenia instruktaży praktycznych.

8. Spisy

8.1. Bibliografia

- A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, Paris 2013.
- Akademia Czas Seniora, <https://akademia-czas-seniora.pl/lista-kursow>.
- Ariaans Mareike, Linden Philip, Wendt Claus, Worlds of Long-Term Care: A Typology of OECD Countries, „Health Policy” 2021, nr 125(5), DOI: [10.1016/j.healthpol.2021.02.009](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.009).
- Auleytner Julian Kazimierz, Rola opieki długoterminowej w zapewnieniu godnego życia seniorom, „Exlibris Social Gerontology Journal” 2024, nr 27(2).
- Bank Światowy, Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce, Bank Światowy czerwiec 2024.
- Baran Małgorzata, Kłos Monika, Innowacyjny model kształcenia ustawicznego na przykładzie uczelni wyższych, „Handel Wewnętrzny” 2014, nr 6(353).
- Bednarowska Zofia, *Desk research* – wykorzystanie potencjału danych zastanych w prowadzeniu badań marketingowych i społecznych, „Marketing i Rynek” 2015, nr 7.
- Bielawska Jolanta, Rola pielęgniarki w opiece długoterminowej, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej imienia Witelona w Legnicy” 2015, nr 15(2).
- Błędowski Piotr, Maciejasz Magdalena, Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje, „Nowiny Lekarskie” 2013, nr 82.
- Błędowski Piotr, Szatur-Jaworska Barbara, Szweda-Lewandowska Zofia, Kubicki Paweł, Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce, Warszawa 2012.
- Budzyńska-Kapczuk Aneta, Ocena jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną w mieście i powiecie ziemskim Biata Podlaska, „Gerontologia Polska” 2004, nr 12(1).
- Butler Stuart M., The Challenging Future of Long-term Care for Older Adults, „JAMA Health Forum 3” 2022, nr 5, DOI: [10.1001/jamahealthforum.2022.2133](https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.2133).
- Centrum Ratownictwa, <https://www.centrumratownictwa.com/kurs-kwalifikowanej-pierwszej-pomocy-kpp/bialystok>.
- Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu, <https://crp.wroclaw.pl>.
- Centrum Szkoleń i Certyfikacji Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy, <https://certyfikaty.byd.pl>.
- Centrum Szkoleń Medycznych AQUAMED, <https://aquamed.pl/oferta/kurs-kwalifikowanej-pierwszej-pomocy-bialystok><https://aquamed.pl/oferta/kurs-kwalifikowanej-pierwszej-pomocy-bialystok>.
- Chabior Agata, Kształcenie niemedycznego opiekuna osoby starszej – kompetencje i cechy opiekuna, „Edukacja Dorosłych” 2022, nr 2.
- Co musisz wiedzieć o ZOL i ZPO, <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/co-musisz-wiedziec-o-zol-i-zpo>.
- Cybulski Mateusz, Krajewska-Kutak Elżbieta, Opieka nad osobami starszymi przewodnik dla zespołu terapeutycznego, Warszawa 2016.
- Dązbłaż Beata, Opieka długoterminowa ma być wreszcie skoordynowana – jest projekt ustawy, Prawo.pl, <https://www.prawo.pl/zdrowie/opieka-dlugoterminowa-zalozenia-ustawowe,535620.html>.

- Efektywność, Dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia, <https://www.kpo.gov.pl/strony/o-kpo/o-kpo/efektywnosc-dostepnosc-i-jakosc-systemu-ochrony-zdrowia>.
- Eurofund, Long-Term Care Workforce: Employment and Working Conditions, <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/long-term-care-workforce-employment-and-working-conditions>.
- European Commission, Long-Term Care, <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=792>.
- Gajewska Grażyna, Pedagogika opiekuńcza i jej metodyka, Zielona Góra 2004.
- Genet Nadine, Boerma Wienke, Kroneman Madelon, Home Care across Europe. Current Structure and Future Challenges, „Observatory Studies Series” 2012, t. 27.
- Golinowska Stanisława, Sowa Agnieszka, Działania samorządów lokalnych w opiece integracji niesamodzielnych osób starszych, raport na zlecenie MPiPS, Warszawa 2010.
- Informacja o wysokości środków oraz priorytety wydatkowania KFS na 2026 rok, <https://psz.praca.gov.pl/kfs-2026https://psz.praca.gov.pl/kfs-2026>.
- Kędziora-Kornatowska Kornelia, Muszalik Marta, Skolmowska Edyta (red.), Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, Warszawa 2010.
- Kilian Justyna, Ćwirlej-Sozańska Agnieszka, Wiśniowska-Szurlej Agnieszka, Wilmowska-Pietruszyńska Anna, System długoterminowej opieki domowej nad osobami starszymi w Polsce i wybranych krajach europejskich, „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania” 2018, nr 4(29).
- Kursy kwalifikowanej pierwszej pomocy, <https://www.gov.pl/web/uw-podlaski/kursy-kwalifikowanej-pierwszej-pomocy>.
- Kompleksowy przegląd możliwości tworzenia w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych w Polsce, Krajowy Plan Odbudowy, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2022.
- Krzyszkowski Jerzy, Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w krajach UE i w Polsce, (w:) Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich, red. Jerzy Kowaleski, Piotr Szukalski, Łódź 2006.
- Mareike Ariaans, Linden Philipp, Wendt Claus, Worlds of Long-term Care: A Typology of OECD Countries, „Health Policy” 2021, nr 125(5), DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.009>.
- Medyczne Centrum Szkoleniowe, <https://kurs-pierwsza-pomoc.pl>.
- Medyk Szkolenia, <https://medykszkolenia.pl/kurs-pierwszej-pomocy-bialystok>.
- Mełgieś Katarzyna, Miaskowska-Daszkiewicz Katarzyna, Niezaspokojone potrzeby zdrowotne – wybrane aspekty administracyjnoprawne, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Iuridica” 2023, numer specjalny.
- Michalczuk Grażyna, Ertman Agnieszka, Konarzewska Urszula, Poskrobko Tomasz, Bustowska Anna, Wiśniewska-Kuźma Magda, Karczewska Zofia, Potrzeby i perspektywy obszarze zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim, Białystok 2024.
- Mucha Katarzyna Małgorzata, Kompetencje pielęgniarские wykorzystane podczas kwalifikacji pacjenta z owrzodzeniem odleżynowym do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej” 2022, nr 7(3).
- OECD, Ageing and Long-Term Care, <https://www.oecd.org/en/topics/ageing-and-long-term-care.html>.

- OECD, Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care, Paris 2023, DOI: [10.1787/27d33ab3-en](https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en).
- OECD, Help Wanted. Providing and Paying for Long-Term Care, Paris 2011.
- OECD, Improving Long-Term Care in Croatia. OECD Health Policy Studies, Paris 2023, DOI: [10.1787/9de55222-en](https://doi.org/10.1787/9de55222-en).
- OECD, Long-Term Care Resources and Utilisation, <https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=a29d8d56-e227-4e7b-a90f-b2232b074723>.
- Opieka paliatywna i hospicyjna, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/opieka-paliatywna-i-hospicyjna>.
- Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa, <https://pacjent.gov.pl/artykul/pielegniarska-domowa-opieka-dlugoterminowa>.
- Potrzeby opiekunów nieformalnych w sprawowaniu opieki nad osobą niesamodzielną, starszą i możliwościach wsparcia, <https://wsparciedlaopiekuna.pl/artykuly/potrzeby-opiekunow-nieformalnych-w-sprawowaniu-opieki-nad-osoba-niesamozdelna-starsza-i-mozliwosci-ich-wsparcia>.
- Rybka Mariola, Kochman Dorota, Szałkowska Agata, Ocena jakości życia pacjentów objętych opieką długoterminową stacjonarną w aspekcie psychofizycznym, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej” 2022, nr 7(4).
- Sidor-Rządkowska Małgorzata, Coaching jako forma wsparcia rozwoju zawodowego osób niepełnosprawnych, „Forum Oświatowe” 2017, nr 30(2).
- Sidor-Rządkowska Małgorzata, Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – problemy i wyzwania „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” 2019, nr 167, DOI: [10.33119/SIP.2018.167.8](https://doi.org/10.33119/SIP.2018.167.8).
- Skolmowska Edyta, Organizacja opieki długoterminowej, (w:) Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, red. Kornelia Kędziora-Kornatowska, Marta Muszalik, Edyta Skolmowska, Warszawa 2010.
- Sowa Agnieszka, Usługi zdrowotne i socjalne wobec populacji starszej, przewlekle chorej i niepełnosprawnej realizowane w pomocy społecznej. Podstawy regulacyjne i praktyka, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2016, nr 14(1).
- Stojak Zofia, Zasady kierowania pacjentów do pielęgniarskiej długoterminowej opieki domowej, „Lekarz Rodzinny” 2013, nr 18(1).
- Stolecka-Makowska Agata, Triangulacja jako koncepcja pozyskania wiedzy o zachowaniach nabywczych konsumentów, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2016, nr 261.
- Super Senior. Aktywizacja i Komunikacja 60+, <https://www.super-senior.pl>.
- Szalonka Katarzyna, Witek Lucyna, Postawy i zachowania prozdrowotne pokolenia Z w świetle badań pierwotnych, „Marketing i Zarządzanie” 2016, nr 3(44).
- Szarfenberg Ryszard, Usługi społeczne w opiece długoterminowej, (w:) Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce, red. Mirosław Grewiński, Barbara Więckowska, Warszawa 2011.
- Szatur-Jaworska Barbara, System wsparcia społecznego osób starszych w Polsce, (w:) System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, red. Barbara Szatur-Jaworska, Piotr Błędowski, Warszawa 2016.
- Szweda-Lewandowska Zofia, Logika systemu opieki nad osobami starszymi, „Polityka Społeczna” 2013, nr 10.

- Szweda-Lewandowska Zofia, Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi, „Studia Ekonomiczne” 2014, nr 179.
- Świadczenia domowe, gov.pl, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/swiadczenia-domowe>.
- Topór-Mądry Roman, Aleksandra Gilis-Januszewska, Jolanta Kurkiewicz, Andrzej Pająk, Szacowanie potrzeb zdrowotnych, Kraków 2002.
- Usługi opiekuńcze zwykłe i specjalistyczne. Czym są i jak je uzyskać?, niepelnosprawni.pl, <https://niepelnosprawni.pl/zdrowie/uslugi-opiekuncze-zwykle-i-specjalistyczne-czym-sa-i-jak-je-uzyskac-767981>.
- Więckowska Barbara, Szwałkiewicz Elżbieta, Usługi społeczne w opiece długoterminowej, (w:) Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce, red. Mirosław Grewiński, Barbara Więckowska, Warszawa 2011.
- Wittenberg Raphael, Adelina Comas-Herrera, Bleddyn Davies, Hancock Ruthet, Relying on Informal Care in The New Century? Informal Care for Elderly People in England to 2031, „Ageing and Society” 2000, nr 20(6).
- Włodarczyk Cezary, Poździej Stefan, Systemy zdrowotne. Zakres problematyki, Kraków 2001.
- Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, Barometr Zawodów 2026. Raport podsumowujący badanie w województwie podlaskim, Kraków 2025, https://wupbialystok.praca.gov.pl/documents/d/wojewodzki-urzad-pracy-w-bialymstoku/raport_wojewodztwo_podlaskie_2026-pdf.
- WHO, Long-Term Care, <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care>.
- Zakład Doskonalenia Zawodowego w Białymstoku <https://www.zdz.bialystok.pl/szkolenia/oferta-szkolen/1454-pierwsza-pomoc-przedmedyczna-kurs.html>.
- Ziębicka Dominika, Marcinowicz Ludmiła, Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, „Family Medicine & Primary Care Review” 2015, nr 17(3).
- Zimmerman Sheryl, Cesari Matteo, Gaugler Joseph i inni, The Inevitability of Reimagining Long-Term Care, „Journal of the American Medical Directors Association” 2022, nr 23(2), DOI: [10.1016/j.jamda.2021.12.032](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.032) 10.

8.2. Akty prawne

- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U. 2025 poz. 1214 ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2025 poz. 1461).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 450 ze zm.).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 814).
- Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1213).
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (t.j. Dz.U. 2024 poz. 737).
- Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1972 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 marca 2001 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. 2021 nr 34 poz. 405).
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (t.j. Dz.U. 2024 poz. 816).

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki/pielęgniarsze podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2019 poz. 2335 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 51).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz.U. 2022 poz. 965 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (t.j. Dz.U. 2022 poz. 262).
- 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 – Załącznik do obwieszczenia Ministra Edukacji z dnia 19 marca 2024 r. (t.j. Dz.U. 2024 poz. 611).
- Rozporządzenie Ministra Nauki szkolnictwa wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1514 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowiskach pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1515).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2024 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego osób wykonujących niektóre zawody medyczne (t.j. Dz.U. 2024 poz. 674).
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lipca 2024 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1129).
- Komisja Europejska, Zalecenie Rady w sprawie dostępu do przystępnej cenowo opieki długoterminowej wysokiej jakości, COM (2022) 441 final.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (t.j. Dz.Urz. MZ poz. 69).
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji krajowego planu transformacji (t.j. Dz.Urz. MZ poz. 146).
- Załącznik do Zalecenia Rady Unii Europejskiej z 20 grudnia 2012 r. w sprawie walidacji uczenia się pozaformalnego i nieformalnego, 2012/C 398/01.
- Zarządzenie nr 55/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

8.3. Pozostała netografia

<https://al.edu.pl/kandydaci/kierunki-studiow>

<https://aquamed.pl/oferta/kurs-kwalifikowanej-pierwszej-pomocy-bialystok>

<https://as.edu.pl/harmonogram-kursow/>

<https://as.edu.pl/kursy-online/>

<https://bialystok.studentnews.pl/s/4400/80223-kursy-szkolenia.htm?c2=28299>

<https://bialystok.zak.edu.pl/oferta-edukacyjna/kursy-online/opieka-seniora-online>

https://docker.mz.gov.pl/app/mpz_2020_dluga

<https://ela.nauka.gov.pl/pl/major?experience=ALL&graduationYear=2022&major=&institution=&studyVoivodeship=&studyForm=&studyLevel=&limit=10&offset=0>

https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:c77be4d8-2f5e-11ed-975d-01aa75ed71a1.0014.02/DOC_1&format=PDF

<https://fundacjabuu.pl/projekty/kfs/szkolenia-dofinansowane-urzedu-ksf-krajowy-fundusz>

<https://grajewo.zdz.bialystok.pl/szkolenia/planowane-szkolenia.html>

<https://justcare.pl>

<https://kurs-pierwsza-pomoc.pl/>

<https://kursy.kwalifikacjeczawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5734611-Opiekun-spoeczno-medyczny-opiekun-osob-starszych-i-dzieci.htm>

<https://kursy.kwalifikacjeczawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5213689-Kurs-Siostra-PCK.htm>

<https://kursy.kwalifikacjeczawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5534680-Opiekun-osoby-starszej.htm>

<https://mans.edu.pl/kierunki-studiow>

<https://oke.lomza.pl/aktualnosci/informacja-o-wynikach-egzaminu-potwierdzajacego-kwalifikacje-w-zawodzie-3>

<https://podlaskie.szkoypolicealne.edubaza.pl>

<https://spe.edu.pl>

<https://vade.com.pl/szkolenia-otwarte/kompetencje-osobiste>

<https://wsmed.edu.pl/kierunki>

<https://www.centrumratownictwa.com/kurs-kwalifikowanej-pierwszej-pomocy-kpp/bialystok>

<https://www.gov.pl/web/rodzina/krajowy-fundusz-szkoleniowy>

<https://www.gov.pl/web/uw-podlaski/kursy-kwalifikowanej-pierwszej-pomocy>

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/swiadczenia-domowe>

<https://www.kpo.gov.pl/strony/o-kpo/o-kpo/efektywnosc-dostepnosc-i-jakosc-systemu-ochrony-zdrowia>

<https://www.puz.suwalki.pl/kandydat/oferta-ksztalcenia>

https://www.umb.edu.pl/kierunki_studiow

<https://www.zdz.bialystok.pl/szkolenia/oferta-szkolen/1454-pierwsza-pomoc-przedmedyczna-kurs.html>

<https://medykszkolenia.pl/kurs-pierwszej-pomocy-bialystok>

www.mz.gov.pl

8.4. Spis tabel

Tabela 1. Zastosowane metody i techniki badawcze w analizie potrzeb edukacyjnych i szkoleniowych pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim	9
Tabela 2. Cele badawcze i zastosowane metody do ich realizacji	11
Tabela 3. Rodzaje i zakres usług opiekuńczych realizowanych w opiece długoterminowej	19
Tabela 4. Stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej	26
Tabela 5. Zakres usług opiekuńczych	28
Tabela 6. Placówki opieki długoterminowej w ramach systemu pomocy społecznej.....	30
Tabela 7. Kwalifikacje, umiejętności zawodowe oraz kompetencje miękkie w zawodach medycznych związanych z opieką długoterminową.....	34
Tabela 8. Wymagania w zakresie kursów/specjalizacji wobec pielęgniarki opieki długoterminowej według miejsca zatrudnienia/rodzaju świadczenia	38
Tabela 9. Kwalifikacje, umiejętności zawodowe oraz kompetencje miękkie w zawodach niemedycznych związanych z opieką długoterminową	41
Tabela 10. Wykaz kierunków kształcących w zawodach związanych z opieką długoterminową w ramach szkolnictwa wyższego w województwie podlaskim	46
Tabela 11. Liczba absolwentów uczelni wyższych na kierunkach kształcących w zawodach medycznych i opiekuńczych w województwie podlaskim w latach 2016–2023.....	47
Tabela 12. Kształcenie w zawodach zaliczanych do branży pomocy społecznej	52
Tabela 13. Wykaz szkół i oferta kierunków kształcących w zawodach medycznych i opiekuńczych związanych z usługami opieki długoterminowej w ramach systemu oświaty w województwie podlaskim	52
Tabela 14. Liczba osób, które zdały egzamin potwierdzający w zawodach medycznych i opiekuńczych w powiatach województwa podlaskiego w latach 2022–2025.....	54
Tabela 15 . Kursy/szkolenia dedykowane osobom świadczącym usługi opieki długoterminowej	57
Tabela 16. Kursy i szkolenia kwalifikacyjne z zakresu opieki długoterminowej w województwie podlaskim	58
Tabela 17. Szkolenia oczekiwane przez pracowników opieki długoterminowej w zakresie kompetencji miękkich	78
Tabela 18. Szkolenia oczekiwane przez pracowników opieki długoterminowej w zakresie wiedzy i umiejętności praktycznych	81

8.5. Spis rysunków

Rysunek 1. Etapy procedury badawczej potrzeb edukacyjnych i szkoleniowych pracowników opieki długoterminowej w województwie podlaskim	12
Rysunek 2. Podmioty z systemu ochrony zdrowia i systemu pomocy społecznej świadczące opiekę długoterminową.....	13
Rysunek 3. Kluczowe kompetencje miękkie w opiece długoterminowej.....	69