

POTRZEBY I PERSPEKTYWY W OBSZARZE ZAWODÓW, KWALIFIKACJI I UMIEJĘTNOŚCI ZWIĄZANYCH Z USŁUGAMI MEDYCZNYMI I OPIEKUŃCZYMI OSÓB STARSZYCH W WOJEWÓDZTWIE PODLASKIM

Potrzeby i perspektywy w obszarze
zawodów, kwalifikacji i umiejętności
związanych z usługami
medycznymi i opiekuńczymi
osób starszych
w województwie podlaskim

Białystok 2024

Autorzy:

dr hab. Grażyna Michalczuk, prof. UwB
dr Agnieszka Ertman
dr Urszula Konarzewska
dr inż. Tomasz Poskrobko
dr Anna Busłowska
dr Magda Wiśniewska-Kuźma
dr Zofia Karczewska

Koordynator projektu ze strony Uniwersytetu w Białymstoku:

dr Agnieszka Ertman

Lider projektu:

Województwo Podlaskie

Redakcja naukowa:

dr hab. Grażyna Michalczuk, prof. UwB

Recenzenci:

dr hab. Małgorzata Baran, prof. CC (Collegium Civitas)
dr hab. Katarzyna Szalonka, prof. UW (Uniwersytet Wrocławski)

Redakcja i korekta językowa:

Krzysztof Rutkowski

Skład techniczny i projekt okładki:

Tomasz Poskrobko

Wydawca:

Uniwersytet w Białymstoku, 2024

Publikacja w formie elektronicznej**ISBN: 978-83-7431-814-3**

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 i narzędzia badawcze	9
1.2. Opis procesu badawczego.....	11
2. Starzenie się społeczeństwa a potrzeby zdrowotne i opiekuńcze osób starszych.....	13
2.1. Pojęcie starości i osoby starszej	13
2.2. Potrzeby zdrowotne i opiekuńcze osób starszych.....	19
2.3. Charakterystyka usług medycznych skierowanych do osób starszych realizowanych w systemie opieki zdrowotnej	26
2.4. Charakterystyka usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych, realizowanych w systemie pomocy społecznej.....	32
2.5. Charakterystyka zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych	37
3. Podmioty świadczące usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym w województwie podlaskim.....	52
3.1. Podmioty świadczące usługi medyczne osobom starszym w województwie podlaskim	52
3.2. Podmioty świadczące usługi opiekuńcze osobom starszym w województwie podlaskim	94
3.3. Zasoby kadrowe świadczące usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym w województwie podlaskim	102
4. Oferta edukacyjna i szkoleniowa w zakresie zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi w województwie podlaskim.....	120
4.1. Kształcenie w systemie szkolnictwa wyższego w województwie podlaskim	120
4.2. Kształcenie w systemie oświaty w województwie podlaskim	126
4.3. Kształcenie w ramach edukacji pozaformalnej w województwie podlaskim.....	132
5. Diagnoza zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności związane z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim (badania jakościowe)	137
5.1. Charakterystyka respondentów	137
5.2. Ocena rynku, zawodów, kwalifikacji i umiejętności z perspektywy możliwości realizacji popytu na usługi medyczne i opiekuńcze osób starszych	140
5.3. Bariery rozwoju zawodów, kwalifikacji i umiejętności świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym	155
5.4. Perspektywy rozwoju zawodów, kwalifikacji i umiejętności świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym.....	159
6. Diagnoza zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności związane z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim – perspektywa instytucji edukacyjnych (badania jakościowe).....	165
6.1. Charakterystyka respondentów	165
6.2. Ocena kształcenia na kierunkach, związanych ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym	167

6.3. Poziom dostosowania programów kształcenia w zawodach medycznych i opiekuńczych do świadczenia usług osobom starszym	175
6.4. Bariery podaży w zawodach, kwalifikacjach i umiejętnościach związanych ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym.....	178
6.5. Perspektywy rozwoju zawodów, kwalifikacji i umiejętnościach związanych ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym.....	182
7. Diagnoza podaży, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim – perspektywa potencjalnych pracowników (badania ilościowe)	185
7.1. Charakterystyka próby badawczej.....	185
7.2. Ocena przygotowania do pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych	186
7.3. Percepcja pracy z osobami starszymi wśród osób kształcących się na kierunkach medycznych i opiekuńczych.....	191
7.4. Podaż w zawodach związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi dla osób starszych ze strony osób kształcących się w zawodach medycznych i opiekuńczych	198
8. Zawody, kwalifikacje i umiejętności przyszłości związane z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych.....	211
9. Wnioski.....	223
9.1. Rosnący popyt na usługi medyczne i opiekuńcze w województwie podlaskim	223
9.2. Niewystarczająca podaż usług medycznych i opiekuńczych dla osób starszych.....	224
9.3. Ograniczona podaż w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym	225
9.4. Problemy z podażą pracy z osobami starszymi w perspektywie najbliższych lat	227
9.5. Niedostosowanie kształcenia w zawodach medycznych i opiekuńczych do potrzeb osób starszych	228
10. Rekomendacje	230
10.1. Rekomendacje w świetle badań FGI	230
10.2. Rekomendacje w zakresie poprawy dostępności usług medycznych i opiekuńczych dla osób starszych	233
10.3. Rekomendacje dotyczące zmniejszenia deficytu kadr w sektorze usług medycznych i opiekuńczych w województwie podlaskim	237
10.4. Rekomendacje w zakresie dostosowania kształcenia w zawodach medycznych i opiekuńczych do potrzeb osób starszych	241
10.5. Rekomendacje w zakresie zaspokojenia rosnącego popytu na usługi medyczne i opiekuńcze dla osób starszych	244
11. Załączniki	246
11.1. Scenariusze indywidualnych wywiadów pogłębionych	246
11.2. Kwestionariusz ankiety badania ilościowego.....	253
12. Spisy	260
12.1. Spis literatury	260
12.2. Spis tabel	269
12.3. Spis wykresów	271
12.4. Spis skrótów.....	273

Wprowadzenie

Koncentracja uwagi na potrzebach i perspektywach w obszarze zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi świadczonymi na rzecz osób starszych w województwie podlaskim jest wynikiem aktualnie występujących zmian demograficznych. W województwie podlaskim, podobnie jak w całej Polsce, a także innych krajach europejskich, można zaobserwować postępujący proces starzenia się społeczeństwa. Świadczy o tym stopniowy wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym (to jest 65 lat i więcej dla mężczyzn oraz 60 lat i więcej dla kobiet). Na koniec 2023 roku udział tej grupy w ogólnej populacji ludności województwa podlaskiego wynosił 23,5% i zwiększył się o 3,6 punktu procentowego w stosunku do roku 2016¹.

O niekorzystnych zmianach w województwie podlaskim świadczy również wskaźnik starości demograficznej². Na koniec 2023 roku osiągnął on poziom 19,9%, co oznacza wzrost o 3,4 punktu procentowego w stosunku do roku 2016. Wskaźnik starości demograficznej w miastach wynosił 20,4%, natomiast na wsi – 19,3%. Ponadto na niekorzystne zmiany wskazuje stopniowy wzrost wartości indeksu starości³, który na koniec 2023 roku wyniósł 134 (w roku 2016 kształtował się na poziomie 112). Jego wartość była zbliżona do zanotowanej średniej w kraju i osiągnęła 133: w miastach – 140, a na terenach wiejskich – 125⁴.

Zmiany demograficzne w województwie podlaskim można zaobserwować, analizując nie tylko dane historyczne. Świadczą o tym również prognozy, które wyraźnie przewidują starzenie się całego społeczeństwa, zwiększenie się liczby i udziału osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej populacji ludności, a także zwiększenie się współczynnika obciążenia demograficznego o grupę osób w wieku poprodukcyjnym. W 2023 roku udział osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej populacji ludności województwa podlaskiego wynosił 23,5%. Zgodnie z prognozami w 2040 roku będzie to już 29,4%, a w 2060 wyniesie on aż 36,10%. Jest to bardzo wysoki prognozowany wskaźnik. Niekorzystnie będzie też przedstawiał się w 2060 roku wskaźnik obciążenia demograficznego, który dla osób w wieku poprodukcyjnym osiągnie wartość 75⁵.

Jak wynika z długookresowych prognoz demograficznych, problem starzejącego się społeczeństwa będzie nabierał na znaczeniu. Osoby starsze poprzez skumulowane skutki zmian fizjologicznych narażone są na zapadalność na większą liczbę chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca, choroby układu krążenia, nowotwory czy też osteoporoza⁶. Osobom tym często towarzyszą też ograniczenia funkcjonalne i niepełnosprawność, prowadzące

¹ Urząd Statystyczny w Białymstoku, [Sytuacja demograficzna województwa podlaskiego w 2023 r.](#), Białystok 2024, (dostęp: 6.10.2024).

² Udział osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności województwa podlaskiego.

³ Indeks starości obrazuje relacje międzypokoleniowe między najmłodszą i najstarszą grupą ludności – liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 0–14 lat.

⁴ Urząd Statystyczny w Białymstoku, Sytuacja demograficzna...

⁵ Ibidem.

⁶ Fatemeh Gavarskhar, Farid Gharibi, Elham Dadgar, Care Services for Older Persons: A Scoping Review, "Malays Fam Physician" 2022, vol. 17(2), DOI: [10.51866/rv1221](#).

do niesamodzielności⁷. W związku z tym będzie rosnąć zapotrzebowanie na usługi medyczne, jak i na długoterminowe usługi opiekuńcze.

Potrzeby z zakresu opieki długoterminowej w Polsce zabezpieczane są w ramach systemu ochrony zdrowia (świadczenia medyczne) oraz pomocy społecznej (świadczenia socjalne). Równocześnie istnieje sektor opieki nieformalnej sprawowanej przez rodziny⁸. Jednak na skutek zmiany modelu rodziny będzie zwiększało się zapotrzebowanie na usługi świadczone przez wyspecjalizowane w tym zakresie podmioty oraz personel opiekuńczy. Wymaga to przygotowania odpowiednich kadr w zawodach medycznych i opiekuńczych, posiadających odpowiednie kwalifikacje i umiejętności.

W rezultacie rosnącego udziału osób starszych w populacji i braku zastępowalności pokoleń niezbędne staje się więc przanalizowanie dopasowania popytu i podaży w zawodach związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi skierowanymi do osób starszych w województwie podlaskim.

Przedmiotem badania były zawody, kwalifikacje i umiejętności związane z usługami medycznymi i opiekuńczymi skierowanymi do osób starszych. Zagadnienie badano dwutorowo:

- od strony popytowej, czyli podmiotów i instytucji, w których zatrudnienie znajdują przedstawiciele zawodów świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym. W związku z tym zakres podmiotowy badania obejmował następujące rodzaje instytucji: instytucje opieki zdrowotnej (np. zakłady opieki zdrowotnej, szpitale (w tym z oddziałami geriatrycznymi), domy opieki społecznej, domy opieki, zakłady opiekuńczo-lecznicze – w badaniu uczestniczyli przedstawiciele tych instytucji oraz przedstawiciele zawodów medycznych i opiekuńczych (np. lekarz, pielęgniarka, opiekun medyczny, fizjoterapeuta);
- od strony podażowej, czyli instytucji, w których odbywa się kształcenie w zawodach związanych ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym. Stąd też zakres podmiotowy analizy obejmował instytucje edukacyjne zorientowane na kształcenie w zawodach medycznych i opiekuńczych osób starszych (np. szkoły ponadpodstawowe kształcące w zawodach szkolnictwa branżowego (szkoły policealne), szkoły wyższe) – w badaniu uczestniczyli przedstawiciele tych instytucji oraz uczniowie/studenci szkół policealnych/wyższych.

Celem badania była diagnoza i ocena zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi skierowanymi do osób starszych od strony popytowej, czyli zapotrzebowania rynku pracy, oraz podażowej, a zatem instytucji kształcących w kierunku zdobycia takich zawodów, kwalifikacji i umiejętności.

W ramach tak zdefiniowanego celu głównego wyodrębniono również cele szczegółowe. Są nimi:

- Zdefiniowanie, sklasyfikowanie oraz ocena usług medycznych i opiekuńczych osób starszych oraz podmiotów je świadczących.

⁷ Agnieszka Sowa, usługi zdrowotne i socjalne wobec populacji starszej, przewlekle chorej i niepełnosprawnej realizowane w pomocy społecznej. Podstawy regulacyjne i praktyka, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2016, t. 14, nr 1, s. 63, DOI: [10.4467/20842627OZ.16.010.5572](https://doi.org/10.4467/20842627OZ.16.010.5572).

⁸ Kompleksowy przegląd możliwości tworzenia w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych w Polsce, Krajowy Plan Odbudowy, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2022, s. 6.

- Zdefiniowanie i sklasyfikowanie zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych.
- Diagnoza zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności związane z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim.
- Przegląd oferty edukacyjnej i szkoleniowej w zakresie zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych.
- Określenie podaży w zawodach, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim.
- Określenie zawodów, kwalifikacji i umiejętności przyszłości związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych.
- Opracowanie rekomendacji w zakresie kształtowania zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi.

Badaniami objęto obszar województwa podlaskiego, z uwzględnieniem trzech podregionów: białostockiego, suwalskiego i łomżyńskiego. W miarę dostępności danych statystycznych i obecności instytucji możliwych do zbadania badaniem objęto także powiaty.

1. Metodyka badania

1.1. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Badanie potrzeb i perspektyw w obszarze zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim przeprowadzono z wykorzystaniem zarówno źródeł wtórnych, jak też stosując jakościowe oraz ilościowe metody badawcze. Zastosowano triangulację metodologiczną, będącą połączeniem metod ilościowych i jakościowych w ramach jednego projektu badawczego. Wykorzystanie różnych metod jest zasadne w badaniu złożonych i wieloaspektowych zagadnień, jakimi niewątpliwie są zawody, kwalifikacje i umiejętności związane ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym. Dodatkowo zbieranie informacji różnymi technikami badawczymi sprzyja poprawieniu rzetelności badań, trafności wnioskowania i weryfikacji już zebranych informacji. Pozyskując informacje zebrane różnymi sposobami, można spojrzeć na dane zjawisko z różnych punktów widzenia⁹.

Tabela 1. Zastosowane metody i techniki badawcze w analizie zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych

Metody badawcze	Techniki badawcze
analiza danych zastanych (<i>desk research</i>)	analiza treści obserwacja
indywidualne wywiady pogłębione	wywiad częściowo ustrukturyzowany
zogniskowany wywiad grupowy	dyskusja moderowana
badanie ankietowe	ustrukturyzowany kwestionariusz CAWI

Źródło: opracowanie własne.

Na potrzeby procesu badawczego wykorzystano następujące metody badawcze o charakterze jakościowym:

- Analizę danych zastanych (*desk research*). Dane zastane (wtórne) są pomocne w uzyskaniu szeroko zakrojonego kontekstu wiedzy na dany temat, gromadzi się je pod kątem konkretnego tematu badań¹⁰. Zbierane w ramach badania informacje i dane pochodzą z takich źródeł, jak: książki, czasopisma, strony internetowe, bazy danych, raporty i inne opublikowane materiały. W ramach *desk research* dokonano także analizy dostępnych danych statystycznych, wykorzystując między innymi: Bank Danych Lokalnych (BDL) Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), Mapy potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, Ogólnopolski System Monitorowania Ekonomicznych Losów Absolwentów Szkół Wyższych.

⁹ 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.

¹⁰ Zofia Bednarowska, Desk research – wykorzystanie potencjału danych zastanych w prowadzeniu badań marketingowych i społecznych, „Marketing i Rynek” 2015, nr 7.

- Indywidualne wywiady pogłębione (*individual in-depth interview, IDI*) – polegają na przeprowadzeniu bezpośredniej rozmowy z respondentem w celu uzyskania konkretnych informacji, z wykorzystaniem określonego schematu (scenariusza wywiadu). Wywiady realizowano w formule spotkań bezpośrednich, rozmów telefonicznych bądź spotkań on-line z wykorzystaniem aplikacji MS Teams. Wywiady pogłębione były realizowane w formie częściowo ustrukturyzowanej, co oznacza, że opierały się 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. Przygotowano scenariusz przeznaczony dla przedstawicieli instytucji świadczących usługi medyczne i opiekuńcze seniorom, dla przedstawicieli zawodów medycznych i opiekuńczych oraz odrębny scenariusz skierowany do reprezentantów instytucji kształcących w zawodach świadczących te usługi. Konieczność opracowania trzech różnych scenariuszy wywiadów była podyktowana zróżnicowanym charakterem badanych jednostek oraz odmiennym zakresem informacji, jakie można było uzyskać o zawodach, kwalifikacjach i umiejętnościach w obszarze usług medycznych i opiekuńczych dedykowanych osobom starszym. Scenariusze wywiadów zamieszczono w załączniku na końcu opracowania.
- Zogniskowany wywiad grupowy (*focus group interview, FGI*) – mają postać dyskusji prowadzonej przez moderatora w grupie celowo dobranych osób (od 6 do 12), skoncentrowanej wokół ściśle określonego tematu. W przypadku niniejszego badania tematem przewodnim była dyskusja nad propozycjami rekomendacji dotyczącymi zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi w województwie podlaskim. Dyskusję zaplanowano według scenariusza wywiadu grupowego stanowiącego załącznik na końcu opracowania.

Na potrzeby procesu badawczego wykorzystano również metodę badawczą o charakterze ilościowym – badanie ankietowe, w którym narzędziem badawczym do gromadzenia danych był ustrukturyzowany kwestionariusz ankiety. Badania zostały przeprowadzone metodą CAWI (*computer assisted web interview*), z użyciem oprogramowania Microsoft Forms.

Kwestionariusz ankiety składał się z pięciu sekcji:

- I sekcja – wprowadzenie do badania, zawierającej między innymi informacje ogólne o badaniu, szacowanym czasie niezbędnym na wypełnienie ankiety, anonimowości badań;
- sekcje II–IV – zasadnicza część badania ankietowego podzielona na trzy zagadnienia tematyczne: 1) plany zawodowe, 2) przygotowanie do wykonywania zawodu, 3) praca z osobami starszymi;
- V sekcja – metryczka.

Ustrukturyzowany kwestionariusz ankiety stanowi załącznik do opracowania.

Realizacja założonego celu głównego oraz celów szczegółowych badania wymagała użycia odpowiednich metod i technik badawczych. Zastosowane metody badawcze do realizacji poszczególnych celów badania zawiera tabela 2.

Tabela 2. Zastosowane metody badawcze do realizacji poszczególnych celów badania

Cel	Zastosowana metoda badawcza
Zdefiniowanie, sklasyfikowanie i ocena usług medycznych i opiekuńczych osób starszych oraz podmiotów je świadczących	<i>desk research</i>
Zdefiniowanie i sklasyfikowanie zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych	<i>desk research</i>
Diagnoza zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności związane z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim	<i>desk research</i> , IDI
Przegląd oferty edukacyjnej i szkoleniowej w zakresie zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych	<i>desk research</i>
Określenie podaży w zawodach, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim	<i>desk research</i> , IDI, CAWI
Określenie zawodów, kwalifikacji i umiejętności przyszłości związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych	<i>desk research</i> , IDI, FGI
Opracowanie rekomendacji w zakresie kształtowania zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi	<i>desk research</i> , IDI, FGI

Źródło: opracowanie własne.

Reasumując – zrealizowane badanie składało się z badań wtórnych opartych na analizie *desk research* oraz z badań pierwotnych o charakterze jakościowym i ilościowym. Zastosowanie szerokiego spektrum wymienionych metod badawczych pozwoliło na stworzenie pełnego obrazu zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym w województwie podlaskim.

1.2. Opis procesu badawczego

Badanie potrzeb i perspektyw w obszarze zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim realizowano etapowo. Pierwszym etapem badania była analiza dostępnych źródeł wtórnych, która pozwoliła na zidentyfikowanie problematyki starzenia się społeczeństwa w aspekcie potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych osób starszych oraz ocenę usług medycznych i opiekuńczych w województwie podlaskim – ze wskazaniem form jej realizacji, jej dostępności dla mieszkańców i zasobów kadrowych świadczących usługi medyczne i opiekuńcze. Przedstawiono także instytucje kształcące kadry na potrzeby usług medycznych i opiekuńczych.

Wyniki badania *desk research* umożliwiły wybór grupy docelowej do dalszych analiz, czyli do indywidualnych wywiadów pogłębionych. Zrealizowano ich łącznie 44, w tym:

- 28 wywiadów z reprezentantami instytucji świadczących usługi medyczne i opiekuńcze oraz przedstawicielami zawodów medycznych i opiekuńczych;
- 16 wywiadów z przedstawicielami instytucji kształcących kadry na potrzeby świadczenia tych usług.

Badanie z wykorzystaniem IDI ujawniło wiele systemowych problemów w obszarze świadczenia usług medycznych i opiekuńczych związanych z ich finansowaniem, dostępnością, a także kształceniem i wynagradzaniem pracowników świadczących te usługi. Wywiady IDI

umożliwiły lepsze zrozumienie problemów usług medycznych i opiekuńczych z perspektywy uczestników tego rynku oraz stały się źródłem wielu cennych uwag i stworzonych rekomendacji.

Kolejnym etapem w procesie badawczym było przeprowadzenie badania ilościowego. Zostało ono wykonane metodą ankiety online (CAWI) wśród osób kształcących się na kierunkach medycznych i opiekuńczych w województwie podlaskim. Wzięło w nim udział 811 respondentów uczących się na takich kierunkach, jak: lekarski, pielęgniarstwo, fizjoterapia, opiekun medyczny, terapia zajęciowa, zdrowie publiczne, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekunka środowiskowa. Docelowo badanie było planowane także na kierunkach opiekun w domu pomocy społecznej oraz opiekun osoby starszej, jednakże z uwagi na ich nieuruchomienie w szkołach policealnych wywiad nie został przeprowadzony. Badanie to realizowano w placówkach edukacyjnych zlokalizowanych w Białymstoku, Suwałkach i Łomży – zarówno w uczelniach wyższych, jak i szkołach policealnych. Badanie to pozwoliło między innymi określić gotowość do pracy z osobami starszymi wśród kształcących się w zawodach medycznych i opiekuńczych, postrzeganie takiej pracy oraz ocenę atrakcyjności zawodów medycznych i opiekuńczych wykonywanych wśród osób starszych.

Ostatnim etapem badania był grupowy wywiad pogłębiony z udziałem 12 ekspertów. Do udziału w panelu dyskusyjnym zaproszono:

- dwóch przedstawicieli instytucji świadczących usługi skierowane do osób starszych (dyrektor DPS oraz właściciel domu opieki);
- czterech pracowników medycznych (lekarz geriatry – kierownik oddziału geriatrycznego, lekarz psychiatra – kierownik oddziału psychogeriatrycznego, lekarz geriatry – konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatry, pielęgniarka – przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku);
- kierownika Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej;
- czterech przedstawicieli sfery edukacyjnej reprezentujących szkolnictwo wyższe oraz ponadpodstawowe (Akademia Łomżyńska, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku, Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoła Policealna Województwa Podlaskiego w Białymstoku), członkinię zespołu do spraw zmiany systemu pomocy społecznej przy Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

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

Badanie potrzeb i perspektyw w obszarze zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim zakończono sformułowaniem szeregu rekomendacji. Wdrożenie wielu z nich wymaga zmian systemowych na poziomie centralnym, które będą mieć zastosowanie także w województwie podlaskim.

2. Starzenie się społeczeństwa a potrzeby zdrowotne i opiekuńcze osób starszych

2.1. Pojęcie starości i osoby starszej

Starzenie się społeczeństwa związane jest z procesem zwiększania się udziału osób w starszym wieku w ogólnej liczbie ludności, co wynika ze spadku liczby urodzeń i wydłużenia średniej długości życia. Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) szacuje, że do roku 2050 liczba osób w wieku 65 lat i więcej po raz pierwszy przewyższy na świecie liczbę dzieci poniżej piątego roku życia¹¹, a według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) odsetek osób w wieku powyżej 60 lat wzrośnie na naszym globie z 12% do 22%¹². Przedstawione dane wskazują na występowanie zjawiska demograficznego znanego *silver tsunami*¹³. „Jest to fala demograficzna, która nieuchronnie zbliża się, niosąc ze sobą konsekwencje dla systemów opieki zdrowotnej, rynku pracy, polityki społecznej oraz gospodarki”¹⁴.

Naturalnym procesem rozwojowym człowieka jest starość. Ma on charakter dynamiczny i charakteryzują go przemiany zarówno na płaszczyźnie biologicznej, jak i psychicznej oraz społecznej¹⁵. Elżbieta Trafiałek definiuje starość jako „naturalną fazę życia, następującą po młodości i dojrzałości, wieńczącą dynamiczny proces starzenia się. Określana mianem końcowej trzecji życia, utożsamiana jest ze spadkiem wydolności organizmu, utratą mobilności, osłabieniem sił immunologicznych (starość biologiczna, fizjologiczna), ograniczeniem zdolności przystosowania się do wszelkich zmian, a w kontekście socjoekonomicznym – nierzadko też pauperyzacją, samotnością (starość psychiczna), koniecznością korzystania z pomocy innych (starość ekonomiczna) i funkcjonowaniem na marginesie życia społecznego (starość społeczna)”¹⁶. Z kolei według Remigiusza J. Kijaka i Zofii Szaroty starość jest „to wielowarstwowy i wielowymiarowy proces, zależny od wielu współwystępujących czynników wewnętrznych i zewnętrznych (genotyp i fenotyp, czyli wpływ środowiska), właściwy całemu światu ożywionemu – wszystkim żywym organizmom. Jest to także naturalna faza rozwojowa w cyklu życia. W wymiarze biologicznym polega ona na zmniejszaniu się zdolności regeneracji ustroju, spadku zdolności samoodnawiania się komórek i tkanek, wreszcie – na osłabieniu zdolności adaptacyjnych organizmu”¹⁷. Przedstawione definicje obrazują starość jako zjawisko wielowymiarowe i przybierające zróżnicowaną postać w zależności od warunków wewnętrznych i zewnętrznych danej jednostki.

¹¹ United Nations, [Ageing](#), 2022 (dostęp: 29.10.2024).

¹² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (dostęp: 29.10.2024).

¹³ To metafora opisująca masowy wzrost liczby osób starszych w populacji.

¹⁴ Małgorzata Baran, Marlena Kondrat, Aleksandra Chmielewska et al., Silver tsunami a postęp AI: aspekty ekonomiczno-prawne starzejącego się społeczeństwa w Polsce, „International Journal of New Economics & Social Sciences” 2023, nr 20(4), s. 248.

¹⁵ Marta Muszalik, Monika Biercewicz, Problemy opiekuńcze u osób w starszym wieku, (w:) Kornelia Kędzióra-Kornatowska, Marta Muszalik, Edyta Skolmowska (red.), Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej: podręcznik dla studiów medycznych, Warszawa 2010, s. 131–132

¹⁶ Elżbieta Trafiałek, Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej, Kielce 2006, s. 269.

¹⁷ Remigiusz J. Kijak, Zofia Szarota, Starość: między diagnozą a działaniem, Warszawa 2013, s. 12.

Definicja „starości” na przestrzeni lat ulegała ewolucji w związku ze zmianami demograficznymi, a starzenie się społeczeństwa jest jednym z najczęściej dyskutowanych zagadnień w ostatnich dziesięcioleciach. Wskazuje się, że profil seniora XXI wieku jest zupełnie inny niż seniora drugiej połowy wieku ubiegłego, nie mówiąc już o wcześniejszych okresach historycznych¹⁸.

Starzenie się stanowi fizjologiczny i uniwersalny proces, ale niejednolity, bowiem każdy człowiek doświadcza go w indywidualnym tempie¹⁹. Dlatego też w literaturze do opisu osób starszych stosuje się takie terminy jak wiek chronologiczny (metrykalny), lata urodzenia, seniorzy i trzeci wiek. Pojęcie wieku chronologicznego pojawia się w badaniach na temat osób w przedziale od 45 do 75 lat, a lata urodzenia wobec osób z określonych pokoleń (np. 1945–1965)²⁰. W tym ujęciu pokolenie jest definiowane „jako grupa osób urodzonych w tym samym czasie, rozwijających w sposób naturalny lub świadomie pożądane więzy, w których kształtowaniu kluczowe znaczenie odgrywa współmierność ich doświadczenia życiowego oraz szczególny rodzaj lokalizacji społecznej, czyli podobne umiejscowienie w historycznym wymiarze procesu społecznego”²¹. Termin „seniorzy” używany jest w odniesieniu do osób w wieku od 60 do 88 lat²². Z kolei trzeci wiek odnosi się do osób, które ograniczyły aktywność zawodową lub jej zaprzęstały i/lub nie ponoszą obowiązków rodzinnych (takich jak wychowanie dzieci)²³.

Z perspektywy wieku metrykalnego osoby starsze są często definiowane jako osoby w wieku 65 lat i starsze²⁴. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje pacjentów jako starszych, jeśli mają 65 lat lub więcej, jednakże ze względu na różnice w warunkach społeczno-ekonomicznych i średniej długości życia na potrzeby badań populacyjnych w państwach afrykańskich za osobę starszą uznaje się osobę, która ma 50 lat i więcej.

Pojęcie starości rozpatrywane jest w literaturze z kilku perspektyw. Konsekwencją przyjęcia określonej perspektywy jest występowanie różnic w definiowaniu starzenia i granicy starości (tabela 3).

¹⁸ Agata Niemczyk, Katarzyna Szalonka, Anna Gardocka-Jałowiec, Wioletta Nowak, Renata Seweryn, Zofia Gródek-Szostak, *The Silver Economy. An Ageing Society in the European Union*, Routledge 2023, DOI: [10.4324/9781003377313](https://doi.org/10.4324/9781003377313).

¹⁹ Leonard Hayflick, *Biological Aging Is No Longer an Unsolved Problem*, „Annals of the New York Academy of Sciences” 2007, no. 1100, s. 1–13, DOI: [10.1196/annals.1395.001](https://doi.org/10.1196/annals.1395.001).

²⁰ Margaret Hardy, Matthew Summers, Prudence Millea, Florin Oprescu, *University Education: A Potential Health Promotion Intervention for Australian Baby Boomers*, „International Journal of Lifelong Education” 2019, no. 38(6), s. 589–601, DOI: [10.1080/02601370.2019.1636892](https://doi.org/10.1080/02601370.2019.1636892).

²¹ Emilia Kramkowska, *Starość? Sama definicja? To jest skomplikowane...”. Wokół rozumienia pojęcia starości przez przedstawicieli różnych pokoleń*, „Zeszyty Naukowe KUL 65” 2022, nr 3(259), s. 9, DOI: [10.31743/znkul.14550](https://doi.org/10.31743/znkul.14550).

²² Hany Hachem, Eeva Nikkola, Amani Zaidan, *The Case of Educational Gerontology in Lebanon: A harbinger of Empowerment, Emancipation and Social Change?*, „International Journal of Lifelong Education” 2017, no. 36(6), s. 713–729, DOI: [10.1080/02601370.2017.1379565](https://doi.org/10.1080/02601370.2017.1379565).

²³ Brian Findsen, Marvin Formosa, *Lifelong Learning in Later Life: A Handbook on Older Adult Learning*, „Sense Publishers” 2011, vol. 7, DOI: [10.1007/978-94-6091-651-9](https://doi.org/10.1007/978-94-6091-651-9).

²⁴ Douglas E. Crews, Susan Zavotka, *Aging, Disability, and Frailty: Implications for Universal Design*, „Journal of Physiological Anthropology” 2006, no. 25(1), s. 113–118, DOI: [10.2114/jpa2.25.113](https://doi.org/10.2114/jpa2.25.113).

Tabela 3. Perspektywy rozpatrywania starości

Perspektywa starości	Opis
Zdrowotna	Koncepcja wieku biologicznego (odzwierciedlająca wielowymiarowe zdrowie jednostki), odnosi się do szerokiego zakresu funkcji fizycznych, fizjologicznych i poznawczych oraz ich utrzymania ²⁵ . W ujęciu zdrowotnym starość jest często rozumiana przez pryzmat zmian fizjologicznych i spadku funkcji organizmu, co zwiększa podatność na choroby przewlekłe. Starość w tej perspektywie jest określana jako etap życia, w którym występuje większe ryzyko wystąpienia schorzeń związanych z wiekiem, takich jak demencja, choroby układu krążenia, pogorszenie funkcji poznawczych, zmniejszenie sprawności ruchowej. W tym kontekście starość jest analizowana przez pryzmat prewencji, opieki zdrowotnej i sposobów poprawy jakości życia osób starszych. Biologiczna starość pojawia się w różnym wieku metrykalnym w zależności od predyspozycji genetycznych i czynników środowiskowych. Biologiczne starzenie stanowi proces przejścia od pełnej sprawności psychofizycznej do ograniczonej (uniemożliwiającej samodzielne funkcjonowanie), a następnie śmierci ²⁶ .
Ekonomiczna	Starość z ekonomicznego punktu widzenia wiąże się z sytuacją finansową i poziomem życia, co determinowane jest z przejściem na emeryturę, utratą lub obniżeniem zdolności do pracy. Osoby starsze są postrzegane jako mające niewielkie możliwości wniesienia wkładu w rozwój gospodarki ²⁷ . W Polsce i pozostałych państwach Grupy Wyszehradzkiej wiek emerytalny wynosi 65 (mężczyźni) i 60 (kobiety). Istnieją różnice między tymi państwami, ale nieznaczne, np. 65/64 lat w Słowenii. W wielu przypadkach przejście na emeryturę oznacza ograniczenie możliwości finansowania potrzeb tych osób sprzyja marginalizacji społecznej osób potencjalnie aktywnych, które przeszły na emeryturę przed osiągnięciem faktycznej starości ²⁸ . Wyniki badań pokazują, że wiek zakończenia aktywności zawodowej w Unii Europejskiej do 2070 roku przeciętnie osiągnie 66 lat zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. W państwach CSE najwyższy przyrost spodziewany jest na Słowacji, gdzie wiek emerytalny podnoszony jest zgodnie z oczekiwanym trwaniem życia, oraz na Łotwie i Węgrzech. W Polsce ze względu na niższy wiek emerytalny kobiet nie przewiduje się wzrostu wieku zakończenia aktywności zawodowej kobiet. W 2017 roku szacowany wiek wynosił 64 lata ²⁹ .
Pedagogiczna	Pedagogika starości zajmuje się kształtowaniem postaw wobec starości, edukacją gerontologiczną, a także promowaniem aktywności i integracji społecznej osób starszych. W tej perspektywie starość nie jest traktowana tylko jako czas schyłku, ale również jako faza życia, w której możliwy jest rozwój osobisty i edukacja. Istotnym elementem jest także edukacja społeczeństwa na temat wyzwań związanych ze starzeniem się ³⁰ .

²⁵ World Health Organization, [World report on ageing and health](#), 2015 (dostęp: 4.11.2024).

²⁶ Sonia Buchholtz, Marek Góra, Wielorakie konteksty starzenia w polityce publicznej, „Studia z Polityki Publicznej” 2023, nr 10(4), s. 28, DOI: [10.33119/KSzPP/2023.4.2](#).

²⁷ David E. Bloom, David Canning, Günther Fink, Implications of Population Ageing for Economic Growth, “Oxford Review of Economic Policy” 2010, no. 26(4), s. 583 – 612, DOI: [10.1093/oxrep/grq038](#).

²⁸ Marek Góra, Joanna Rutecka, Elastyczny system emerytalny a potrzeby jego uczestników, „Ekonomista” 2013, nr 6, s. 735–753.

²⁹ Agnieszka Chłoń-Domińczak, Ewa Cichowicz, Marek Góra, Joanna Rutecka-Góra, Systemy emerytalne wyzwaniem dla krajów Europy Środkowej i Południowej, Warszawa DOI: [10.33119/978-83-8030-386-7.2020](#).

³⁰ Małgorzata Halicka, Jerzy Halicki, Starzenie się i starość w badaniach i praktyce edukacyjnej – wybrane aspekty, „Pedagogika Społeczna” 2017, nr 2(64), s. 151–164.

Perspektywa starości	Opis
Psychologiczna	Starość z psychologicznego punktu widzenia to okres, w którym pojawiają się nowe wyzwania emocjonalne i adaptacyjne. W sferze osobowości i inteligencji człowieka zachodzą zmiany, które niejednokrotnie mają charakter zindywidualizowany. można jednak wyróżnić pewne cechy charakteryzujące seniorów, jak: skłonność do unikania ryzyka, niechęć do zmian, zubożenie emocjonalne, słabnięcie uczucia złości czy ograniczenie zdolności twórczych, mniejsze możliwości zapamiętywania nowych treści, spowolnienie psychomotoryczne oraz myślenie abstrakcyjne ³¹ . Zmiany, takie jak przejście na emeryturę, utrata bliskich osób czy problemy zdrowotne, mogą wpływać na stan psychiczny i jakość życia osób starszych. W ujęciu psychologicznym starzenie opisywane jest z perspektywy jednostki. Wiek psychologiczny bywa odległy od metrykalnego. Według badania European Social Survey próg starości określany był na średnim poziomie 68,7 lat (najniższy 63,7, a najwyższy 73,9) ³² .
Społeczna	Z perspektywy społecznej starość jest często rozpatrywana przez pryzmat zmian w relacjach społecznych, roli seniorów w rodzinie oraz ich uczestnictwa w życiu społecznym. Współczesne badania wskazują na zjawisko wykluczenia społecznego osób starszych oraz potrzebę integracji tej grupy poprzez różne inicjatywy społeczne ³³ . „Człowiek starzeje się od chwili swego urodzenia, a starość jest końcowym etapem życia, wynikiem wcześniejszych przeżyć i doświadczeń (...). Warto popatrzeć na starość jako skarbnicę doświadczenia, mądrości i pozytywnych wartości zarówno w ujęciu jednostkowym, jak i społecznym” ³⁴ .
Kulturowa	Z perspektywy kulturowej uwzględnia się, jak różne kultury postrzegają starość, jakie mają wobec niej oczekiwania i jaką rolę przypisują osobom starszym. W niektórych kulturach osoby starsze cieszą się dużym szacunkiem i autorytetem, podczas gdy w innych mogą być marginalizowane. Kulturowe ujęcie starości analizuje także, w jaki sposób sztuka, literatura i media przedstawiają proces starzenia się oraz jaki wpływ ma to na sposób traktowania seniorów przez młodsze pokolenie. Starość może być kojarzona z bogactwem wiedzy życiowej, która może być przekazywana kolejnemu pokoleniu. Jednakże zauważa się upowszechnienie negatywnego wizerunku osoby starszej i ich marginalizację ³⁵ .

Źródło: opracowanie własne.

Obok wyżej wskazanych ważne jest rozpatrywanie starości w perspektywie psychospołecznej, którą opisuje teorie wyłączenia, aktywności i kontynuacji. Według teorii wyłączenia osoba wraz z procesem starzenia wycofuje się z pełnienia ról w społeczeństwie (np. ze względów zdrowotnych). Zgodnie z teorią aktywności pewne role społeczne wygasają (pracownik, rodzic, opiekun itd.) i są zastępowane innymi. Teoria kontynuacji zaś zakłada, że aktywność w okresie starości jest kontynuacją aktywności w wieku młodszym³⁶.

³¹ Barbara Szatur-Jaworska, Faza starości w cyklu życia człowieka – ogólna charakterystyka, (w:) Barbara Szatur-Jaworska, Piotr Będowski, Małgorzata Dzięgielewska (red.), Podstawy gerontologii społecznej, Warszawa 2006, s. 52–53.

³² Sonia Buchholtz, Marek Góra, Wielorakie konteksty starzenia..., s. 30.

³³ Liam Foster, Alan Walker, Active and Successful Aging: A European Policy Perspective, “The Gerontologist” 2015, no. 55(1), s. 83–90, DOI: [10.1093/geront/gnu028](https://doi.org/10.1093/geront/gnu028).

³⁴ Andrzej Rokicki, Starość nie znaczy bierność – współczesne metody aktywizowania seniorów, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin – Polonia. Sectio J” 2016, vol. 29(1), s. 197, DOI: [10.17951/j.2016.29.1.185](https://doi.org/10.17951/j.2016.29.1.185).

³⁵ A. Sidorcuk, Edukacyjna rola ludzi starych w rodzinie – dawniej i dziś, (w:) Agata Cudowska (red.), Kierunki rozwoju edukacji w zmieniającej się przestrzeni społecznej, Białystok 2011, s. 329.

³⁶ Sonia Buchholtz, Marek Góra, Wielorakie konteksty starzenia..., s. 28.

W ujęciu psychospołecznym starość postrzegana jest przez pryzmat straty, odnoszącej się do zmian fizycznych lub psychicznych (np. zmarszczek, chorób przewlekłych lub niepełnosprawności, zapominalstwa), cech osobowości (np. bycia lub stawania się bardziej sztywnym), strat społecznych (np. śmierć współmałżonka lub bliskich przyjaciół) lub tendencji behawioralnych (np. bycia lub stawania się zależnym od innych). Do korzyści ze starości zalicza się z kolei wzrost wolności, cierpliwości, godności, poczucia dojrzałości lub mądrości związanej ze starzeniem się³⁷.

W procesie starości jednostka traci pewność siebie i doświadcza utraty produktywności³⁸. Z tego powodu osoby starsze postrzegają się jako biernych odbiorców pomocy społecznej, stanowiących ciężar dla młodszych pokoleń³⁹. Przekonanie, że osoby starsze są mniej wartościowe, może przyczyniać się do dyskryminacji ze względu na wiek. Zaś ageizm jest coraz częściej uznawany za czynnik ryzyka związany ze zwiększonym stresem, lękiem, depresją i obniżoną satysfakcją z życia⁴⁰. Wykazano jego negatywny wpływ na zdrowie psychiczne osób starszych⁴¹. Wyniki badań zawarte w literaturze wskazują na istnienie związku między ageizmem a stanem zdrowia osób starszych. Wykazano, że osoby posiadające więcej negatywnych stereotypów odnośnie do wieku we wcześniejszym okresie życia, są bardziej narażone na incydent sercowo-naczyniowy w wieku starszym⁴² oraz cechują się niższą wydajnością pamięci⁴³. Ponadto są bardziej narażone na hospitalizację⁴⁴, jak również wykazują mniejsze prawdopodobieństwo wyzdrowienia z niepełnosprawności⁴⁵. Negatywne postrzeganie starzenia się wiąże się także z niższą wydajnością poznawczą⁴⁶. Z kolei osoby, które postrzegają proces starzenia się z perspektywy korzyści bądź ich subiektywny wiek był znacząco niższy, cieszą się

³⁷ Jutta Heckhausen, Roger A. Dixon, Paul B. Baltes, Gains and Losses in Development Throughout Adulthood as Perceived by Different Adult Age Groups, "Developmental Psychology" 1989, no. 25(1), s. 109–121, DOI: [10.1037/0012-1649.25.1.109](https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.1.109).

³⁸ Markus H. Schafer, Tetyana P. Shippee, Age Identity, Gender, and Perceptions of Decline: Does Feeling Older Lead to Pessimistic Dispositions About Cognitive Aging?, "The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences" 2019, no. 65B(1), s. 91–96, DOI: [10.1093/geronb/gbp046](https://doi.org/10.1093/geronb/gbp046).

³⁹ Robert B. Hudson, Old Age in the Welfare State, "The Gerontologist" 2012, no. 52(3), s. 428–433, DOI: [10.1093/geront/gns056](https://doi.org/10.1093/geront/gns056).

⁴⁰ Liat Ayalon, Pnina Dolberg, Sarmité Mikulionienė et al., A Systematic Review of Existing Ageism Scales, "Ageing Research Reviews" 2019, no. 54(1), s. 1–9, DOI: [10.1016/j.arr.2019.100919](https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100919).

⁴¹ Hyun Kang, Hansol Kim, Ageism and Psychological Well-Being Among Older Adults: A Systematic Review. "Gerontology and Geriatric Medicine: Sage Journals" 2022, no. 11(8), DOI: [10.1177/23337214221087023](https://doi.org/10.1177/23337214221087023).

⁴² Becca R. Levy, Alan B. Zonderman, Martin D. Slade et al., Age Stereotypes Held Earlier in Life Predict Cardiovascular Events in Later Life, "Psychological Science" 2019, no. 20(3), s. 296–298, DOI: [10.1111/j.1467-9280.2009.02298](https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02298).

⁴³ Becca R. Levy, Alan B. Zonderman, Martin D. Slade et al., Memory Shaped by Age Stereotypes Over Time, "The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences" 2011, DOI: [10.1093/geronb/gbr120](https://doi.org/10.1093/geronb/gbr120).

⁴⁴ Becca R. Levy, Martin D. Slade, Pil H. Chung et al., Resiliency over Time of Elders' Age Stereotypes After Encountering Stressful Events, "The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences" 2014, no. 70(6), s. 886–890, DOI: [10.1093/geronb/gbu082](https://doi.org/10.1093/geronb/gbu082).

⁴⁵ Becca R. Levy, Martin D. Slade, Terrence E. Murphy et al., Association Between Positive Age Stereotypes and Recovery from Disability in Older Persons, "Journal of the American Medical Association" 2012, no. 308(19), s. 1972–1973, DOI: [10.1001/jama.2012.14541](https://doi.org/10.1001/jama.2012.14541).

⁴⁶ Deirdre A. Robertson, Bellina L. King-Kallimanis, Rose A. Kenny, Negative Perceptions of Aging Predict Longitudinal Decline in Cognitive Function, "Psychology and Aging" 2016, no. 31(1), s. 71–81, DOI: [10.1037/pag0000061](https://doi.org/10.1037/pag0000061).

lepszym zdrowiem⁴⁷, wyższą sprawnością funkcjonalną i fizyczną, na przykład szybciej poruszają się⁴⁸. Żyją dłużej niż osoby z bardziej negatywnym postrzeganiem starzenia się lub wyższym subiektywnym wiekiem⁴⁹.

Należy mieć jednak na uwadze, że proces starzenia zależy od stylu życia, schorzeń i chorób⁵⁰. Niezbędnym działaniem jest zatem podejmowanie aktywności przyczyniających się do poprawy samopoczucia, stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, sprawności funkcjonalnej, zachowania niezależności i samodzielności. Odpowiednie przygotowanie się do nieuniknionego i nieodwracalnego procesu starzenia pozwala zapewnić pomyślne, zdrowe starzenie się (*successful ageing*). Według WHO jest to proces optymalizacji możliwości zachowania zdrowia (fizycznego, społecznego i psychicznego), który powinien umożliwić osobom starszym czynne uczestnictwo w życiu społecznym, a także czerpanie radości z dobrej jakości niezależnego życia⁵¹. Z kolei jakość życia osoby starszej jest definiowana przez dobre samopoczucie, wykonywanie codziennych czynności i niezależność⁵². Jakość życia można potraktować jako zmienną niezależną, uwarunkowaną czynnikami ekonomicznymi, społecznymi, psychologicznymi, stanem fizycznym i motoryką, a także przeżyciami somatycznymi⁵³.

Osoby starsze, które pomyślnie się starzeją, są zadowolone ze swojej przeszłości i terażniejszości, co wiąże się z subiektywnym postrzeganiem ich dobrego samopoczucia i adaptacją do obecnego środowiska⁵⁴. Przyczynia się to do wyższej samodzielności funkcjonalnej osób w wieku 65 lat i więcej, lepszego ich stanu zdrowia psychicznego i fizycznego⁵⁵ oraz zwiększenia aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym⁵⁶.

Podsumowując, w procesie starzenia się występują zindywidualizowane różnice wynikające z uwarunkowań biologicznych, społecznych, kulturowych, psychologicznych. „Trudności

⁴⁷ Svenja M. Spuling, Martine Miche, Susanne Wurm et al., Exploring the Causal Interplay of Subjective Age and Health Dimensions in the Second Half of Life, “Zeitschrift für Gesundheitspsychologie” 2013, no. 21(1), s. 5–15, DOI: [10.1026/0943-8149/a000084](https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000084).

⁴⁸ Deirdre A. Robertson, Rose A. Kenny, Negative Perceptions of Aging Modify the Association between Frailty and Cognitive Function in Older Adults, “Personality and Individual Differences” 2015, DOI: [10.1016/j.paid.2015.12.010](https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.010).

⁴⁹ Dana Kotter-Grühn, Anna Kleinspehn-Ammerlahn, Denis Gerstorf, Jaqui Smith, Self-Perceptions of Aging Predict Mortality and Change with Approaching Death: 16-Year Longitudinal Results from the Berlin Aging Study, “Psychology and Aging” 2009, no. 24(3), s. 654–667, DOI: [10.1037/a0016510](https://doi.org/10.1037/a0016510).

⁵⁰ Anna Witkowska, Małgorzata Grabara, Aktywność fizyczna i trening zdrowotny seniorów, Katowice 2021.

⁵¹ Blanka Gosik, Rekreacja i aktywność ruchowa starszych osób. Przykład mieszkańców województwa łódzkiego, „Jakość życia ludzi starszych – wybrane problemy” 2015, nr 14, s. 152, DOI: [10.18778/1733-3180.14.09](https://doi.org/10.18778/1733-3180.14.09).

⁵² Mehreen A. Bhamani, Murad Khan, Saira Karim et al., Depression and Its Association with Functional Status and Physical Activity in the Elderly in Karachi, Pakistan, “Asian Journal of Psychiatry” 2015, no. 14, s. 46–51, DOI: [10.18778/1733-3180.14.09](https://doi.org/10.18778/1733-3180.14.09).

⁵³ Anna Gardocka-Jałowiec, Katarzyna Szalonka, Aging of the Population and the Quality of Life, “Ekonomia – Wrocław Economic Review” 2022, no. 28/3, s. 9, DOI: [10.19195/2658-1310.28.3.1](https://doi.org/10.19195/2658-1310.28.3.1).

⁵⁴ Luis M. Rondón García, Jose M. Ramírez Navarro, The Impact of Quality of Life on the Health of Older People from a Multidimensional Perspective, “Journal of Aging Research”, 2018, s. 1–7, DOI: [10.1155/2018/4086294](https://doi.org/10.1155/2018/4086294)

⁵⁵ Nihon Ronen, Igakkai Zasshi, Hajime Orimo, Reviewing the Definition of Elderly, “Japanese Journal of Geriatrics” 2005, no. 43(1), s. 27–34, DOI: [10.3143/geriatrics.43.27](https://doi.org/10.3143/geriatrics.43.27)

⁵⁶ Yasuyoshi Ouchi, Hinomi Rakugi, Hidenori Arai, Masahiro Akishita et al., Redefining the Elderly as Aged 75 Years and Older: Proposal from the Joint Committee of Japan Gerontological Society and the Japan Geriatrics Society, The Joint Committee of Japan Gerontological Society (JGLS) and Japan Geriatrics Society (JGS) on the definition and classification of the elderly, 2017, DOI: [10.1111/ggi.13118](https://doi.org/10.1111/ggi.13118).

w ustaleniu jednoznacznego progu starości oraz stadiów tego okresu wynikają z indywidualnego tempa starzenia się, niejednorodnego obrazu starości oraz z różnic preferencyjnych w wyborze kryteriów starości”⁵⁷. Mając na uwadze zróżnicowanie stanu zdrowia, pełnionych ról społecznych, postrzeganego subiektywnego wieku zarówno przez samą jednostkę, jak i jej otoczenie, trudno jest wskazać moment, w którym danego człowieka należy uznać za starego (nie skupiając się jedynie na wieku chronologicznym). Seniorzy nie stanowią jednolitej grupy, a doświadczane zmiany różnią się zarówno co do tempa i zakresu, jak i sposobu ich postrzegania (jako korzyści neutralnie czy negatywnie)⁵⁸.

Biorąc pod uwagę powyższe, należy stwierdzić, że nie ma jednomyślności w określaniu progu starości. Najczęściej przyjmuje się wiek 60 lub 65 lat lub też wprowadza odrębne progi: dla mężczyzn – 65 lat, dla kobiet – 60 lat. Według Światowej Organizacji Zdrowia starość rozpoczyna się z przekroczeniem przez osobę 60. roku życia i dzieli się na trzy podstawowe okresy: wczesna starość, tzw. wiek podeszły (między 60. a 74. rokiem życia), późna starość, tzw. wiek starszy (między 75. a 89. rokiem życia), wiek sędziwy lub długowieczność (powyżej 90. roku życia⁵⁹). W opracowaniach Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) przyjmuje się jednakowy wiek dla mężczyzn i kobiet – 65 lat. Ze względu na dostępność część danych przedstawiono dla wieku 65 i więcej, jednak jako wiek bazowy dla całego projektu przyjęto granicę 60 lat.

2.2. Potrzeby zdrowotne i opiekuńcze osób starszych

Starzenie się społeczeństwa w aspekcie biologicznym rozpatrywane jest jako proces „kontrolowany przez podstawowe procesy molekularne i fizjologiczne, takie jak: uszkodzenia makromolekularne, metabolizm, proteostazę, starzenie się komórek, przewlekłe stany zapalne, czynniki epigenetyczne i regeneracja komórek macierzystych”⁶⁰. W tej perspektywie starzenie się i śmiertelność z powodu chorób wynika z uwarunkowań wewnętrznych człowieka, niezależnie od kontekstu społecznego⁶¹.

W procesie starzenia z perspektywy biologicznej można zidentyfikować dwa etapy o zróżnicowanym poziomie samodzielności i sprawności⁶²:

- osoby w wieku 65–79 lat – o stosunkowo wysokim poziomie aktywności oraz sprawności fizycznej i psychicznej, samodzielności, sprawności funkcjonalnej oraz względnie dobrym stanie zdrowia;

⁵⁷ Maria Straś-Romanowska, Późna dorosłość. Wiek starzenia się, (w:) Psychologia rozwoju człowieka, t. 2, Charakterystyka okresów życia człowieka, red. Barbara Harwas-Napierała, Janusz Trempała, Warszawa 2000, s. 265.

⁵⁸ Anna Rudnik, Wymiary starości i cechy ludzi starych w percepcji dzieci i młodzieży, „Pogranicze. Studia Społeczne” 2016, t. 28, DOI: [10.15290/pss.2016.28.11](https://doi.org/10.15290/pss.2016.28.11).

⁵⁹ Tadeusz Kasperczyk, Aktywność fizyczna seniorów warunkiem zdrowia i dobrej jakości życia, „Journal of Clinical Healthcare” 2014, no. 1, DOI: [10.32782/2522-1795.2022.12.15](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.15).

⁶⁰ Terrie E. Moffitt, Behavioral and Social Research to Accelerate the Geroscience Translation Agenda, “Ageing Research Reviews” 2020, no. 63, 101146, DOI: [10.1016/j.arr.2020.101146](https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101146).

⁶¹ David Gems, The Hyperfunction Theory: An Emerging Paradigm for the Biology of Aging, “Ageing Research Reviews” 2020, no. 74, 101557, DOI: [10.1016/j.arr.2021.101557](https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101557).

⁶² Anna Witkowska, Małgorzata Grabara, Aktywność fizyczna i trening...

- osoby w wieku 80 lat i więcej – o obniżonym poziomie sprawności fizycznej, psychicznej i funkcjonalnej, u których następuje pogorszenie stanu zdrowia i wzrasta zależność od pomocy innych osób w czynnościach życia codziennego.

Wraz z wiekiem ludzie są podatni na występowanie chorób przewlekłych, czyli trwałych schorzeń, które zazwyczaj nie są uleczalne, ale można je opanować poprzez regularną opiekę medyczną i dostosowanie stylu życia⁶³, jak choroby serca, rak, cukrzyca, zapalenia stawów, nadciśnienie, demencja i choroby płuc⁶⁴. Częstotliwość występowania chorób takich jak na przykład choroba Alzheimera, niektóre nowotwory, choroba niedokrwienna serca, udar niedokrwienny mózgu i przewlekła obturacyjna choroba płuc wzrasta wraz z wiekiem⁶⁵.

Coraz większym wyzwaniem, przed którym staje starzejące się społeczeństwo, jest rosnące obciążenie chorobami nowotworowymi⁶⁶. Wraz z wiekiem następuje wzrost ryzyka zachorowania na raka⁶⁷ (na przykład raka prostaty, piersi, płuc i jelita grubego) ze względu na naturalny proces starzenia się komórek i akumulację czynników rakotwórczych⁶⁸. Szacuje się, że 60% wszystkich nowych diagnoz raka i 70% wszystkich zgonów z tego powodu występuje u osób w wieku powyżej 65 lat⁶⁹. Przewiduje się, że do 2030 roku nastąpi 67-procentowy wzrost nowych przypadków nowotworów wśród osób starszych⁷⁰, czyli osoby starsze będą stanowić 70% wszystkich diagnoz raka⁷¹. Systemy opieki zdrowotnej napotykają przeszkody, jeśli chodzi o zapobieganie nowotworom, przeprowadzanie badań przesiewowych, diagnozowanie choroby, zapewnianie skutecznego leczenia, radzenie sobie ze skutkami ubocznymi leczenia, oferowanie wsparcia u schyłku życia i radzenie sobie z konsekwencjami finansowymi⁷².

Problemy ze zdrowiem psychicznym i poznawczym, takie jak depresja, lęk, demencja, majaczenie i nadużywanie substancji, również wpływają na jakość życia osób starszych, ich funkcjonowanie i korzystanie z opieki zdrowotnej. Zdrowie psychiczne jest zróżnicowane

⁶³ World Health Organization, [Noncommunicable Diseases](#) (dostęp: 29.10.2024).

⁶⁴ Centers for Disease Control and Prevention, [Chronic Diseases in America: The Older Adult Population](#) (dostęp: 5.11.2024).

⁶⁵ David G. Le Couteur, Janani Thillainadesan, What Is an Aging-Related Disease? An Epidemiological Perspective, "The Journal of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences" 2022, no. 77(11), DOI: [10.1093/gerona/glac039](#).

⁶⁶ Huakang Tu, Chi P. Wen, Shan P. Tsai, Cancer Risk Associated with Chronic Diseases and Disease Markers: Prospective Cohort Study, "BMJ 360" 2018, s.134, DOI: [10.1136/bmj.k134](#).

⁶⁷ Hideyuki Takeshima, Toshikazu Ushijima, Accumulation of Genetic and Epigenetic Alterations in Normal Cells and Cancer Risk, "NPJ Precision Oncology – Nature" 2019, no. 3, DOI: [10.1038/s41698-019-0079-0](#).

⁶⁸ Jan R. Aunan, William C. Cho, Kjetil Sørreide, The Biology of Ageing and Cancer: A Brief Overview of Shared and Divergent Molecular Hallmarks, "Ageing and Disease" 2017, no. 8(5), s. 628–642, DOI: [10.14336/AD.2017.0103](#).

⁶⁹ Rosemary H.M. Yancik, [Holmesm Nia/Nci Report of The Cancer Center Workshop \(June 13–15, 2001\). Exploring the Role of Cancer Centers for Integrating Aging and Cancer Research. 2002](#) (dostęp: 4.11.2024).

⁷⁰ Benjamin D. Smith, Grace L. Smith, Arti Hurria et al., Future of Cancer Incidence in the United States: Burdens Upon an Ageing, Changing Nation, "Journal of Clinical Oncology 27" 2009, no. 17, s. 2758–2765, DOI: [10.1200/JCO.2008.20.8983](#).

⁷¹ Lodovico Balducci, Treatment of Cancer in the Older Aged Person, "Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases" 2010, no. 2(2), DOI: [10.4084/MJHID.2010.029](#).

⁷² Hafiz T.A. Khan, Kwasi M. Addo, Helen Findlay, Public Health Challenges and Responses to the Growing Ageing Populations, "Public Health Challenges" 2024, no. 3(3), DOI: [10.1002/puh2.213](#).

w poszczególnych grupach wiekowych (60–69 lat, 80–89 lat, 80–89 lat)⁷³. Przewiduje się, że do 2050 roku liczba przypadków demencji, choroby Alzheimerera, potroi się⁷⁴. Nadużywanie leków na receptę jest również problemem osób starszych i może nasilać pogorszenie funkcji poznawczych⁷⁵. Ogólnoświatowa częstotliwość występowania zaburzeń zdrowia psychicznego u osób starszych wynosi 20%, a najbardziej rozpowszechnionymi zaburzeniami psychicznymi i neurologicznymi są depresja (7%) i demencja (5%), następnie lęk (3,8%), problemy z zażywaniem substancji (1%)⁷⁶. Osoby w wieku 80–89 lat są najbardziej narażone na izolację społeczną i samotność oraz mniej zaangażowane w zajęcia związane z wypoczynkiem i rekreacją⁷⁷

Stan zdrowia osób starszych w dużym stopniu różnicuje rodzaj i formy pomocy. Osoby znajdujące się w młodszych grupach wieku starszego w mniejszym zakresie potrzebują pomocy. Wraz ze wzrostem wieku rośnie zależność od pomocy osób trzecich. Osoby starsze, będące w wieku powyżej 75 lat, potrzebują – statystycznie bardzo często – codziennej pomocy przy wykonywaniu czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego⁷⁸. Jest to wynikiem zwiększającego się zakresu występowania zespołów geriatrycznych, będących zespołami wieloczynnikowymi, wywołującymi zwiększoną zachorowalność i pogorszenie wyników leczenia⁷⁹. Zespoły te potęgują się u osób powyżej 85. roku życia⁸⁰ i są postrzegane jako zapowiedź znanych zespołów, takich jak upadki, depresja, majaczenie⁸¹, kruchość, sarkopenia, stan odżywienia i stan poznawczy⁸². Według Angela M. Sanforda i innych zespoły te mają wpływ

⁷³ Amy Fiske, Julie L. Wetherell, Margaret Gatz, Depression in Older Adults, “Annual Review of Clinical Psychology” 2009, no. 5, s. 363–389, DOI: [10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621](https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621); Charlotte E. Allan, Vyara Valkanova, Klaus P. Ebmeier, Depression in Older People Is Underdiagnosed, “The Practitioner”, no. 258(1771), s. 19–22; Viktor Voros, Sandor Fekete, Tamas Tenyi et al., Untreated Depressive Symptoms Significantly Worsen Quality of Life in Old Age and May Lead to the Misdiagnosis of Dementia: A Cross-sectional Study, “Annals of General Psychiatry” 2020, no. 19, DOI: [10.1186/s12991-020-00302-6](https://doi.org/10.1186/s12991-020-00302-6).

⁷⁴ Gill Livingston, Jonathan Huntley, Andrew Sommerlad et al., Dementia Prevention, Intervention, and Care: 2020 Report of the Lancet Commission, “Lancet” 2020, no. 10248, s. 413–446, DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6).

⁷⁵ Manja Koch, Anette L. Fitzpatrick, Stephen R. Rapp et al., Alcohol Consumption and Risk of Dementia and Cognitive Decline among Older Adults with or without Mild Cognitive Impairment, “JAMA Network Open 2” 2019, no. 9, DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2019.10319](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.10319).

⁷⁶ Philippa Lilford, Julian C. Hughes, Epidemiology and Mental Illness in Old Age, “BJPsych Advances” 2020, no. 26(2), DOI: [10.1192/bja.2019.56](https://doi.org/10.1192/bja.2019.56).

⁷⁷ Marina Guisado-Clavero, Albert Roso-Llorach, Tomàs López-Jimenez et al., Multimorbidity Patterns in the Elderly: A Prospective Cohort Study with Cluster Analysis, “BMC Geriatrics” 2018, no. 18(1), DOI: [10.1186/s12877-018-0705-7](https://doi.org/10.1186/s12877-018-0705-7).

⁷⁸ Piotr Błędowski, Barbara Szatur-Jaworska, Zofia Szwed-Lewandowska et al., Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce, Warszawa 2012, s. 30.

⁷⁹ Sharon K. Inouye, Stephanie Studenski, Mary E. Tinetti et al., Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept, “Journal of the American Geriatrics Society” 2007, no. 55, s. 780–791, DOI: [10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x).

⁸⁰ Yoshiaki Tamura, Joji Ishikawa, Yoshinori Fujiwara et al., Prevalence of Frailty, Cognitive Impairment, and Sarcopenia in Outpatients with Cardiometabolic Disease in a Frailty Clinic, “BMC Geriatric” 2018, no. 18, s. 1–11, DOI: [10.1186/s12877-018-0955-4](https://doi.org/10.1186/s12877-018-0955-4).

⁸¹ Ajay K. Gupta, Siddhartha Mishra, Sarcopenia and the Syndrome of Frailty, “The Egyptian Journal of Internal Medicine” 2016, no. 28, s. 133–139, DOI: [10.4103/1110-7782.203297](https://doi.org/10.4103/1110-7782.203297).

⁸² Jitka Doležalová, Valérie Tóthová, Jan Neugebauer et al., Impact of Selected Geriatric Syndromes on the Quality of Life in the Population Aged 60 and Older, “Healthcare (Basel)” 2021, no. 31, 9(6), s. 657, DOI: [10.3390/healthcare9060657](https://doi.org/10.3390/healthcare9060657).

na występowanie niepełnosprawności i wzrost śmiertelności⁸³. W naukach medycznych zwraca się uwagę na określone cechy, które wiążą się z pojęciem starości, jak na przykład słabość. Jest to zespół geriatryczny cechujący się zwiększoną podatnością na zachorowania w związku ze spadkiem rezerwy fizjologicznej i spadku odporności na czynniki stresogenne na skutek obniżenia wydolności poszczególnych układów narządowych⁸⁴. Pierwszy indeks słabości został opracowany w 2004 roku przez zespół Kennetha Rockwooda na podstawie trwających chorób, upośledzenia fizycznego i poznawczego, a także psychospołecznych czynników ryzyka związanych z wiekiem do oceny stanu zdrowia osoby starszej⁸⁵. Wykazano, że osoby starsze o wyższych wynikach słabości cechują się zwiększonym ryzykiem zdarzeń niepożądanych, zachorowalności i śmiertelności⁸⁶.

Pogorszenie się stanu zdrowia, zwiększone ryzyko chorób oraz naturalny proces starzenia się mają wpływ na potrzeby zdrowotne i opiekuńcze osób starszych. Jest to duże wyzwanie, gdyż „każde starzejące się społeczeństwo mierzy się z takimi wyzwaniami jak integracja systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej, rozbudowa i finansowanie systemu opieki długoterminowej, pomiar jakości w celu zapewnienia właściwej opieki, zmniejszenie liczby osób korzystających z opieki stacjonarnej oraz zwiększenie liczby pracowników opieki długoterminowej”⁸⁷. Stanowi to wyzwanie jakie stoi przed systemem opieki⁸⁸ nad osobami starszymi. Wymaga to stworzenie ram odpowiednio realizowanej opieki „z jednoczesnym dookreśleniem wszelkich czynników wpływających na jej efektywność, w tym warunków i okoliczności, w których przebiega wraz z cechami i kompetencjami osoby ją sprawującej. Opieki rozumianej jako szczególny rodzaj relacji, w której każdy kontakt z drugim człowiekiem ma charakter podmiotowy, celowy i prowadzi do realizacji założonych zadań”⁸⁹.

Szczególnym wyzwaniem jest opieka długoterminowa. Zgodnie z definicją WHO jest 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

⁸³ Angela M. Sanford, John E. Morley, Marla Berg-Weger et al., High Prevalence of Geriatric Syndromes in Older Adults, “PLoS ONE” 2020, no. 15:e0233857, DOI: [10.1371/journal.pone.0233857](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233857).

⁸⁴ Xujiao Chen, Genxiang Mao, Sean X Leng, Frailty Syndrome: An Overview, “Clinical Interventions in Aging” 2014, no. 9, s. 433–441, DOI: [10.2147/CIA.S45300](https://doi.org/10.2147/CIA.S45300).

⁸⁵ David M. Jones, Xiaowei Song, Kenneth Rockwood, Operationalizing a Frailty Index from a Standardized Comprehensive Geriatric Assessment, “Journal of the American Geriatrics Society” 2004, no. 52(11), s. 1929–1933, DOI: [10.1111/j.1532-5415.2004.52521.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52521.x).

⁸⁶ Sean M. Bagshaw, Thomas Stelfox, Robert C. McDermid et al., Association Between Frailty and Short- and Long-Term Outcomes Among Critically Ill Patients: A Multicentre Prospective Cohort Study, “CMAJ” 2014, no. 186(2), DOI: [10.1503/cmaj.130639](https://doi.org/10.1503/cmaj.130639).

⁸⁷ Mareike Ariaans, Philip Linden, Claus Wendt, Worlds of Long-Term Care: A Typology of Oecd Countries, „Health Policy” 2021, no. 125 (5), s. 609–617, DOI: [10.1016/j.healthpol.2021.02.009](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.009); Stuart M. Butler, The Challenging Future of Long-term Care for Older Adults, “JAMA Health Forum 3” 2022, no 5, DOI: [10.1001/jamahealthforum.2022.2133](https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.2133).

⁸⁸ Zdaniem Grażyny Gajewskiej opiekę należy utożsamiać z daniem 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. Zob. Grażyna Gajewska, Pedagogika opiekuńcza i jej metodyka, Zielona Góra 2004, s. 20.

⁸⁹ Agata Chabior, Kształcenie niemedycznego opiekuna osoby starszej – kompetencje i cechy opiekuna, „Edukacja Dorostych” 2022, nr 2, s. 62.

somatycznej albo niepełnosprawności) jest w stanie funkcjonować w sposób zapewniający poszanowanie podstawowych praw i godności człowieka”⁹⁰.

Potrzeby zdrowotne realizowane są w systemie ochrony zdrowia w ramach opieki zdrowotnej. System opieki zdrowotnej „to zespół osób i 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”⁹¹. To „zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń oraz usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych, zabezpieczających i poprawiających stan zdrowia jednostki i społeczeństwa”⁹².

W ramach opieki zdrowotnej realizowane są gwarantowane świadczenia, to jest: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, rehabilitacja lecznicza, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, leczenie stomatologiczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne, ratownictwo medyczne, opieka paliatywna i hospicyjna, świadczenia wysokospecjalistyczne, programy zdrowotne, leki i programy lekowe⁹³. Świadczenia te realizowane są w ramach usług medycznych obejmujących opiekę nad zdrowymi, pielęgnację chorych, opiekę nad niepełnosprawnymi, opiekę hospicyjno-paliatywną, badanie i porady lekarskie, leczenie i rehabilitacja lecznicza, badanie i terapia psychologiczna, a także czynności techniczne związane z działalnością medyczną. Opieka zdrowotna realizowana jest wyłącznie w sposób formalny.

Z kolei potrzeby opiekuńcze osób starszych poza systemem opieki zdrowotnej realizowane są w sposób formalny, pozaformalny i nieformalny. Opieka formalna świadczona jest głównie przez instytucje sektora publicznego poprzez wsparcie instytucjonalne, świadczone w ramach systemu pomocy społecznej⁹⁴. Obejmuje ona placówki całodobowego pobytu (np. domy pomocy społecznej) oraz pomoc środowiskową, na którą składają się usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania seniora⁹⁵. Opieka pozaformalna świadczona jest w ramach sektora prywatnego (np. prywatne agencje opiekuńcze, prywatne domy całodobowego pobytu) oraz sektora non-profit, obejmującego zarówno organizacje pozarządowe (NGO-sy), jak i stowarzyszenia, fundacje, które swoje działania opierają w dużej mierze na wolontariacie. Z kolei opiekę nieformalną stanowi opieka sprawowana przez członków rodziny, sąsiadów czy też inne osoby⁹⁶.

⁹⁰ World Health Organization. 2022a. "Long-term care." <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care> (dostęp: 18.10.2024).

⁹¹ www.mz.gov.pl (dostęp: 18.10.2024).

⁹² Cezary Włodarczyk, Stefan Poździejch, Systemy zdrowotne. Zakres problematyki, Kraków 2001.

⁹³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

⁹⁴ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 1 maja 2004 r. (t.j. Dz.U. 2024 poz. 858).

⁹⁵ Zofia Szweida-Lewandowska, Logika systemu opieki nad osobami starszymi, „Polityka Społeczna” 2013, nr 10, s. 1–4.

⁹⁶ Raphael Wittenberg, Adelina Comas-Herrera, Bledwyn Davies et al., Relying on Informal Care in The New Century? Informal Care for Elderly People in England to 2031, „Ageing and Society” 2000, no. 20(6), s. 745–772.

W Polsce ważną formą opieki nad osobami starszymi, które doświadczają ograniczenia samodzielności, jest opieka nieformalna. Wynika to z kulturowego modelu rodziny oraz z uwarunkowań społecznych. Wsparcie ze strony rodziny nie zawsze zaspokaja potrzeby podopiecznych, a dodatkowo ogranicza możliwość pracy zawodowej opiekuna oraz – w długim okresie – obciąża go fizycznie i emocjonalnie. Nieformalny opiekun osoby starszej to „osoba, która zajmuje się seniorem 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 i jest osobą starszą, 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”⁹⁷.

Opiekunowie nieformalni w Polsce nie są rejestrowani. Wyjątek stanowią osoby pobierające świadczenia socjalne wynikające z opieki, z tym że stanowią one nieliczną grupę. Opiekunowie nieformalni to przede wszystkim członkowie rodzin. Spowodowane jest to tym, że pomimo zmiany wzorców życia rodzinnego związanych z osłabieniem więzi i zmniejszenia poczucia odpowiedzialności za swoich krewnych⁹⁸ nadal dominuje (szczególnie na wsiach i mniejszych miejscowościach) tradycyjne postrzeganie roli rodziny w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi. Instytucjonalna forma opieki traktowana jest jako awaryjna, przymusowa dla rodziny, która nie jest w stanie zapewnić opieki. W przypadku opieki nieformalnej usługi świadczone są z reguły przez osoby, które nie mają przygotowania w tym zakresie. Dlatego też w ramach opieki nieformalnej bardzo ważne jest, aby występowało komplementarne wsparcie zarówno służb medycznych, jak i socjalnych.

Z uwagi na zwiększający się poziom aktywności zawodowej, a także zachodzące zmiany demograficzne i kulturowe liczba opiekunów nieformalnych będzie sukcesywnie malała. Przełoży się na wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze świadczone w sposób formalny, zarówno przez różne instytucje, jak i profesjonalnie wykształconą kadrę opiekunów. Odpowiedzią na ten trend jest konieczność wsparcia działań związanych zarówno z rozwojem opieki stacjonarnej, jak i zdeinstytucjonalizowanej, udzielanej przez profesjonalny personel medyczny oraz opiekuńczy⁹⁹.

Sektor opieki staje się najbardziej dynamicznie rozwijającym się rynkiem pracy w Europie. Niestety ograniczeniem rozwoju tego sektora jest obserwowany deficyt pracy w obszarze usług opiekuńczych świadczonych seniorom – ograniczony napływ młodej kadry oraz wzrost liczby osób odchodzących z zawodu. Spowodowane jest to wieloma czynnikami, a między innymi:

- niską atrakcyjnością zawodów opiekuńczych spowodowaną pauperyzacją płacową,

⁹⁷ [Potrzeby opiekunów nieformalnych w sprawowaniu opieki nad osobą niesamodzielną, starszą i możliwości ich wsparcia](#) (dostęp: 10.10.2024).

⁹⁸ Przyczynami są między innymi: postępująca indywidualizacja społeczeństwa, różnice kulturowe poszczególnych pokoleń dotyczące wzorców rodziny, wzrost liczby osób samotnych w starszym wieku, aktywizacja zawodowa kobiet, rosnąca mobilność (migracje zarobkowe) członków rodzin.

⁹⁹ Strategia deinstytucjonalizacji. Opieka zdrowotna nad osobami starszymi, załącznik do dokumentu Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r., Ministerstwo Zdrowia, s. 38–39.

- trudnością wykonywanej pracy,
- brakiem perspektyw kariery zawodowej oraz szkoleń,
- niską oceną atrakcyjności zawodu opiekuna osoby starszej.

Problemem jest też niedostateczna liczba podmiotów świadczących stacjonarne usługi opiekuńcze. Dotyczy to szczególnie domów opieki prowadzonych przez instytucje publiczne. Usługi te świadczą też prywatne domy pomocy społecznej, których działalność jest nadzorowana przez właściwego wojewodę¹⁰⁰. Usługi świadczone w prywatnych domach pomocy społecznej są dostępne dla osób lub rodzin o wysokim poziomie dochodów. Koszt pobytu dobowego w takiej instytucji w województwie podlaskim wynosi około 259 złotych¹⁰¹.

Instytucje publiczne, organizacje pozarządowe i prywatne przedsiębiorstwa świadczące usługi opiekuńcze w ramach pomocy społecznej działają głównie na terenie dużych miast lub na ich obrzeżach. Dostęp do usług opiekuńczych jest także nierówny ze względu na poziom dochodów. Paradoksalnie jest on trudniejszy dla osób relatywnie zamożnych, które nie kwalifikują się do skorzystania z usług finansowanych przez samorządowe ośrodki pomocy społecznej, a nie są w stanie zapłacić za nie samodzielnie.

Niedostosowanie oferty usługowej do obecnych potrzeb oraz ograniczone zasoby kadry opiekuńczej spowodowało konieczność systemowego i środowiskowego rozwoju usług społecznych. Wychodząc naprzeciw rosnącym potrzebom opiekuńczym osób starszych, od 1 listopada 2023 roku wprowadzono nową formę pomocy społecznej – usługi sąsiedzkie. Są one formą wsparcia świadczoną przez osoby blisko mieszkające, za którą otrzymują środki pieniężne od gminy. W ramach usług sąsiedzkich może być świadczona pomoc w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, prostej opieki higieniczno-pielęgnacyjnej, czynności podstawowe, które nie wymagają specjalistycznego przygotowania, w miarę potrzeb oraz możliwości zapewnienia kontaktów z otoczeniem¹⁰².

Ponadto aktualnie trwają prace nad wprowadzeniem bonu senioralnego, czyli nowej formy wsparcia kierowanej do osób starszych oraz ich rodzin. Bon senioralny to świadczenie umożliwiające sfinansowanie wsparcia o charakterze opiekuńczym w miejscu zamieszkania seniora. Projekt ustawy zakłada, że osoba w wieku 75 lat lub więcej otrzyma usługi społeczne o charakterze opiekuńczym¹⁰³. Bon będzie przysługiwał tylko tym, na których ciąży obowiązek alimentacyjny i o dochodach nie przekraczających dwóch minimalnych pensji lub trzech w gospodarstwie wielorodzinnym. Po spełnieniu powyższych warunków rodzina ubiegająca się o wsparcie otrzyma bon o wartości do 2150 złotych na usługi opiekuńcze w formie bezgotówkowej¹⁰⁴. Nowy rodzaj usług będzie obejmował cztery kategorie: podstawowe zaspokojenie codziennych potrzeb życiowych, pomoc w uzyskaniu dostępu do świadczeń

¹⁰⁰ Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2020 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2020 poz. 2285).

¹⁰¹ [Cennik domów opieki i seniora w Podlaskiem 2024](#) (dostęp: 18.12.2024).

¹⁰² Szerzej kwestie te reguluje ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1693).

¹⁰³ Dotyczy usług, które nie są usługami świadczonymi w ramach ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U.2024 r. poz. 1283).

¹⁰⁴ Zbigniew Biskupski, [Nadchodzi bon senioralny: dla kogo 2150 zł, od kiedy, do kogo trafi gotówka](#) (dostęp: 18.12.2024).

zdrowotnych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgniacyzną oraz zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Usługi świadczone w ramach bonu będą miały charakter niemedyyczny i ich celem będzie wsparcie w czynnościach życia codziennego¹⁰⁵ osób starszych. Usługi będą świadczone w miejscu zamieszkania osoby starszej.

Bon senioralny jest odpowiedzią na niezagospodarowaną przestrzeń pomiędzy pomocą społeczną i świadczeniami realizowanymi w jej ramach a systemem ochrony zdrowia, w tym w szczególności opieką długoterminową. Ma być nie tylko formą wsparcia, ale też rozwiązaniem aktywizującym. Z jednej strony pozwoli rodzinom seniorów pozostać na rynku pracy, z drugiej stworzy miejsca pracy dla opiekunów (wyjście z szarej strefy i zapewnienie legalnego zatrudnienia)¹⁰⁶. Przewidywane rozpoczęcie programu – 2026 rok.

Wprowadzane rozwiązania są odpowiedzią na obserwowaną w Europie tendencję, jaką „jest redukcja usług stacjonarnych na rzecz środowiskowych, czyli świadczonych w miejscu zamieszkania usługobiorcy, co jest spowodowane zarówno względami ekonomicznymi (wysokie koszty opieki stacjonarnej) jak i preferencjami podopiecznych, ludzi starych i niepełnosprawnych, którzy często traktują zamieszkanie w domu pomocy społecznej jako ostateczność”¹⁰⁷.

2.3. Charakterystyka usług medycznych skierowanych do osób starszych realizowanych w systemie opieki zdrowotnej

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, osoby starsze są najczęstszymi odbiorcami usług zdrowotnych oraz tych realizowanych w ramach opieki społecznej. Poprzez system opieki zdrowotnej realizowane są usługi medyczne, jak i usługi opiekuńcze. Według definicji Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia usługa medyczna jest dowolną usługą zdrowotną¹⁰⁸ realizowaną w obszarze medycyny. Zaliczane są one do usług profesjonalnych, regulowanych, wykonywanych jedynie przez podmiot uprawniony i odznaczają się między innymi specjalistyczną wiedzą personelu medycznego i ich kwalifikacjami, ciągłym doskonaleniem i podnoszeniem tych kwalifikacji i umiejętności, równoczesnym świadczeniem usługi i jej konsumpcji, postępowaniem etycznym, trudnością w standaryzacji świadczenia usług medycznych¹⁰⁹. Świadczenia mogą być udzielane zarówno przez publiczne, jak i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, jak też przez osoby wykonujące zawód medyczny czy przez grupową praktykę lekarską lub grupową praktykę pielęgniarską. Świadczenia realizowane w ramach usług

¹⁰⁵ Jerzy Krzyszkowski, Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w krajach UE i w Polsce, (w:) Jerzy T. Kowaleski, Piotr Szukalski (red.), Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich, Łódź 2006.

¹⁰⁶ Szerzej na temat projektu ustawy o bonie senioralnym: <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-bonie-senioralnym> (dostęp: 19.10.2024).

¹⁰⁷ Jerzy Krzyszkowski, Usługi opiekuńcze dla ludzi starych...

¹⁰⁸ Jest to świadczenie zdrowotne będące określonym działaniem służącym zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 799).

¹⁰⁹ Agata Waszkiewicz, Barbara Białecka, Kształtowanie usług medycznych na podstawie oceny i odczucia pacjenta „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie” 2012, z. 63a, nr kol. 1891, s. 263.

medycznych obejmują opiekę nad osobami zdrowymi, pielęgnację chorych, opiekę nad niepełnosprawnymi, opiekę hospicyjno-paliatywną, badanie i porady lekarskie, leczenie i rehabilitację leczniczą, badanie i terapię psychologiczną, a także czynności techniczne związane z działalnością medyczną.

Opieka zdrowotna nad osobami starszymi w ramach realizowanych usług medycznych jest organizowana i świadczona wyłącznie w sposób formalny. W ramach formalnego systemu usługi 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 innych organizacji¹¹⁰.

Usługi medyczne dla osób starszych w systemie opieki zdrowotnej są realizowane w ramach opieki instytucjonalnej przez:

- podstawową opiekę zdrowotną (POZ),
- ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS),
- szpitale,
- stacjonarną opiekę zdrowotną (opieka paliatywna i hospicyjna).

Fundamentem systemu opieki zdrowotnej jest podstawowa opieka zdrowotna. Zapewnia ona wszystkim osobom uprawnionym do świadczeń zamieszkałym/przebywającym na terytorium Polski kompleksowe i skoordynowane świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Świadczenia udzielane są w warunkach ambulatoryjnych (np. przychodnia, ośrodek zdrowia, gabinet, poradnia). W uzasadnionych medycznie przypadkach opieka jest świadczona także w domu pacjenta (również w domu pomocy społecznej)¹¹¹. Celem POZ jest sprawowanie kompleksowej opieki nad stanem zdrowia pacjenta i kierowanie całym procesem leczenia w ramach samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SP ZOZ) lub niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej (NZOZ).

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna obejmuje leczenie specjalistyczne w ramach poradni specjalistycznych. Świadczenia gwarantowane¹¹² w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są udzielane w poradniach specjalistycznych w przypadkach wynikających ze stanu zdrowia (także w domu chorego) przez lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje albo przez inną osobę, która ma uprawnienia do udzielania świadczeń specjalistycznych¹¹³.

Szpitale są to zakłady lecznicze podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w postaci świadczeń szpitalnych. Świadczenia szpitalne są to wykonywane przez całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń

¹¹⁰ Ibidem.

¹¹¹ <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna> (dostęp: 12.05.2024).

¹¹² Świadczenia gwarantowane obejmują czynności diagnostyczno-lecznicze (w tym badanie pobranego materiału biologicznego) w zakresie niezbędnym do udzielenia świadczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

¹¹³ <https://www.nfz-krakow.pl/dla-swadczeniodawcow/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna> (dostęp: 15.05.2024).

zdrowotnych. Są nimi także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin¹¹⁴.

Stacjonarna opieka zdrowotna to całodzienna opieka lekarska i pielęgniarska świadczona w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, to jest hospicjach stacjonarnych, na oddziałach medycyny paliatywnej, w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz zakładach opiekuńczo-leczniczych¹¹⁵.

Hospicja stacjonarne, a także oddziały medycyny paliatywnej, zapewniają opiekę lekarzy i pielęgniarek, leczenie farmakologiczne, leczenie bólu i innych objawów somatycznych oraz zapobieganie powikłaniom, opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną, rehabilitację, a także badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej. Opieka hospicjum stacjonarnego może być ciągła lub tymczasowa. Może ona przybierać także formę opieki wyręczającej (maksymalnie 10 dni), w sytuacji, gdy nie są w stanie jej zapewnić bliscy¹¹⁶.

Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze zorientowane są na pomoc pacjentom niesamodzielnym ze względu na stan zdrowia. Instytucje te zapewniają całodobową opiekę medyczną zespołu specjalistów, to jest lekarzy (np. internisty, psychiatry, neurologa), pielęgniarek, psychologów, terapeutów zajęciowych, a także rehabilitantów. Opieka ta dotyczy pacjentów przewlekle chorych, z niepełnosprawnością lub po ciężkiej chorobie albo zabiegu operacyjnym. Długość pobytu w zakładzie uzależniona jest natomiast od stanu zdrowia pacjenta oraz oceny jego sprawności mierzonej skalą Barthel¹¹⁷. Podmioty świadczą usługi związane z tzw. opieką długoterminową¹¹⁸, która definiowana jest jako profesjonalna, ciągła, długotrwała pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego osób z poważnymi deficytami w samopielęgnacji i samoopiece, lecz niekwalifikującymi się do leczenia szpitalnego¹¹⁹. Objęci tą formą opieki mogą być pacjenci, którzy otrzymali 40 punktów lub mniej w skali Barthel¹²⁰. W ramach opieki stacjonarnej realizowane są świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę i inny personel w zależności od typu placówki (psycholog, logopeda, terapeuta zajęciowy, terapeuta uzależnień oraz ewentualnie opiekun medyczny):

- rehabilitacja ogólna w podstawowym zakresie,
- terapia zajęciowa,

¹¹⁴ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 799).

¹¹⁵ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408).

¹¹⁶ [Opieka paliatywno-hospicyjna](#) (dostęp: 31.05.2024).

¹¹⁷ [Co musisz wiedzieć o ZOL i ZPO](#) (dostęp: 17.04.2024).

¹¹⁸ Szerzej: Agnieszka Furmańska-Maruszak, Anna Wójtewicz, Kierunki rozwoju usług opieki długoterminowej w Polsce, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2016, nr 4(9), s. 28–42.

¹¹⁹ Edyta Skolmowska, Organizacja opieki długoterminowej, (w:) Kornelia Kędziora-Kornatowska, Marta Muszaliak, Edyta Skolimowska (red.), Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, Warszawa 2010.

¹²⁰ Utworzona w 1965 roku skala Barthel określa sprawność pacjenta, a co za tym idzie jego zapotrzebowanie na opiekę. Składa się ona z dziesięciu codziennych czynności, to jest: spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem oraz siadanie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie, kąpiel całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, a także ubieranie się i rozbieranie (Florence Mahoney, Dorothea Barthel, Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland, „State Medical Journal” 1965, no. 14, s. 61–65).

- leczenie farmakologiczne i dietetyczne,
- zaopatrzenie w wyroby medyczne,
- edukacja zdrowotna, polegająca na przygotowaniu pacjenta i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych,
- badania diagnostyczne oraz leki¹²¹.

Opieka długoterminowa może być też realizowana w formie domowej. Opieka długoterminowa domowa w systemie opieki zdrowotnej sprawowana jest pod nadzorem lekarza pierwszego kontaktu (lekarza rodzinnego) i może obejmować opiekę pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, długoterminową opiekę pielęgniarską w warunkach domowych, a także długoterminową opiekę domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Skierowana jest ona do pacjentów obłożnie i przewlekle chorych, którzy nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebują systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych. Ta forma opieki polega przede wszystkim na: leczeniu ran i odleżyn, zmianie opatrunków, wymienianiu cewników, podawaniu leków, podłączaniu kroplówek, robieniu zastrzyków. Dodatkowo w ramach długoterminowej opieki domowej pielęgniarka pomaga opiekunom chorego i uczy ich zasad pielęgnacji i codziennych czynności, pomaga pionizować chorego, prowadzi ćwiczenia oddechowe i podstawowe ćwiczenia ogólnousprawniające, doradza, jak zdobyć potrzebny sprzęt rehabilitacyjny i medyczny, a także edukuje bliskich w zakresie opieki nad chorym. W ramach przyznaných uprawnień może także przepisywać niektóre leki, wypisywać skierowania na określone badania oraz zlecenia na wyroby medyczne. Co ważne, zobowiązana jest ona do powiadomienia lekarza i pielęgniarki/pielęgniarską podstawowej opieki zdrowotnej, do których pacjent złożył deklarację wyboru, o terminie rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń, a także o istotnych zmianach w stanie zdrowia pacjenta¹²².

Istotną rolę w ramach w opieki domowej nad osobami starszymi w systemie opieki zdrowotnej może także spełniać opieka świadczona przez wielodyscyplinarne zespoły opieki długoterminowej, skierowana do chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej (prowadzonej przy pomocy respiratora) bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki maski czy kaski), ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej. Objęte mogą być nią osoby niewymagające hospitalizacji na oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, którzy potrzebują jednak stałego, specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji, a także rehabilitacji. Co ważne, pacjenci wentylowani mechanicznie w warunkach domowych nie mogą być jednocześnie objęci opieką paliatywną i hospicyjną lub pielęgniarską opieką długoterminową domową¹²³.

Ważną rolę w ramach opieki domowej nad osobami starszymi w systemie opieki zdrowotnej może także spełniać opieka świadczona przez hospicja domowe. Może z niej skorzystać pacjent,

¹²¹ 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. 2023 poz. 870).

¹²² [Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa](#) (dostęp: 12.03.2024).

¹²³ Narodowy Fundusz Zdrowia, Podlaski Oddział Wojewódzki w Białymstoku, [Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej](#) (dostęp: 13.03.2024).

który wymaga opieki paliatywnej i hospicyjnej, ale jego stan zdrowia, warunki zamieszkania i zaangażowanie bliskich w opiekę pozwalają mu na pobyt w domu. Osoba objęta opieką hospicjum domowego może liczyć na: pomoc i wsparcie lekarza, pielęgniarki, psychologa, fizjoterapeuty, podawanie leków, leczenie bólu i innych objawów, zapobieganie powikłaniom, bezpłatne wypożyczenie sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego, a także badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym. Wizyty pielęgniarskie u pacjentów objętych opieką hospicjum domowego odbywają się co najmniej dwa razy w tygodniu, a lekarskie co najmniej dwa razy w miesiącu. W zależności od potrzeb mogą się również odbywać częściej. Wizyty pozostałego personelu ustalane są indywidualnie przez lekarza w porozumieniu z chorym i opiekunami¹²⁴.

Rosnące potrzeby zdrowotne starzejącego się społeczeństwa powodują i będą powodować w przyszłości problemy związane z zapewnieniem odpowiedniego zaplecza medycznego¹²⁵. Dotyczy to przede wszystkim opieki specjalistycznej, głównie geriatrycznej, która skupia się na problemach zdrowotnych osób w wieku 60 lat i więcej¹²⁶. Osoby z tej grupy wiekowej częściej cierpią na choroby przewlekłe, wymagające specjalistycznej opieki lekarskiej oraz badań laboratoryjnych. Opieka ta powinna obejmować zarówno profilaktykę, jak i leczenie pacjentów z chorobami wieku starszego, wsparcie w codziennym funkcjonowaniu, poprawiając ich jakość życia w procesie starzenia. Kompleksowym podejściem do oceny stanu zdrowia pacjentów w podeszłym wieku, łączącym w sobie wiele różnych aspektów medycznych, jest specjalistyczna opieka geriatryczna. Opiera się ona na holistycznym podejściu do zdrowia.

Opieka geriatryczna – w zależności od stanu zdrowia osób starszych – realizowana jest w ramach opieki instytucjonalnej, w poradniach geriatrycznych oraz w szpitalach, na oddziałach geriatrycznych¹²⁷. Poradnia geriatryczna świadczy usługi ambulatoryjne, zapewnia kompleksową opiekę pacjentom w wieku podeszłym i propaguje profilaktykę zdrowotną zapewniającą osobom starszym pomyślne starzenie, skupiając się na regularnych kontrolach zdrowia, zapobieganiu powikłaniom chorobowym i doradztwie w zakresie stylu życia. Oddział geriatryczny z kolei jest miejscem, w którym osoby starsze wymagające hospitalizacji mogą otrzymać najbardziej kompleksową opiekę wychodzącą naprzeciw ich właściwie zdiagnozowanym potrzebom i deficytom. Na oddziałach geriatrycznych przeprowadzana jest całościowa ocena geriatryczna (COG). Ocena obejmuje zakres występujących zaburzeń oraz pomaga ustalić priorytety w leczeniu i rehabilitacji. Na podstawie wywiadu lekarz geriatra zaleca dalsze leczenie i postępowanie opiekuńcze¹²⁸. Celem pobytu na oddziałach geriatrycznych jest więc przywrócenie hospitalizowanej osobie dobrego stanu zdrowia, a jeżeli nie jest to możliwe – podjęcie działań na rzecz poprawy stanu funkcjonalno-czynnościowego pacjenta, spowolnienia rozwoju przewlekłych procesów chorobowych oraz zapobiegania ich

¹²⁴ [Opieka paliatywno-hospicyjna](#) (dostęp: 24.03.2024).

¹²⁵ Daria Smarżewska, Rynek usług medycznych w Polsce, „Marketing i Rynek” 2020, nr 11, s. 20.

¹²⁶ W praktyce dotyczy to przede wszystkim osób mających 75 lat i więcej.

¹²⁷ [Czym zajmuje się geriatra](#) (dostęp: 3.04.2024).

¹²⁸ Ibidem.

zaostrzeniu¹²⁹. Stąd na oddziałach tych oferowana jest kompleksowa opieka stacjonarna: diagnostyka, leczenie schorzeń przewlekłych oraz rehabilitacja.

Wychodząc naprzeciw rosnącym potrzebom zdrowotnym osób starszych w Polsce, ustawodawca wprowadził w życie ustawę z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej¹³⁰. Określa ona cele, organizację i zasady funkcjonowania szczególnych form geriatrycznej opieki zdrowotnej nad osobami, które ukończyły 75. rok życia, zwanej dalej „szczególną opieką geriatryczną”¹³¹.

Według założeń ustawy szczególna opieka geriatryczna jest sprawowana w:

- szpitalnych oddziałach geriatrycznych wskazanych w wojewódzkim planie działania szczególnej opieki geriatrycznej (...),
- nowo tworzonych centrach zdrowia 75+,
- ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – prowadzenie wstępnej oceny geriatrycznej.

Ponadto planowane jest także zwiększenie liczby oddziałów geriatrycznych w całym kraju, aby poprawić dostęp do tego rodzaju świadczeń.

Szczególną opieką geriatryczną będą objęte osoby, które ukończyły 75. rok życia i są uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, doświadczające wielochorobowości lub niepełnosprawności, u których pojawia się ryzyko utraty zdolności do samodzielnego funkcjonowania¹³². Nowym rozwiązaniem będzie utworzenie centrów zdrowia 75+ jako zakładów leczniczych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w postaci ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych¹³³. W skład takiego centrum będą wchodzić: poradnia konsultacyjna, co najmniej jeden dzienny ośrodek opieki geriatrycznej, geriatryczny zespół opieki domowej, zespół koordynatorów opieki geriatrycznej, zespół edukatorów zdrowotnych. Głównym celem działania centrum będzie skoordynowana opieka medyczna dla pacjentów geriatrycznych w celu ustabilizowania ich stanu zdrowia oraz umożliwienia dalszego autonomicznego funkcjonowania w dotychczasowym środowisku¹³⁴.

Założeniem wprowadzonych rozwiązań jest wdrożenie okresowej i kompleksowej usługi medycznej wobec wskazanych przepisami osób, co będzie umożliwiała zahamowanie niesamodzielnosci i zwiększenie szans na odsunięcie w czasie ewentualnej konieczności objęcia pacjentów opieką długoterminową. Pacjenci niewymagający tak kompleksowych

¹²⁹ Magdalena Krysińska, Katarzyna Domostawska-Żylińska, Marlena Fronk, Profilaktyka urazów wśród osób powyżej 60. roku życia, Warszawa 2018, s. 25–26.

¹³⁰ Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1831).

¹³¹ Ibidem.

¹³² Zasady określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

¹³³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 799).

¹³⁴ Typy świadczeń opieki zdrowotnej, które będą udzielane w centrach zdrowia 75+: świadczenia z zakresu geriatrii (udzielane przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę), świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej (udzielane przez psychologa, porady dietetyka, terapia zajęciowa, edukacja zdrowotna).

działań będą tak jak dotychczas korzystać z dostępnych świadczeń medycznych, z wiodącą rolą lekarza rodzinnego, natomiast pacjenci niesamodzielni i ciężko chorzy skorzystają z leczenia szpitalnego czy form opieki długoterminowej¹³⁵.

Biorąc pod uwagę praktyczne aspekty wprowadzonych zapisów ustawy, która obowiązuje od stycznia 2024 roku, dotyczące uruchomienia centrów zdrowia 75+, należy stwierdzić wprost, że zostało jeszcze uruchomione ani jedno takie centrum. Podyktowane jest to z pewnością kwestiami finansowymi, kadrowymi oraz przede wszystkim brakiem rozporządzeń wykonawczych.

2.4. Charakterystyka usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych, realizowanych w systemie pomocy społecznej

Opieka osób starszych prowadzona poza systemem opieki zdrowotnej jest zagadnieniem bardziej złożonym. Jest ona realizowana w ramach „polityki społecznej wobec seniorów i oparta jest między innymi na zasadzie subsydiarności (pomocniczości), polegającej na stworzeniu warunków umożliwiających bliższej lub dalszej rodzinie w świadczeniu pomocy starszym członkom rodziny. W sytuacji, kiedy pomoc jest niewystarczająca, osoba taka może korzystać z systemu wsparcia seniorów przy pomocy grup nieformalnych, organizacji pozarządowych oraz instytucji oferujących pomoc rodzinie”¹³⁶. Oznacza to, że „organizatorami opieki są zarówno instytucje publiczne, jak i organizacje pozarządowe lub prywatne, a także nieformalni opiekunowie: członkowie rodzin, przyjaciele, sąsiedzi czy wolontariusze. Różnorodne są także zasady finansowania usług opiekuńczych. Mieści się tutaj zarówno nieodpłatna, darmowa opieka nieformalnych rodzinnych opiekunów, jak i usługi wynagradzane zasiłkami dla opiekunów lub opłacane z ubezpieczeń pielęgnacyjnych. Usługi mogą być świadczone przez profesjonalnych opiekunów prowadzących samodzielną działalność gospodarczą lub zatrudnianych przez właścicieli prywatnych agencji usługowych. Różna jest także lokalizacja usług: mogą one być świadczone w miejscu zamieszkania klientów, w domach dziennego pobytu lub stacjonarnie w instytucjach opieki całkowitzej, jakimi są domy pomocy społecznej”¹³⁷.

W systemie opieki formalnej publiczna pomoc społeczna realizowana jest w Polsce na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej z dnia 1 maja 2004 r.¹³⁸ Zgodnie z nią pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Organizują ją organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie na zasadzie partnerstwa z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi.

Usługi opiekuńcze przysługują osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub innej przyczyny wymagają opieki innych osób, a są jej pozbawione. Mogą dotyczyć też osób, które

¹³⁵ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/szczegolna-opieka-geriatryczna> (dostęp: 14.04.2024).

¹³⁶ Małgorzata Baran, Marlena Kondrat, Aleksandra Chmielewska et al., Silver tsunami a postępi Al..., s. 252.

¹³⁷ Jerzy Krzyszkowski, Usługi opiekuńcze dla ludzi starych...

¹³⁸ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 1 maja 2004 r. (t.j. Dz.U. 2024 poz. 858).

wymagają opieki innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w codziennych zajęciach (np. zakupy, sprzątanie, gotowanie, załatwianie spraw w urzędach, mycie) i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi dostosowane do rodzaju schorzenia czy niepełnosprawności (np. terapia, rehabilitacja fizyczna).

Usługi opiekuńcze to jedna z form pomocy udzielanej w ramach systemu wsparcia socjalnego osobom starszym, która jest organizowana i świadczona zarówno w sposób nieformalny, jak i formalny. Opieka nieformalna w większości przypadków realizowana jest w sposób nieodpłatny, a świadczą ją członkowie rodziny, bliscy krewni, przyjaciele lub sąsiedzi. Jej charakterystyczną cechą jest również to, że opiekunowie z reguły nie są profesjonalistami i nie mają za sobą przeszkolenia z zakresu udzielania pomocy. Nie podpisują oni również umów z określonym zakresem odpowiedzialności i nie przysługują im żadne uprawnienia, łącznie z uprawnieniami socjalnymi. Co ważne, przy nieformalnej opiece nad osobami starszymi nie istnieją także limity czasowe usług świadczonych w ten sposób¹³⁹. Ponadto w Polsce funkcjonujący model oparty na opiece nieformalnej, któremu towarzyszy ograniczony zakres wsparcia rodzin przez administrację publiczną¹⁴⁰.

Świadczenie usług opiekuńczych osobom starszym odbywa się także w ramach pomocy społecznej organizowanej przez organy administracji rządowej i samorządowej we współpracy z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, jak również poza tymi strukturami, w ramach instytucji rodziny czy komercyjnego świadczenia tych usług.

Obserwowane i przewidywane zmiany demograficzne, rezygnacja z modelu rodziny wielopokoleniowej, w którym pokolenie młodsze sprawuje opiekę nad osobami starszymi, oznaczają konieczność zwiększenia roli opieki formalnej oraz wsparcia rodzin i dostosowanie przepisów do zmieniających się realiów.

W Polsce usługi formalnej opieki socjalnej nad osobami starszymi świadczone są w systemie pomocy społecznej (opieka domowa, instytucjonalna oraz półstacjonarna)¹⁴¹. Ich zakres uregulowany został ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Zgodnie z jej zapisami pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych przysługuje osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Może być ona przyznana również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni oraz zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić¹⁴².

Opieka osób starszych związana jest ze świadczeniem usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację

¹³⁹ Magdalena Krysińska, Katarzyna Domostawska-Żylińska, Marlena Fronk et al., *Profilaktyka urazów...*, s. 25–26.

¹⁴⁰ Irena Wóycicka, Anita Abramowska-Kmon, Rafał Bakalarczyk et al., *W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce*, Warszawa 2022.

¹⁴¹ Stanisława Golinowska, *The LTC System for the Elderly in Poland*, ENEPRI Research Report, 2010, no. 83, s. 5; Małgorzata Halicka, Jerzy Halicki, Emilia Kramkowska, *Starość. Poznać, przeżyć, zrozumieć*, Białystok 2016, s. 359.

¹⁴² Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1283).

oraz w miarę możliwości zapewnienie kontaktów z otoczeniem¹⁴³. Szczegółowy zakres usług opiekuńczych przedstawia tabela 4.

Tabela 4. 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 zaleconej przez lekarza; • karmienie podopiecznego.
Opieka higieniczna nad podopiecznym i jego otoczeniem	<ul style="list-style-type: none"> • sprzątanie pomieszczeń, w których przebywa podopieczny (w tym 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, a przykład zachęcanie do i towarzyszenie w aktywności fizycznej (spacery itp.) i intelektualnej (rozmowy, czytanie prasy i książek, rozwiązywanie krzyżówek, gry planszowe itp.); • pomoc w załatwianiu spraw urzędowych w uzgodnieniu z podopiecznym; • pomoc w kontaktach ze społecznością lokalną.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: <https://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/767981> (dostęp: 18.07.2024).

Usługi opiekuńcze 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 organizacji¹⁴⁴.

Należy jednak podkreślić, że usługi opiekuńcze mogą świadczyć osoby o bardzo różnicowanym 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 osoby świadczące te usługi nie są

¹⁴³ Ibidem.

¹⁴⁴ Ibidem.

pracownikami ośrodków pomocy społecznej, lecz zatrudniane są przez podmioty niepubliczne, z którymi gminy zawierają umowy na świadczenie tego typu usług¹⁴⁵.

Drugą grupę stanowią specjalistyczne usługi opiekuńcze, które obejmują usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym¹⁴⁶. Do osób tych można zaliczyć: pracowników socjalnych, psychologów, pedagogów, logopedów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarki, asystentów osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowe, specjalistów w zakresie rehabilitacji medycznej czy fizjoterapeutów.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych – odnoszą się do pięciu głównych obszarów¹⁴⁷:

- uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym kształtowanie umiejętności podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, asystowanie w codziennych czynnościach życiowych, kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych;
- pielęgnacja, w tym pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece, pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania, pomoc w dotarciu do placówek służb zdrowia i placówek rehabilitacyjnych, a także w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu materiałów medycznych, a także w utrzymaniu higieny;
- rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu, w tym współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego, zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług;
- pomoc mieszkaniowa, w tym pomoc w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat, organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw i likwidacji barier architektonicznych, a także kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami i gospodarzem domu;
- zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych.

Zakres usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych, a także miejsce ich świadczenia ustalane są indywidualnie, zależnie od potrzeb i możliwości ich realizacji przez ośrodek pomocy społecznej. Poziom realizacji tych usług zależy jednak w dużej

¹⁴⁵ Barbara Szatur-Jaworska, System wsparcia społecznego osób starszych w Polsce, (w:) Barbara Szatur-Jaworska, Piotr Błędowski (red.), System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2016, s. 83–84.

¹⁴⁶ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1283).

¹⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (t.j. Dz.U. 2024 poz. 816).

mierze od posiadanych przez samorzady zasobów¹⁴⁸. Usługi te mogą być udzielane bezpośrednio w miejscu zamieszkania podopiecznego pomocy społecznej, jak również w domach pomocy społecznej, mieszkaniach chronionych, a także w ośrodkach wsparcia¹⁴⁹. Istotną rolę w tym zakresie spełniać mogą także rodzinne domy pomocy.

Ważną rolę w opiece nad osobami starszymi pełnią domy pomocy społecznej. Są to placówki całodobowej opieki nad osobami, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu. Ukierunkowane są one na świadczenie usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom świadczonych usług uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności¹⁵⁰. Należy podkreślić, że umieszczenie osoby w domu pomocy społecznej powinno być ostatecznością. Poprzedzone musi być rzetelną oceną stanu zdrowia konkretnej osoby oraz zbadaniem możliwości zorganizowania usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu jej zamieszkania¹⁵¹. W zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, wyróżnia się następujące rodzaje domów pomocy społecznej¹⁵²:

- dla osób w podeszłym wieku,
- dla osób przewlekle somatycznie chorych,
- dla osób przewlekle psychicznie chorych,
- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie,
- dla osób uzależnionych od alkoholu.

Inną formą opieki w ramach systemu pomocy społecznej są mieszkania chronione. Jest to forma pomocy, przygotowująca pod opieką specjalistów osoby tam przebywające do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagająca te osoby w codziennym funkcjonowaniu. W zależności od celu udzielania wsparcia mogą być one prowadzone jako mieszkania chronione treningowe lub mieszkania chronione wspierane. W mieszkaniach chronionych treningowych zapewnia się usługi bytowe oraz naukę, rozwijanie lub utrwalanie samodzielności, sprawności w zakresie samoobsługi, pełnienia ról społecznych w integracji ze społecznością lokalną w celu umożliwienia prowadzenia samodzielnego życia. Z kolei w mieszkaniach chronionych wspieranych (do których częściej kierowane są osoby starsze) zapewnia się usługi bytowe oraz pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym życiu i w utrzymywaniu kontaktów społecznych w celu utrzymania lub rozwijania samodzielności osoby na poziomie jej psychofizycznych możliwości¹⁵³.

¹⁴⁸ Agnieszka Sowa, Usługi zdrowotne i socjalne..., s. 64.

¹⁴⁹ Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce w 2022 roku, Warszawa 2023, s. 13.

¹⁵⁰ Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, [Dom pomocy społecznej](#) (dostęp: 4.04.2024).

¹⁵¹ Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Informacja o sytuacji..., s. 14.

¹⁵² Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, [Dom pomocy społecznej](#) (dostęp: 4.04.2024).

¹⁵³ Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, [Mieszkanie chronione](#) (dostęp: 4.04.2024).

Jeszcze inny rodzaj pomocy oferują rodzinne domy pomocy. Zapewniają one usługi opiekuńcze i bytowe osobom niewymagającym jeszcze umieszczenia w domu pomocy społecznej, które z powodu wieku lub niepełnosprawności wymagają jednak pomocy innych osób, jakiej nie można zapewnić w miejscu zamieszkania danej osoby. Rodzinny dom pomocy stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu osób zamieszkujących wspólnie¹⁵⁴.

Osoby starsze o ograniczonej samodzielności mogą także uzyskać pomoc w postaci usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w ośrodkach wsparcia. Ośrodkiem wsparcia zgodnie z ustawą o pomocy społecznej może być ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, dzienny dom pomocy, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schronisko dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi oraz klub samopomocy¹⁵⁵. Ośrodki wsparcia mają charakter miejsc dziennego pobytu, chociaż w ich strukturach mogą także istnieć miejsca pobytu całodobowego, ale tymczasowego. Ośrodkami wsparcia w systemie pomocy społecznej, które przeznaczone są przede wszystkim dla osób starszych, sąienne domy pomocy (DDP). Ich prowadzenie należy do zadań gminy, które realizowane są przez jej jednostki organizacyjne lub powierzane są podmiotom niepublicznym, takim jak organizacje pozarządowe, organizacje kościelne, spółdzielnie socjalne¹⁵⁶.

„Tendencją ogólnoeuropejską jest redukcja usług stacjonarnych na rzecz środowiskowych, czyli świadczonych w miejscu zamieszkania usługobiorcy, co jest spowodowane zarówno względami ekonomicznymi (wysokie koszty opieki stacjonarnej), jak i preferencjami podopiecznych, ludzi starych i niepełnosprawnych, którzy często traktują zamieszkanie w domu pomocy społecznej jako ostateczność”¹⁵⁷.

2.5. Charakterystyka zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych

2.5.1. Zawody, kwalifikacje i umiejętności – podstawowe pojęcia i definicje

„Zawód” to pojęcie różnie definiowane i rozumiane¹⁵⁸. Zawód to zbiór trwale wykonywanych czynności skierowanych na tworzenie dóbr bądź usług i stanowiący podstawowe źródło dochodów. Do wykonywania zawodu potrzebne są kwalifikacje zdobyte w wyniku kształcenia lub praktyki¹⁵⁹. Zawód to zbiór zadań zawodowych wyodrębnionych w wyniku społecznego podziału pracy wykonywanych przez poszczególne osoby oraz wymagających odpowiednich

¹⁵⁴ Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, [Rodzinny dom pomocy](#) (dostęp: 4.04.2024).

¹⁵⁵ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1283, art. 51 ust. 4).

¹⁵⁶ Barbara Szatur-Jaworska, System wsparcia społecznego..., s. 89–90.

¹⁵⁷ Jerzy Krzyszkowski, Usługi opiekuńcze dla ludzi starych...

¹⁵⁸ Szerzej: Urszula Jeruszka, Współczesny koncept opisu informacji o zawodzie, „Polityka Społeczna” 2018, nr 1.

¹⁵⁹ [Droga do zawodu](#) (dostęp: 18.06.2024).

kwalifikacji i kompetencji (wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych), zdobytych w wyniku kształcenia lub praktyki¹⁶⁰.

W bardzo zbliżony sposób zawód definiują Maciej Gruza i Teresa Hordyjewicz, stwierdzając, że jest to zbiór zadań (zespół czynności) wyodrębnionych w wyniku społecznego podziału pracy, wykonywanych stale lub z niewielkimi zmianami przez poszczególne osoby (w tym pracodawców lub w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej) i wymagających odpowiednich kompetencji (wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych) zdobytych w toku kształcenia lub praktyki. Wykonywanie zawodu stanowi źródło dochodów¹⁶¹. Zdaniem Tadeusza Nowackiego zawód jest to zespół czynności społecznie użytecznych, wyodrębnionych na skutek społecznego podziału pracy, powtarzających się systematycznie, wymagających od pracownika odpowiedniej wiedzy, który jest źródłem utrzymania pracownika i jego rodziny¹⁶².

Wspólną cechą przedstawionych definicji jest to, że określają one zawód jako:

- zbiór zadań (zawodowych), zespół czynności,
- wyodrębnionych na skutek społecznego podziału pracy,
- wykonywanych przez poszczególne osoby,
- stanowiących podstawowe źródło dochodu.

Są to części wspólne poszczególnych definicji. Natomiast rozbieżność można zauważyć w pozostałych ich fragmentach:

- wymagających odpowiednich kwalifikacji i kompetencji (wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych),
- wymagających odpowiednich kompetencji (wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych),
- wymagającej odpowiedniej wiedzy.

Problemem jest to, że nie są to tożsame kategorie, mające różną pojemność, co powoduje niejednoznaczność rozumienia pojęcia „zawód”. Biorąc pod uwagę istotne cechy wyznaczające zakres jego znaczenia, na potrzeby analizy przyjęto definicję zawartą w Klasyfikacji Zawodów i Specjalności¹⁶³, według której zawód to źródło dochodów i oznacza zestaw zadań (czynności) wyodrębnionych w wyniku społecznego podziału pracy, wymagających kompetencji nabytych w toku uczenia się lub praktyki.

Zawody mogą być dzielone według różnych kryteriów. Na potrzeby analizy przy opisie kwalifikacji wykorzystano podział na zawody regulowane oraz nieobjęte regulacją (tzw. nieregulowane). Zawody regulowane to takie, których wykonywanie dozwolone jest tylko

¹⁶⁰ Krzysztof Symela, Ireneusz Woźniak, Jak tworzyć informacje o zawodach funkcjonujących na rynku pracy?, Warszawa 2018.

¹⁶¹ Maciej Gruza, Teresa Hordyjewicz, Klasyfikacja zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy. Tworzenie i stosowanie, Warszawa 2014.

¹⁶² Zdzisław Wołk, Zawodoznawstwo. Wiedza o współczesnej pracy, Warszawa 2013.

¹⁶³ Klasyfikacja zawodów i specjalności stanowiąca załącznik do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (t.j. Dz.U. 2014 poz. 1145).

po spełnieniu wymogów określonych przepisami prawnymi¹⁶⁴. Z kolei zawody nieregulowane to takie, które nie znajdują się w bazie zawodów regulowanych.

Kwalifikacje to „zestaw efektów uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych, nabytych w edukacji formalnej, edukacji pozaformalnej lub poprzez uczenie się nieformalne, zgodnych z ustalonymi dla danej kwalifikacji wymaganiami, których osiągnięcie zostało sprawdzone w walidacji oraz formalnie potwierdzone przez uprawniony podmiot certyfikujący”¹⁶⁵. Stanowią więc formalne potwierdzenie realizacji założonych w programie kształcenia efektów uczenia się zgodnych z ustalonymi standardami, których osiągnięcie zostało formalnie potwierdzone przez upoważnioną instytucję. Tak więc jest to formalne potwierdzenie zdobycia wiedzy związanej z zawodem oraz nabytych umiejętności zawodowych. Według Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji jest to zestaw efektów uczenia się w zakresie wiedzy i umiejętności, których osiągnięcie zostało formalnie potwierdzone przez upoważnioną do tego instytucję¹⁶⁶. Kwalifikacje są tym, czego można się nauczyć, aby wykonywać zawód. Miarą posiadanych kwalifikacji są dokumenty, które formalnie potwierdzają ich zdobycie, co często wiąże się lub jest jednoznaczne z uprawnieniami do wykonywania danego zawodu.

Reasumując, na potrzeby analizy przyjęto, że kwalifikacje to zgodnie z ustalonymi standardami zestaw efektów uczenia się, których osiągnięcie zostało formalnie potwierdzone przez upoważnioną instytucję.

Umiejętności to praktyczna znajomość, biegłość czegoś¹⁶⁷. Józef Penc definiuje umiejętności jako względnie trwałą zdolność do zastosowania profesjonalnej wiedzy w sposób praktyczny w celu uzyskania pożądanego rezultatu w danej sytuacji działania¹⁶⁸.

Z kolei Zdzisław Chlewiński określa umiejętności jako dyspozycje do efektywnego przeprowadzenia zespołu zorganizowanych czynności poznawczych lub poznawczo-motorycznych, mających na celu zrealizowanie określonego, zwykle złożonego zadania¹⁶⁹. Według Europejskiej Ramy Kwalifikacji (ERK) i Polskiej Ramy Kwalifikacji (PKR) umiejętności definiowane są jako zdolność do stosowania wiedzy i korzystania z *know-how* w celu wykonywania zadań i rozwiązywania problemów¹⁷⁰. Mogą one być określane jako kognitywne (obejmujące myślenie logiczne, intuicyjne i kreatywne) oraz praktyczne (odnoszące się do sprawności i korzystania z metod, materiałów, narzędzi i instrumentów)¹⁷¹.

¹⁶⁴ Wykaz zawodów regulowanych zawiera rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 lutego 2017 r. w sprawie wykazu zawodów regulowanych i działalności regulowanych, przy wykonywaniu których usługodawca posiada bezpośredni wpływ na zdrowie lub bezpieczeństwo publiczne, w przypadku których można wszcząć postępowanie w sprawie uznania kwalifikacji (t.j. Dz.U. 2024 poz. 170).

¹⁶⁵ Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (t.j. Dz.U. 2016 poz. 64 ze zm.).

¹⁶⁶ [Czym są kwalifikacje, Zintegrowany System Kwalifikacji](#) (dostęp: 11.06.2024).

¹⁶⁷ Słownik języka polskiego, hasło: Umiejętność, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/umiej%C4%99t%C5%9B%C4%87.html> (dostęp: 11.06.2024).

¹⁶⁸ Józef Penc, Menedżer w uczącej się organizacji, Łódź 2000.

¹⁶⁹ Zdzisław Chlewiński, Kształtowanie się umiejętności poznawczych, (w:) Maria Majerska, Tadeusz Tyszka (red.), Psychologia i poznanie, Warszawa 1992, s. 161.

¹⁷⁰ [Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 kwietnia 2008 r. W sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie](#) (dostęp: 12.06.2024)

¹⁷¹ [Kwalifikacje kompetencje umiejętności](#), Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi (dostęp: 11.06.2024).

Umiejętności to coś, czego można się nauczyć. Nabywane są one poprzez uczenie się, poznawanie nowych rzeczy, doświadczenie w drodze formalnej i pozaformalnej edukacji, praktyki zawodowej czy też samokształcenia. Przejawiają się w praktycznym zastosowaniu wcześniej zdobytej wiedzy.

Na potrzeby analizy przyjęto, że umiejętności to zdolność do stosowania wiedzy i korzystania z wiedzy fachowej w celu wykonywania zadań (czynności) i rozwiązywania problemów.

Umiejętności – obok postaw i wiedzy – to kompetencje, które pozwalają efektywnie wykonywać powierzone zadania lub rozwiązywać problemy w sytuacjach zawodowych oraz osiągać cele na danym stanowisku. Dzielą się one na kompetencje twarde i kompetencje miękkie. Kompetencje twarde obejmują wiedzę i umiejętności mierzalne niezbędne do wykonywania określonego zawodu, nabywane są w systemie edukacji czy też w pracy i można je łatwo zweryfikować. Kompetencje miękkie to umiejętności osobiste oraz umiejętności interdyscyplinarne (psychospołeczne), które odnoszą się do zdolności komunikowania współpracy, rozwiązywania problemów i zarządzania emocjami. Można je rozwijać i doskonalić przez całe życie. Mają charakter uniwersalny i mogą być stosowane w różnych obszarach pracy zawodowej. Proces ich rozwijania jest bardziej złożony, są trudne do weryfikowania i podlegają subiektywnej ocenie.

2.5.2. Zawody, kwalifikacje i umiejętności związane ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym

Zdefiniowanie i sklasyfikowanie usług medycznych i opiekuńczych skierowanych do osób starszych pozwala wyodrębnić związane z tym kluczowe zawody, kwalifikacje i umiejętności.

Pierwszą grupę stanowią zawody medyczne, uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych. Wykonują je osoby legitymujące się nabyciem odpowiednich kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w wyznaczonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny¹⁷². Zawody medyczne uregulowane są przepisami prawnymi, jakie określają: 1) zadania zawodowe, do wykonywania których są uprawnione osoby wykonujące te zawody; 2) wymagania i kwalifikacje niezbędne do wykonywania zawodu medycznego; 3) 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; 4) kodeks etyki i deontologii medycznej dla osób wykonujących zawód medyczny.

Do zawodów medycznych, które będą najbardziej obciążone starzeniem się społeczeństwa, należą przede wszystkim: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, opiekun medyczny. Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobieganiu im, leczenia i rehabilitacji chorych,

¹⁷² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2024 poz. 799).

udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich¹⁷³. Z perspektywy świadczenia usług zdrowotnych osobom starszym lekarzy można podzielić na trzy grupy:

- lekarze podstawowej opieki zdrowotnej: rodzinni oraz interniści. Stanowią oni trzon opieki podstawowej nad osobami starszymi. Ich zadaniem jest pełnienie bezpośredniego nadzoru nad zdrowiem, prowadzenie leczenia przewlekłych schorzeń pacjentów, dokonywanie diagnostyki nowych dolegliwości, monitorowanie przebiegu chorób przewlekłych i inne;
- lekarze specjaliści, którzy w swojej praktyce prowadzą dużą część schorzeń charakterystycznych dla osób starszych w dziedzinach kardiologii, onkologii, neurologii, hipertensjologii, psychiatrii i innych;
- lekarze specjaliści, geriatrzy, których zakres merytoryczny kształcenia przygotowuje do pracy z osobami starszymi.

Wykonywanie zawodu lekarza wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji. Kwestie te reguluje ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹⁷⁴. Szczegółowo zostało to określone w rozdziale 2: Prawo wykonywania zawodu. Osobom spełniającym warunki okręgowa rada lekarska przyznaje prawo do wykonywania zawodu lekarza. Szkolenie specjalizacyjne w określonej dziedzinie medycyny jest szkoleniem modułowym i składa się z:

- modułu podstawowego, odpowiadającego podstawowemu zakresowi wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z danej dziedziny medycyny lub wspólnego dla pokrewnych dziedzin medycyny, oraz
- modułu specjalistycznego, odpowiadającego profilowi specjalizacji, w którym lekarz może kontynuować szkolenie specjalizacyjne po ukończeniu określonego modułu podstawowego, albo
- modułu jednolitego, właściwego dla danej specjalizacji – z uwzględnieniem nowoczesnych metod dydaktycznych, w tym z możliwością ich realizacji w symulowanych warunkach klinicznych.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej to lekarz, który:

- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej albo
- posiada specjalizację drugiego stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo
- posiada specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej – z którym Narodowy Fundusz zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrany przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9. Prawo wyboru świadczeniodawcy z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹⁷⁵.

¹⁷³ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1516 ze zm.).

¹⁷⁴ Ibidem. Oprócz tego: rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 29 września 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (t.j. Dz.U. 2023 poz. 2152).

¹⁷⁵ Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2022 poz. 2527).

Ponadto lekarzem POZ jest także lekarz: posiadający specjalizację pierwszego stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub posiadający specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych – udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r., pod warunkiem ukończenia kursu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁷⁶.

Lekarz specjalista to lekarz posiadający specjalizację lekarską, czyli kwalifikacje w określonej dziedzinie medycyny. W zależności od wyboru specjalizacji czas szkolenia może trwać od 4 lat (np. medycyna rodzinna, okulistyka) lub do lat 8 (np. ginekologia onkologiczna). Może być nim też lekarz posiadający tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny, który zrealizował program specjalizacji właściwy dla lekarza posiadającego odpowiednią specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny albo zrealizował i zaliczył odpowiedni moduł podstawowy¹⁷⁷.

Lekarz geriatra to lekarz posiadający specjalizację lekarską z zakresu geriatry. Czas szkolenia specjalizacyjnego trwa 5 lat. Obejmuje moduł podstawowy – choroby wewnętrzne (2 lata) oraz moduł specjalistyczny. Czas trwania modułu specjalistycznego w zakresie geriatry dla lekarzy, którzy zrealizowali i zaliczyli moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych, wynosi 3 lata.

Lekarzem geriatrą może też być lekarz, który uzyskał tytuł specjalisty geriatry – lekarz, który posiada specjalizację pierwszego stopnia: choroby wewnętrzne lub posiada specjalizację drugiego stopnia, lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny: choroby wewnętrzne, medycyna ogólna, medycyna rodzinna, neurologia¹⁷⁸.

Szczególne znaczenie w opiece medycznej nad osobami starszymi mają lekarze geriatry, którzy posiadają zarówno typowe, jak i specyficzne umiejętności z zakresu opieki medycznej. Są one niezbędne do rozpoznania stanu zdrowia, stanu funkcjonalnego i psychicznego, a także środowiska socjalno-społecznego osoby starszej, jak również ustalenia konkretnego długoterminowego planu postępowania z chorym¹⁷⁹.

Lekarz geriatra powinien odznaczać się szeroką wiedzą z zakresu problemów geriatrycznych związanych między innymi z wielochorobowością, upadkami w starszym wieku, ich przyczynami, następstwami i zapobieganiem, osteoporozą i ryzykiem złamań, zaburzeniem funkcji poznawczych i zachowania, zaburzeniem mobilności, zawrotami głowy i zaburzeniem równowagi. Oprócz tego powinien posiadać wiedzę na temat kardiologii geriatrycznej, chorób

¹⁷⁶ Ibidem.

¹⁷⁷ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (t.j. Dz.U. 2023 poz. 975).

¹⁷⁸ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. 2023 poz. 975); [Program specjalizacji w dziedzinie GERIATRII \(moduł podstawowy i moduł specjalistyczny\) dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji pierwszego lub drugiego stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny](#) (dostęp: 8.04.2024).

¹⁷⁹ Marzena Dubiel, Alicja Klich-Rączka, Specyficzne potrzeby lecznicze osób starszych a kształcenie geriatrów. Dlaczego geriatryka jest specjalizacją ważną i dlaczego ciągle brakuje geriatrów?, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2011, nr 1, s. 184.

ptuc, chorób układu moczowo-płciowego, chorób układu pokarmowego, chorób metabolicznych i gruczołów wydzielania wewnętrznego, chorób hematologicznych w starszym wieku, chorób układu mięśniowo-szkieletowego, chorób skóry w starości, chorób narządu wzroku i słuchu, zaburzeń neurologicznych w starszym wieku, zaburzeń psychicznych w starszym wieku, problemów chirurgicznych w starszym wieku, rehabilitacji w starszym wieku, farmakologii geriatrycznej, ostrych stanów zagrożenia życia w geriatry, problemów komunikacji z pacjentem w starszym wieku, a także szczególnych problemów w geriatry, związanych między innymi z całościową oceną geriatryczną, nieprawidłowościami w leczeniu osób starszych, jakością życia pacjenta w starszym wieku, zagrożeniami związanymi z hospitalizacją, opieką paliatywną, opieką nad chorym umierającym, a także organizacją i formami opieki geriatrycznej¹⁸⁰.

Drugą grupę zawodową realizującą świadczenia skierowane do osób starszych stanowią pielęgniarki. Wykonywanie zawodu pielęgniarki wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji¹⁸¹. Aktualnie minimalne kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki to ukończone studia wyższe pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka¹⁸². W przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki w POZ wymagane jest:

- posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
- odbyte szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
- odbyty kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
- posiadany przez daną osobę tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z jakim Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrany przez świadczeniobiorcę (zgodnie z art. 9. Prawo wyboru świadczeniodawcy z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹⁸³).

Ponadto pielęgniarką POZ jest także pielęgniarka, która:

- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo
- ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki

¹⁸⁰ [Program specjalizacji w dziedzinie GERIATRII...](#)

¹⁸¹ Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. 2022 poz. 2702 ze zm.); 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.).

¹⁸² 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).

¹⁸³ Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2022 poz. 2527).

długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo

- odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
- odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed 31 grudnia 2024 roku¹⁸⁴.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia do zadań zawodowych realizowanych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej należy zaliczyć¹⁸⁵:

- świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, które obejmują przede wszystkim rozpoznawanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym, rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych, prowadzenie edukacji zdrowotnej, prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia, realizację programów zdrowotnych, działania profilaktyczne u osób z grup ryzyka zdrowotnego, a także organizację grup wsparcia;
- świadczenia pielęgnacyjne, które związane są zwłaszcza z realizacją opieki pielęgnacyjnej w różnych stanach zdrowia i choroby, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, a także przygotowanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności;
- świadczenia diagnostyczne, które obejmują między innymi przeprowadzanie wywiadów środowiskowych, wykonywanie badań fizykalnych, wykonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych, ich ocenę oraz interpretację, ocenę ogólnego stanu pacjenta i procesu jego zdrowienia, ocenę jakości życia, wykonywanie testów diagnostycznych, pobieranie materiału do badań diagnostycznych, ocenę i monitorowanie bólu, a także ocenę wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny;
- świadczenia lecznicze, które związane są przede wszystkim z: udzielaniem pierwszej pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego i w nagłych zachorowaniach, podawaniem leków zleconych przez lekarza, zakładaniem opatrunków, cewnikowaniem pęcherza moczowego, zdejmowaniem szwów, wykonywaniem inhalacji, ustalaniem diety w żywieniu przewlekłe chorych, doborem technik karmienia w zależności od stanu zdrowia pacjenta, a także doraźną modyfikacją dawki leków przeciwbólowych w uzgodnieniu z lekarzem;
- świadczenia rehabilitacyjne, które obejmują zwłaszcza rehabilitację przyłóżkową, usprawnianie ruchowe, drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej, prowadzenie ćwiczeń ogólnousprawniających, a także ułożenie i przemieszczanie chorego w łóżku.

¹⁸⁴ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 814).

¹⁸⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki/pielęgniarsza podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2019 poz. 2335 ze zm.).

Szczególne znaczenie dla świadczenia usług osobom starszym mają pielęgniarki ze specjalizacją geriatryczną, rodzinną, zachowawczą oraz z opieki paliatywnej i długoterminowej. Wynika to ze specyfiki pracy z osobami starszymi, które oprócz wielochorobowości i polipragmazji często posiadają również różnego stopnia zaburzenia zachowania, wymagające specyficznych umiejętności pielęgniarskich. Zdobywane są one w trakcie szkoleń specjalizacyjnych, a także podczas kursów kwalifikacyjnych. Celem szkolenia specjalizacyjnego jest zdobycie przez pielęgniarkę specjalistycznej wiedzy z zakresu geriatry i pielęgniarstwa geriatrycznego oraz uzyskanie wysokich kwalifikacji w dziedzinie pielęgnowania osób w podeszłym wieku, umożliwiających zapewnienie profesjonalnej opieki geriatrycznej i uzyskanie tytułu specjalisty w tej dziedzinie¹⁸⁶.

Trzecią grupę stanowią fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni, a także terapeuci zajęciowi. Głównym zadaniem fizjoterapeutów jest przywrócenie i utrzymanie jak największej samodzielności osób starszych. Odpowiednio wczesne rozpoczęcie, systematyczność oraz długofalowość procedur fizjoterapeutycznych u osób starszych są także najlepszym sposobem na poprawę jakości ich życia, to jest stanu emocjonalnego, poziomu lęku, stanu psychicznego, samooceny. Może stanowić także istotny element profilaktyki oraz opóźniania procesu starzenia się, a także zmniejszania ryzyka wystąpienia u nich chorób przewlekłych¹⁸⁷.

Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji oraz uzyskanego uprawnienia do wykonywania zawodu przyznawane przez Krajową Radę Fizjoterapeutów. Kwalifikacje to:

- ukończenie 5-letnich studiów wyższych w zakresie fizjoterapii rozpoczętych po 1 października 2017 roku (tytuł zawodowy magistra) oraz zdanie z wynikiem pozytywnym Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego (PEF) albo
- studia przygotowujące do wykonywania zawodu fizjoterapeuty, prowadzone zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, rozpoczętych po roku akademickim 2018/2019, albo
- studia wyższe pierwszego stopnia z zakresu fizjoterapii rozpoczęte po 30 września 2012 roku i przed 1 października 2017 roku, zakończone uzyskaniem tytułu licencjata lub dodatkowo odbycie studiów wyższych drugiego stopnia w zakresie fizjoterapii, zakończone uzyskaniem tytułu magistra, albo
- studia wyższe rozpoczęte po 31 grudnia 1997 roku na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach, i uzyskanie tytułu licencjata lub magistra na tym kierunku, albo
- studia wyższe rozpoczęte przed 1 stycznia 1998 roku na kierunku rehabilitacja ruchowa lub rehabilitacja, zakończone uzyskaniem tytułu magistra na tym kierunku, albo
- studia wyższe rozpoczęte przed 1 stycznia 1998 roku w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończona specjalizacja pierwszego lub drugiego stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, albo

¹⁸⁶ Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, [Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego](#) (dostęp: 13.04.2024).

¹⁸⁷ Aleksandra Szabert, Rola fizjoterapii w długoterminowej opiece geriatrycznej, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej / Long-Term Care Nursing” 2016, nr 3, s. 47.

- studia wyższe rozpoczęte przed 1 stycznia 1980 roku na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończona w ramach studiów 2-letnia specjalizacja z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej, potwierdzona legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, albo
- studia wyższe rozpoczęte przed 1 stycznia 1980 roku na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskany tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończony 3-miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji zgodnie z przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej i Sportu, albo
- ukończenie przed 31 maja 2016 roku policealnej szkoły publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika fizjoterapii¹⁸⁸.

W przypadku fizjoterapeuty wymogi kwalifikacyjne są zróżnicowane w zależności od okresu ich uzyskania ze względu na zmiany, jakie były wprowadzane przepisami w tym zakresie.

Fizjoterapeuta udziela świadczeń zdrowotnych w celu usprawniania pacjenta, wykonując zabiegi (między innymi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii, masażu leczniczego, terapii manualnej) w procesie leczenia zachowawczego i profilaktyki. Nadzoruje lub/i prowadzi postępowanie fizjoterapeutyczne, stosując metody diagnostyki funkcjonalnej, obrazowej oraz terapii obejmującej. Dokonuje oceny stanu klinicznego w aspekcie przeciwwskazań do terapii. Pomaga pacjentowi w doborze wyrobów medycznych oraz posługiwania się nimi. Prowadzi też działalność fizjoprofilaktyczną mającą na celu popularyzowanie zachowań prozdrowotnych oraz kształtowanie i podtrzymywanie sprawności i wydolności osób w różnym wieku.

Biorąc pod uwagę rosnące potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, rozszerzono zakres zawodów medycznych między innymi o zawód terapeuty zajęciowego oraz opiekuna medycznego¹⁸⁹. Do wykonywania tych zawodów jako zawodów medycznych będą uprawnione osoby, które zostaną wpisane do Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego¹⁹⁰.

Ponadto ustawa wprowadza obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego. Może on być realizowany w ramach kształcenia podyplomowego (szkolenie specjalizacyjne lub kurs kwalifikacyjny) lub doskonalenia zawodowego (kurs doskonalący lub samokształcenie). Ma to polegać na zdobywaniu punktów za każdą formę doskonalenia w okresach 5-letnich, z których pierwszy rozpocznie się od początku roku, po którym osoba została wpisana do rejestru.

Terapeuta zajęciowy wykonuje czynności zawodowe w zakresie diagnozy w ramach terapii zajęciowej, prowadzenia indywidualnej i grupowej terapii zajęciowej, oceny jej efektów oraz organizowania działań terapeutycznych mających na celu poprawę funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego oraz integracji społecznej i zawodowej osób nimi objętych. W swojej praktyce wykorzystuje różnorodne formy aktywności dostosowane

¹⁸⁸ Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1213 ze zm.).

¹⁸⁹ Jest to wynikiem wejścia w życie z dniem 26 marca 2024 roku przepisów ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1972).

¹⁹⁰ Osoby, które w dniu 26 marca 2024 roku spełniały warunki uprawniające do uzyskania wpisu do rejestru, mogą wykonywać zawód medyczny do 26 marca 2025 roku bez uzyskania wpisu. Po tym dniu nie będą mogły pracować w zawodzie do czasu uzyskania wpisu do rejestru.

do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjentów. Działania te mogą obejmować zarówno ćwiczenia ruchowe, jak i zajęcia artystyczne, które pomagają w usamodzielnianiu się.

Wykonywanie zawodu terapeuty zajęciowego wymaga zdobycia określonych kwalifikacji¹⁹¹, wśród których są:

- 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 terapeuta zajęciowy, lub
- rozpoczęcie przed dniem 1 września 2019 roku szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego terapeuta zajęciowy lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuta zajęciowy, lub
- ukończenie przed dniem wejścia w życie ustawy szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego w zawodzie instruktor terapii zajęciowej.

Ostatni ze wskazanych zawodów medycznych, opiekun medyczny, wykonuje czynności zawodowe w zakresie medyczno-pielęgnacyjnym i opiekuńczym. Zajmuje się zaspokajaniem podstawowych potrzeb biologicznych, psychicznych oraz społecznych osób wymagających opieki, między innymi: organizuje i wykonuje czynności higienicznych oraz wybranych czynności opieki pielęgnacyjnej; rozpoznaje problemy funkcjonalne oraz potrzeby biologiczne i psychospołeczne pacjenta w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku; wykonuje pomiary antropometryczne, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu, saturacji krwi; zachęca pacjenta do samoopieki, wskazując na jego zasoby biologiczne i psychiczne oraz znaczenie każdej aktywności w terapii i profilaktyce; udziela wsparcia emocjonalnego i informacyjnego pacjentowi w sytuacjach trudnych; współpracuje z pielęgniarkami i lekarzami oraz innym personelem zatrudnionym w podmiotach leczniczych lub jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej i inne.

Wykonywanie zawodu opiekuna medycznego wymaga określonych kwalifikacji¹⁹², wśród których są:

- 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

¹⁹¹ Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1972).

¹⁹² Ibidem.

potwierdzającego kwalifikacje zawodowe 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 kwalifikacje zawodowe 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 kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny.

W związku z wpisaniem opiekuna medycznego do zawodów medycznych możliwość wykonywania zawodu opiekuna medycznego uwarunkowane jest wpisem do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego¹⁹³.

Zawody świadczące usługi medyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej są ściśle uregulowane. Nie ma znaczenia, czy wykonujące je osoby świadczą je w ramach stosunku pracy, czy prowadzonej działalności gospodarczej – wymogi kwalifikacyjne są ściśle określone. Dotyczy to też zakresu obowiązków, jak i umiejętności zawodowych uzyskanych w systemie kształcenia.

Inaczej sytuacja wygląda w przypadku świadczenia usług poza systemem opieki zdrowotnej. Można tu wyróżnić takie grupy, jak¹⁹⁴:

- opiekunowie zatrudnieni w publicznych placówkach pomocy społecznej;
- opiekunowie zatrudnieni w niepublicznych pozarządowych organizacji i 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.

Wobec wskazanych bezpośrednich dostawców usług opiekuńczych nie ma ujednoczonych wymogów dotyczących ich kwalifikacji i umiejętności. Wymogi te są określone dla osób świadczących wskazane usługi w ramach systemu opieki społecznej. Wśród zawodów opiekuńczych związanych ze świadczeniem usług na rzecz osób starszych należy wymienić:

- opiekuna osoby starszej,
- opiekuna w domu pomocy społecznej,
- asystenta osoby niepełnosprawnej,
- opiekunkę środowiskową,
- pracownika socjalnego.

¹⁹³ Osoby, które posiadają uprawnienia zawodowe, muszą zarejestrować się do 25 września 2024 roku, a bez wpisu mogą pracować w zawodzie nie dłużej niż do 25 marca 2025 roku.

¹⁹⁴ Jerzy Krzykowski, Usługi opiekuńcze dla ludzi starych...

Obowiązki opiekuna osoby starszej są następujące: świadczy on osobom starszym usługi opiekuńczo-wspierające; rozpoznaje możliwości oraz ograniczenia w funkcjonowaniu osoby starszej wynikające z rodzaju i stopnia niepełnosprawności; rozpoznaje i interpretuje sytuacje społeczne, warunki życia, relacje z rodziną, grupą i środowiskiem lokalnym osoby starszej; dobiera metody, techniki, narzędzia i formy realizacji działań opiekuńczo-wspierających do sytuacji życiowej, stanu zdrowia, rozpoznanych problemów i potrzeb osoby starszej; udziela wsparcia emocjonalnego i aktywizuje osoby starsze do samodzielności życiowej w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności; nawiązuje, podtrzymuje i rozwija współpracę z podmiotami działającymi na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym.

Do wykonywania zawodu opiekuna osoby starszej niezbędne jest posiadanie odpowiednich kwalifikacji, to jest:

- ukończenie szkoły policealnej (2-letni okres nauczania) w zakresie kwalifikacji SPO.02. Świadczenie usług opiekuńczo-wspierających osobie starszej lub ukończenie szkoły średniej lub średniej branżowej i ukończenie kwalifikacyjnego kursu zawodowego w zakresie kwalifikacji SPO.02;
- uzyskanie dokumentu potwierdzającego nadanie kwalifikacji (świadectwa potwierdzającego kwalifikację w zawodzie).

Opiekun w domu pomocy społecznej stymuluje rozwój i aktywizuje osoby przebywające w domu pomocy społecznej oraz wykorzystuje w tym celu różnorodne metody i narzędzia rehabilitacji lub terapii; aktywnie włącza się i wzmacnia profesjonalne działania w zakresie realizacji indywidualnego planu pracy i pomocy osobie przebywającej w domu pomocy społecznej lub innej instytucji opiekuńczej.

Wykonywanie zawodu opiekuna w domu pomocy społecznej wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji, to jest:

- ukończenie szkoły policealnej w zakresie kwalifikacji SPO.03. Świadczenie usług opiekuńczo-wspierających osobie podopiecznej lub ukończenie szkoły średniej lub średniej branżowej i ukończenie kwalifikacyjnego kursu zawodowego w zakresie kwalifikacji SPO.03;
- uzyskanie dokumentu potwierdzającego nadanie kwalifikacji (świadectwa potwierdzającego kwalifikację w zawodzie).

Asystent osoby niepełnosprawnej ułatwia osobie z niepełnosprawnością wykonywanie codziennych czynności, pomaga jej w uzyskaniu jak największej samodzielności oraz współpracuje z instytucjami i organizacjami społecznymi w celu zapewnienia optymalnych warunków do samodzielnej rehabilitacji; wspiera osoby niepełnosprawne w realizacji programu rehabilitacji społecznej i zawodowej.

Wykonywanie zawodu asystenta osoby niepełnosprawnej wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji, to jest:

- ukończenia szkoły policealnej (roczny okres nauczania) w zakresie kwalifikacji SPO.01. Udzielanie pomocy i organizacja wsparcia osobie niepełnosprawnej lub ukończenia szkoły średniej lub średniej branżowej i ukończenia kwalifikacyjnego kursu zawodowego w zakresie kwalifikacji;

- uzyskania dokumentu potwierdzającego nadanie kwalifikacji (świadectwa potwierdzającego kwalifikację w zawodzie).

Opiekunka środowiskowa udziela pomocy i świadczy usługi opiekuńcze osobom przewlekle chorym, samotnym i niesamodzielnym, które nie mają dostatecznego wsparcia ze strony rodziny lub innych osób z najbliższego otoczenia. W ramach świadczonych usług opiekuńczych pomaga w codziennym życiu, dba o zdrowie i higienę osobistą, prowadzi najprostsze ćwiczenia rehabilitacyjne, udziela pierwszej pomocy w przypadkach zagrożenia zdrowia i życia, motywuje do aktywnego spędzania czasu wolnego i rozwijania zainteresowań podopiecznego, doradza w planowaniu i organizacji gospodarstwa domowego, kontaktuje się z instytucjami, inicjuje pozytywne relacje międzyludzkie w najbliższym otoczeniu podopiecznego, a zwłaszcza z członkami jego rodziny.

Wykonywanie zawodu opiekunki środowiskowej wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji, to jest:

- ukończenia szkoły policealnej w zakresie kwalifikacji SPO.05. Świadczenie usług opiekuńczych lub ukończenie szkoły średniej lub średniej branżowej i ukończenia kwalifikacyjnego kursu zawodowego w zakresie kwalifikacji SPO.05;
- uzyskania dokumentu potwierdzającego nadanie kwalifikacji (świadectwa potwierdzającego kwalifikację w zawodzie).

Pracownik socjalny: dokonuje analizy, diagnozy i oceny zjawisk indywidualnych i społecznych, a także formułuje opinie w zakresie zapotrzebowania na świadczenia z pomocy społecznej oraz kwalifikuje do uzyskania tych świadczeń; udziela informacji, wskazówek, porad i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw życiowych osobom, rodzinom, grupom i społecznościom, które dzięki tej pomocy będą zdolne samodzielnie rozwiązywać problemy będące przyczyną ich trudnej sytuacji lub zaspokajać niezbędne potrzeby życiowe; pomaga w uzyskaniu dla osób lub rodzin będących w trudnej sytuacji życiowej specjalistycznego poradnictwa, terapii lub innych form pomocy w zakresie możliwości rozwiązywania problemów przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe; udziela pomocy zgodnie z zasadami etyki zawodowej; pobudza społeczną aktywność i inspiruje do działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i środowisk społecznych; współpracuje i współdziała z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania problemów oraz skutków negatywnych zjawisk społecznych, łagodzenie konsekwencji ubóstwa; inicjuje nowe formy pomocy osobom i rodzinom mającym trudną sytuację życiową oraz inspiruje powołania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich osób i rodzin; współuczestniczy w inspirowaniu, opracowaniu, wdrożeniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia; inicjuje lub współuczestniczy w działaniach profilaktycznych nakierowanych na zapobieganie lub łagodzenie problemów społecznych¹⁹⁵.

¹⁹⁵ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1283).

Wykonywanie zawodu pracownika socjalnego wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji. Pracownikiem socjalnym może być osoba, która spełnia co najmniej jeden z niżej wymienionych warunków¹⁹⁶:

- ukończone pomaturalne kolegium pracowników służb społecznych kształcącym w zawodzie pracownik socjalny;
- ukończone studia wyższe pierwszego lub drugiego stopnia na kierunku praca socjalna lub w zakresie pracy socjalnej;
- ukończone do dnia 31 grudnia 2013 roku studia wyższe o specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego na jednym z kierunków: pedagogika, pedagogika specjalna, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia, nauki o rodzinie;
- ukończone studia podyplomowe z zakresu metodyki i metodologii pracy socjalnej w uczelni realizującej studia na kierunku praca socjalna lub w zakresie pracy socjalnej, po uprzednim ukończeniu studiów na jednym z kierunków, o których mowa w pkt 3 ustawy o pomocy społecznej¹⁹⁷.

Przedstawione wymagania kwalifikacyjne związane są ze świadczeniem określonego rodzaju usług opiekuńczych w systemie publicznej pomocy społecznej. Biorąc pod uwagę, że część usług na rzecz osób starszych realizowana jest poza publicznym systemem (np. w rodzinie), usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym zgodnie z prawem mogą być świadczone bez wykształcenia kierunkowego, na różnych stanowiskach, a w przypadku świadczenia ich na rzecz członków rodzin często nie są postrzegane w kategoriach pracy zawodowej. Jest to wynikiem 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 usługi¹⁹⁸”.

¹⁹⁶ Ibidem.

¹⁹⁷ Pkt 3. Szkolenie w zakresie specjalizacji w zawodzie pracownika socjalnego mogą realizować jednostki prowadzące kształcenie lub doskonalenie zawodowe po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego.

¹⁹⁸ Zofia Szwed-Lewandowska, Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi, „Studia Ekonomiczne” 2014, nr 179, s. 72.

3. Podmioty świadczące usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym w województwie podlaskim

3.1. Podmioty świadczące usługi medyczne osobom starszym w województwie podlaskim

Usługi medyczne i opiekuńcze w ramach opieki zdrowotnej realizowane są zarówno na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W roku 2023 osobom w wieku 65 lat i więcej udzielono 35% porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej z 5,4 miliona ogółem dla województwa podlaskiego (czyli około 1,89 miliona), 16,1% z 1,1 miliona porad w ramach opieki stomatologicznej (około 0,18 miliona) oraz 30,3% z 4 milionów (1,2 miliona) porad w ramach specjalistycznej opieki lekarskiej. W strukturze udzielonych porad osobom starszym najwyższy udział stanowiły porady w ramach POZ, a najniższy przypadł poradom stomatologicznym.

W województwie podlaskim znaczną grupę odbiorców usług świadczonych przez poradnie specjalistyczne stanowią osoby w wieku 65 lat i więcej (tabela 5).

Tabela 5. Udział osób w wieku 65 lat i więcej w ludności ogółem województwa podlaskiego objętych specjalistyczną opieką zdrowotną w wybranych poradniach w 2023 roku

Poradnia	Liczba osób objętych specjalistyczną opieką zdrowotną (w tysiącach)	Udział osób w wieku 65 lat i więcej (w %)
Onkologiczna	52,9	48,2
Okulistyczna	110,0	40,6
Kardiologiczna	133,6	50,9
Gruźlicy i chorób płuc	41,4	46,4
Dermatologiczna	38,0	22,9
Neurologiczna	82,1	34,8
Chirurgiczna	185,4	29,4
Otolaryngologiczna	51,6	27,5
Chorób wewnętrznych	2,8	10,4
Alergologiczna	7,4	5,1
Ginekologiczna	47,8	11,8
Zdrowia psychicznego	47,9	21,0

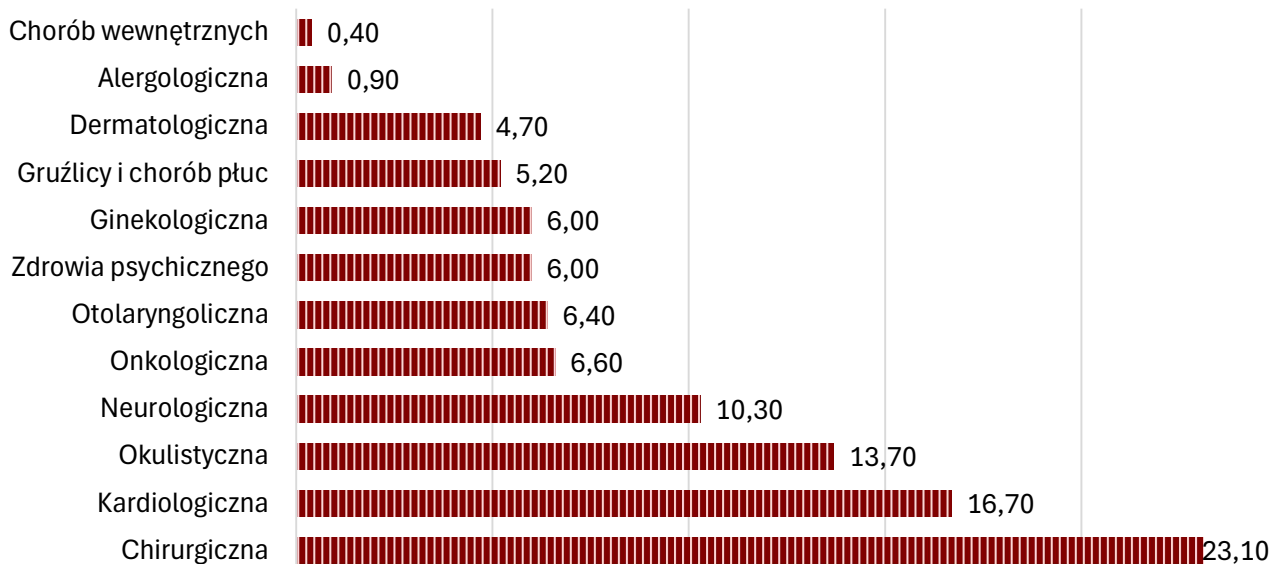
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W województwie podlaskim najwięcej osób objętych specjalistyczną opieką zdrowotną jest w ramach poradni chirurgicznej, kardiologicznej oraz okulistycznej. Wysoka też była ich liczba korzystających z poradni neurologicznej. Natomiast najmniej w poradni alergicznej i chorób wewnętrznych. Natomiast jeżeli weźmie się pod uwagę udział osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie osób korzystających z poszczególnych poradni, to największy udział dotyczył specjalistycznej opieki zdrowotnej w poradniach kardiologicznej (50,9%), onkologicznej (48,2%), gruźlicy i chorób płuc (46,4%), okulistycznej (40,6%) oraz neurologicznej (34,8%), natomiast

najmniejszy w poradni ginekologicznej (11,8%), chorób wewnętrznych (10,4%) i alergicznej (5,1%).

Osoby w wieku 65 lat i więcej w różnym zakresie korzystają z poradni specjalistycznych w województwie podlaskim, na co wskazuje też struktura specjalistycznej opieki zdrowotnej w wybranych poradniach (wykres 1).

Wykres 1. Struktura specjalistycznej lekarskiej opieki zdrowotnej w wybranych poradniach osób w wieku 65 lat i więcej w województwie podlaskim w 2023 roku (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższy odsetek pacjentów w wieku 65 lat i więcej w województwie podlaskim podlega opiece poradni chirurgicznych (23,1%). Kolejne to opieka kardiologiczna (16,7%), okulistyczna (13,7%) oraz neurologiczna (10,3). Najmniej, poniżej 1%, leczą się w poradniach chorób wewnętrznych i alergologicznych.

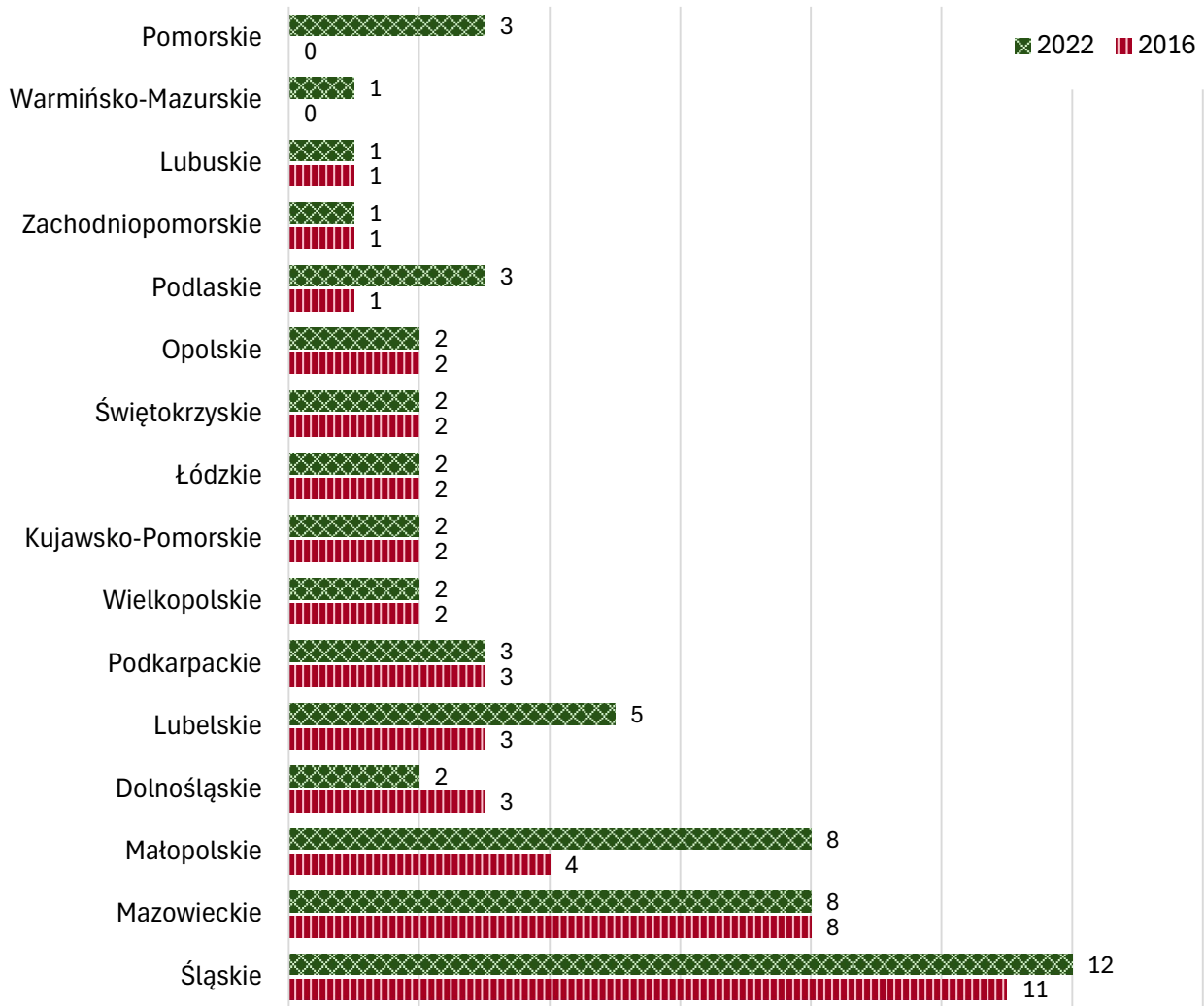
W województwie podlaskim aktualnie funkcjonują 4 poradnie geriatryczne finansowane z NFZ: 2 w Białymstoku i po jednej poradni w Siemiatyczach oraz Suwałkach. Czas oczekiwania: od 5 dni w SPZOZ w Siemiatyczach do 193 dni w SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku im. Mariana Zyndrama-Kościątkowskiego.

Przedstawienie stanu infrastruktury opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w przypadku opieki szpitalnej jest utrudnione, biorąc pod uwagę, że znaczna część pacjentów leczona jest na innych niż geriatryczne oddziałach – najczęściej na oddziale chorób wewnętrznych czy oddziale kardiologicznym. W analizie skupiono się na jednostkach całościowo wpisujących się w zakres opieki geriatrycznej w celu jasnego przedstawienia ilościowego stanu rzeczywistego.

3.1.1. Oddziały geriatryczne

W 2022 roku w całej Polsce funkcjonowało 57 oddziałów geriatrycznych. Dla porównania – w roku 2016 było ich 45. Najwięcej oddziałów geriatrycznych w 2022 roku znajdowało się w województwach śląskim – 12 ośrodków, mazowieckim – 8 i małopolskim – 8. Najmniej, po 1 oddziale, było w województwach zachodniopomorskim, lubuskim i warmińsko-mazurskim (wykres 2).

Wykres 2. Liczba oddziałów geriatrycznych według województw w latach 2016 i 2022

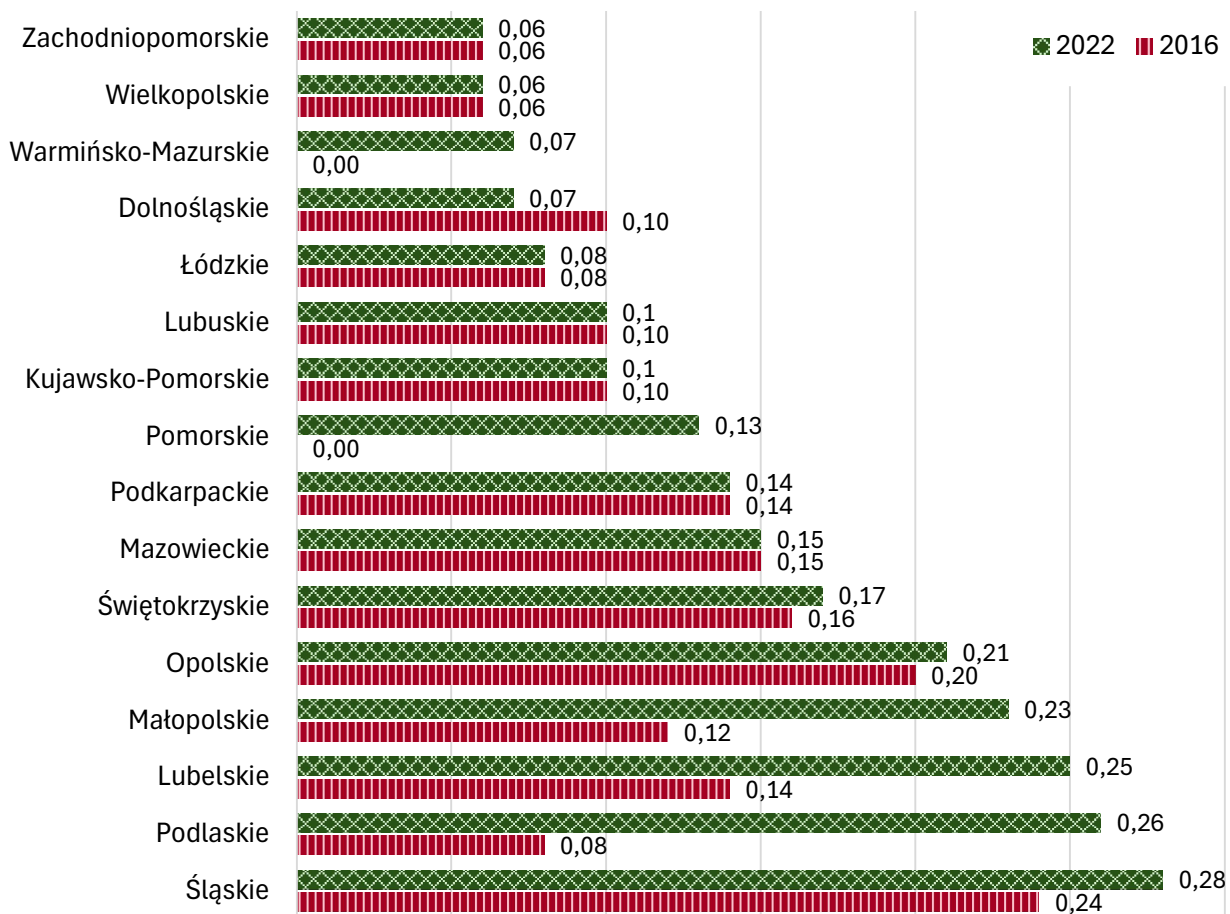


Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 3.04.2024).

Należy zwrócić uwagę na województwo małopolskie, w którym liczba oddziałów zwiększyła się w porównaniu z rokiem 2016 o 4, oraz na pomorskie, gdzie przybyły 3 oddziały. Tendencję wzrostową należy zauważyć także w województwie podlaskim. W 2022 roku funkcjonowały 3 oddziały geriatryczne mające siedzibę w mieście Białystok (2 ośrodki), a także w powiecie białostockim (1 ośrodek w Choroszczy). W 2016 roku województwo podlaskie dysponowało natomiast zaledwie jednym oddziałem geriatrycznym, znajdującym się w mieście Białystok. Aktualnie w województwie podlaskim znajdują się 3 oddziały geriatryczne: 2 w Białymstoku i 1 w Choroszczy. Ponadto w Suwałkach uruchomiony został jeden pododdział z odcinkiem geriatrycznym.

Korzystnie na tle innych województw przedstawia się sytuacja województwa podlaskiego pod względem liczby oddziałów przypadających na 100 tysięcy mieszkańców (wykres 3).

Wykres 3. Liczba oddziałów geriatrycznych z podziałem na województwa w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności w latach 2016 i 2022



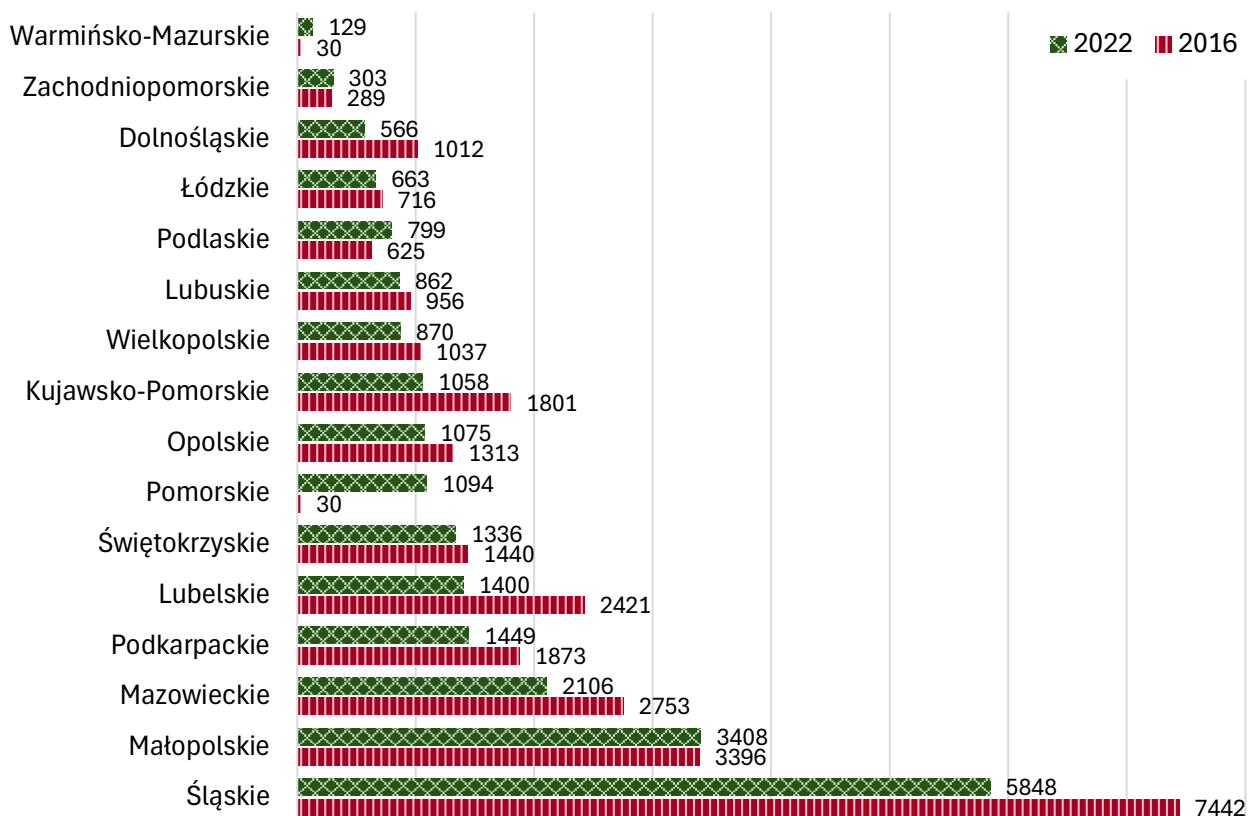
Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 3.04.2024).

W 2022 roku w województwie podlaskim przypadło 0,26 oddziału geriatrycznego na 100 tysięcy mieszkańców, co sytuowało je na drugim miejscu wśród wszystkich województw. Jest to znaczna poprawa, biorąc pod uwagę, że w 2016 roku znajdowało się tu zaledwie 0,08 oddziału przypadającego na 100 tysięcy mieszkańców. Największą liczbę oddziałów geriatrycznych przypadających na 100 tysięcy mieszkańców w 2022 roku miały województwa: śląskie (0,28 oddziału na 100 tysięcy mieszkańców), lubelskie (0,25), małopolskie (0,23), a także opolskie (0,21). We wszystkich wymienionych województwach należy odnotować wzrost liczby oddziałów geriatrycznych przypadających na 100 tysięcy mieszkańców w porównaniu z 2016 rokiem. Najmniej w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców było ich w roku 2022 w województwach: warmińsko-mazurskim (0,07), wielkopolskim (0,06), a także zachodniopomorskim (0,06)¹⁹⁹.

W 2022 roku opieką oddziałów geriatrycznych w całej Polsce objętych było 22 966 osób i w porównaniu do 2016 roku było mniej o 4 168 osób (wykres 4).

¹⁹⁹ [Mapa potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 3.04.2024).

Wykres 4. Liczba osób objętych opieką oddziałów geriatrycznych według województw w latach 2016 i 2022²⁰⁰



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 3.04.2024).

Najwięcej osób objętych opieką geriatryczną było w 2022 roku (podobnie jak w 2016) w województwie śląskim – 5 848 osób, czyli o 1 594 osoby mniej niż w 2016 roku. W województwie małopolskim opieką oddziałów geriatrycznych objętych było 3 408 osób, czyli o 12 osób więcej niż w 2016 roku. Wśród innych województw odznaczających się najwyższą liczbą osób objętych opieką oddziałów geriatrycznych w 2022 roku należy wyróżnić: mazowieckie (2 106 osób, czyli o 647 mniej niż w 2016 roku), podkarpackie (1 449 osób, czyli o 424 mniej niż w 2016 roku), a także lubelskie (1 400 osób, czyli o 1 021 mniej niż w 2016 roku). Interesujące zmiany można zaobserwować w województwie pomorskim, w którym opieką oddziałów geriatrycznych w 2022 roku objęte były 1 094 osoby, czyli aż o 1 064 osób więcej niż w 2016 roku. Najmniej osób objętych opieką w oddziałach geriatrycznych było w województwach zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim. Należy podkreślić, że województwa pomorskie oraz warmińsko-mazurskie w 2016 roku nie dysponowały żadnym oddziałem geriatrycznym. W związku z tym osoby stamtąd wymagające takiej opieki musiały korzystać z usług ośrodków znajdujących się w innych województwach.

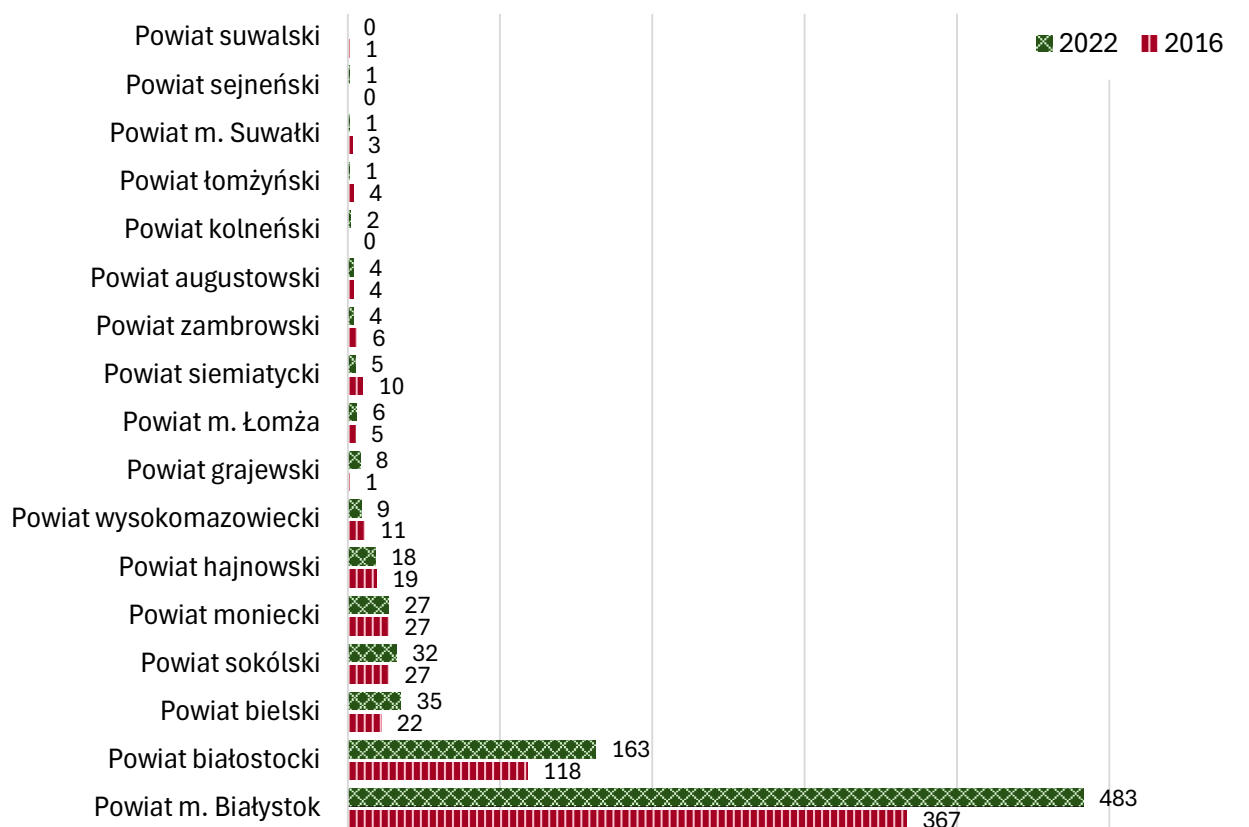
Tendencję wzrostową w zakresie liczby osób objętych opieką oddziałów geriatrycznych zaobserwować można w województwie podlaskim. W 2022 roku tą formą opieki objętych było 799 osób, czyli o 174 osoby więcej niż w 2016 roku. Zestawienie takich trendów z informacjami

²⁰⁰ Według kryterium miejsca zamieszkania

ukazującymi zwiększającą się liczbą oddziałów geriatrycznych zarówno w ujęciu bezwzględnym (z poziomu 1 ośrodka w 2016 roku do poziomu 3 ośrodków w 2022 roku), jak również w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności (z poziomu 0,08 ośrodka w 2016 roku do poziomu 0,26 ośrodka w 2022 roku) daje jednak podstawy do dokonania umiarkowanie pozytywnej oceny działań podejmowanych na szczeblu całego województwa podlaskiego w zakresie zaspokajania potrzeb pacjentów wymagających tego typu opieki.

Województwo podlaskie jest zróżnicowane pod względem osób objętych opieką oddziałów geriatrycznych w poszczególnych powiatach (wykres 5).

Wykres 5. Liczba osób objętych opieką oddziałów geriatrycznych w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022²⁰¹



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 3.04.2024).

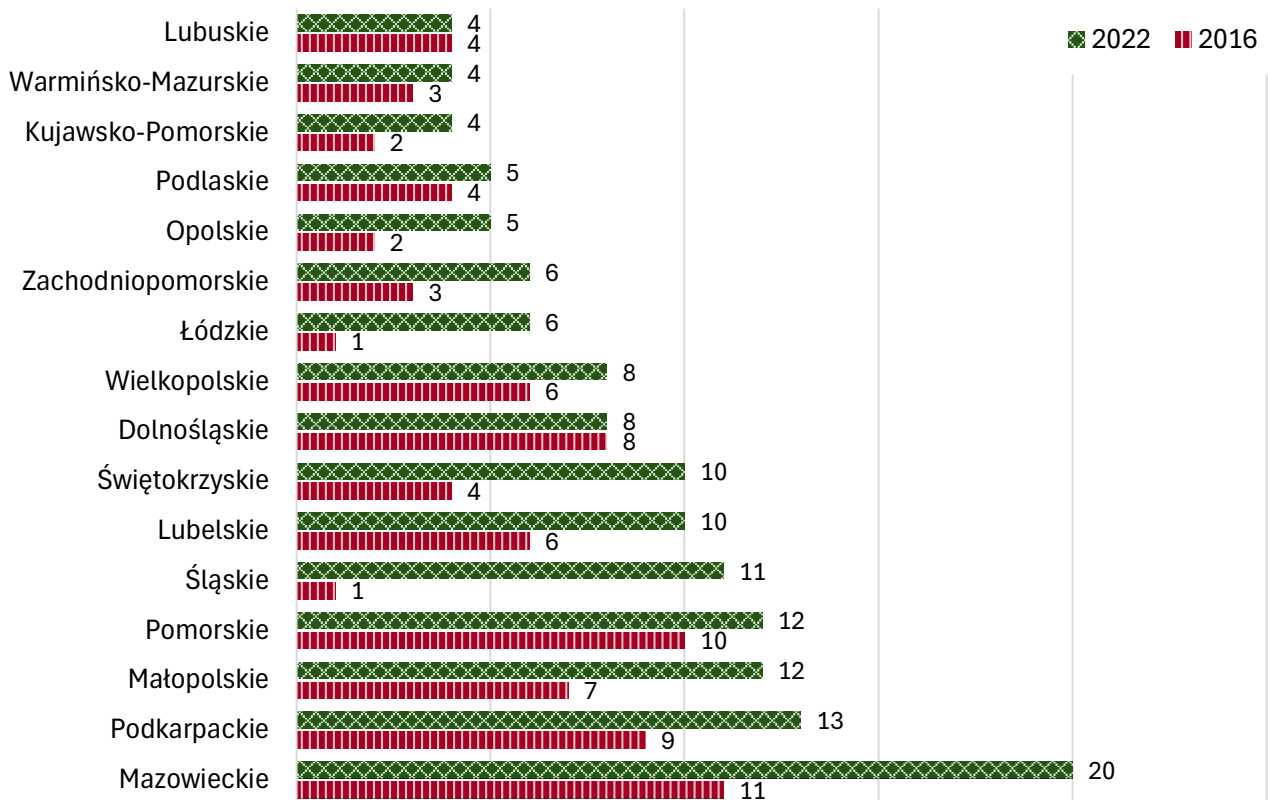
Analizując dane za 2022 rok dotyczące województwa podlaskiego, należy zauważyć, że najwięcej osób objętych opieką oddziałów geriatrycznych w 2022 roku, podobnie jak w 2016 roku, było w mieście Białystok (483 osoby). Nastąpił wzrost w porównaniu z 2016 rokiem o 116 osób. W powiecie białostockim 163 osoby – wzrost o 45 osób. Pozostałe powiaty odznaczały się mniejszą liczbą osób objętych opieką oddziałów geriatrycznych. Najmniej osób objętych opieką oddziałów geriatrycznych było w powiatach: suwalskim, sejneńskim, łomżyńskim, kolneńskim, augustowskim, zambrowskim, siemiatyckim, grajewskim, wysokomazowieckim oraz miastach Łomża i Suwałki.

²⁰¹ Według kryterium miejsca zamieszkania.

3.1.2. Hospicja stacjonarne

W 2022 roku w całej Polsce funkcjonowało 138 hospicjów stacjonarnych. Dla porównania w 2016 roku było ich 81, co oznacza wzrost o 57 placówek (wykres 6).

Wykres 6. Liczba hospicjów stacjonarnych z podziałem na województwa w latach 2016 i 2022



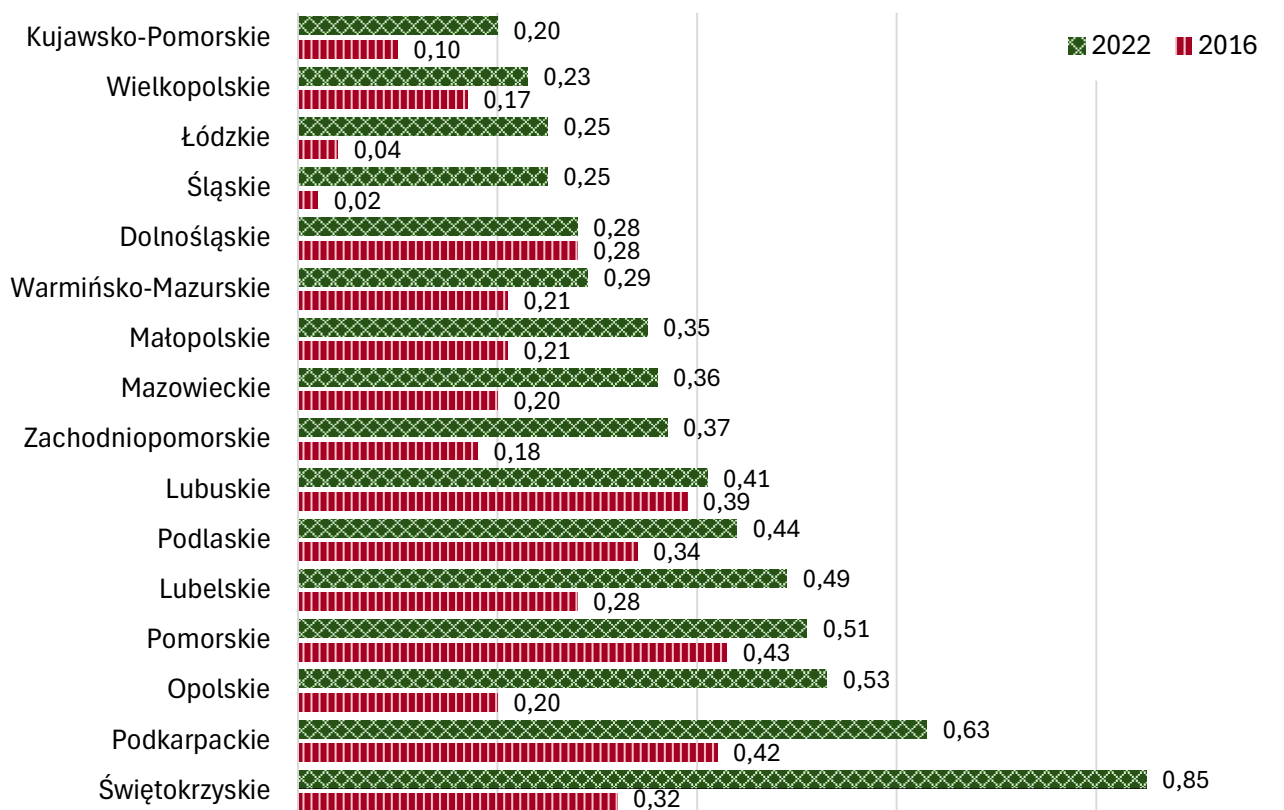
Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 31.03.2024).

Najwięcej hospicjów stacjonarnych w 2022 roku znajdowało się w województwie mazowieckim (20 ośrodków). W czołówce pod tym względem znajdowały się również województwa: podkarpackie (13), małopolskie (12), pomorskie (12), śląskie (11), lubelskie (10), a także świętokrzyskie (10). We wszystkich tych województwach można zauważyć tendencję wzrostową w zakresie liczby hospicjów stacjonarnych w porównaniu z 2016 rokiem. Szczególnie duże zmiany można zaobserwować w województwach mazowieckim, a także śląskim, w których liczba hospicjów stacjonarnych zwiększyła się w 2022 roku w porównaniu do 2016 roku odpowiednio o 9 oraz 10 ośrodków. Najmniej hospicjów stacjonarnych znajdowało się w 2022 roku w województwach kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim, a także lubuskim. Każde z tych województwa dysponowało 4 placówkami.

W województwie podlaskim w 2022 roku funkcjonowało 5 hospicjów stacjonarnych mających swoje siedziby w powiatach augustowskim i hajnowskim, a także w 3 miastach na prawach powiatu: Białymstoku, Łomży i Suwałkach. W porównaniu do roku 2016 liczba hospicjów zwiększyła się zaledwie o jedną placówkę w powiecie hajnowskim.

Poszczególne województwa są zróżnicowane pod względem liczby hospicjów stacjonarnych przypadających na 100 tysięcy mieszkańców (wykres 7).

Wykres 7. Liczba hospicjów stacjonarnych w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 31.03.2024).

Najwięcej hospicjów w 2022 roku było w województwie świętokrzyskim (0,85 ośrodka na 100 tysięcy mieszkańców). W czołówce znalazły się również województwa: podkarpackie (0,63), opolskie (0,53) oraz pomorskie (0,51). We wszystkich tych województwach można zauważyć tendencję wzrostową w zakresie liczby hospicjów stacjonarnych przypadających na 100 tysięcy mieszkańców w porównaniu z 2016 rokiem. Szczególnie duże zmiany można zaobserwować w województwie świętokrzyskim, w którym liczba hospicjów stacjonarnych przypadających na 100 tysięcy mieszkańców w 2016 roku wynosiła 0,32. Najmniej hospicjów stacjonarnych w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w 2022 roku znajdowało się w województwach: kujawsko-pomorskim (0,20 ośrodka na 100 tysięcy mieszkańców), wielkopolskim (0,23), śląskim (0,25 ośrodka), a także łódzkim (0,25).

W województwie podlaskim w 2022 roku na 100 tysięcy mieszkańców przypadało 0,44 placówki oferującej taką formę opieki. W porównaniu do 2016 roku nastąpił wzrost o 0,10 placówki. Poszczególne powiaty różnią się liczbą hospicjów stacjonarnych przypadających na 100 tysięcy mieszkańców. Najwięcej było ich w powiatach hajnowskim (2,54 ośrodka na 100 tysięcy mieszkańców) i augustowskim (1,82) oraz w miastach Łomża (1,66), Suwałki (1,46) i Białystok (0,34)²⁰².

²⁰² [Mapa potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 31.03.2024).

W 2022 roku opieką hospicjów stacjonarnych w całej Polsce objęte były 22 082 osoby (tabela 6).

Tabela 6. Liczba osób objętych opieką hospicjum stacjonarnego według województw w latach 2016 i 2022²⁰³

Województwo	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 65 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 65 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 65 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 65 lat
Dolnośląskie	1673	1208	72,21%	1672	1335	79,84%
Kujawsko-Pomorskie	630	462	73,33%	948	761	80,27%
Lubelskie	973	685	70,40%	1365	1036	75,90%
Lubuskie	697	488	70,01%	529	411	77,69%
Łódzkie	109	61	55,96%	852	663	77,82%
Małopolskie	1669	1280	76,69%	2238	1787	79,85%
Mazowieckie	2624	2028	77,29%	3162	2565	81,12%
Opolskie	299	225	75,25%	797	635	79,67%
Podkarpackie	1541	1126	73,07%	1602	1264	78,90%
Podlaskie	972	731	75,21%	949	782	82,40%
Pomorskie	1961	1393	71,04%	2220	1756	79,10%
Śląskie	369	221	59,89%	2115	1663	78,63%
Świętokrzyskie	671	532	79,28%	1282	1057	82,45%
Warmińsko-Mazurskie	725	525	72,41%	684	524	76,61%
Wielkopolskie	691	477	69,03%	733	576	78,58%
Zachodniopomorskie	909	631	69,42%	934	730	78,16%
Razem	16513	12073	73,11%	22082	17545	79,45%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 16.03.2024).

Osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 79,45% osób przebywających w hospicjach stacjonarnych, co oznacza wzrost o 6,34 punktu procentowego w porównaniu do 2016 roku. Najwięcej osób objętych tą formą opieki w 2022 roku (tak jak w 2016 roku) było w województwie mazowieckim – 3 162 osoby, z czego 81,12% stanowiły osoby w wieku w wieku 65 lat i więcej, co oznacza wzrost o 3,83 punktu procentowego w porównaniu do 2016 roku. W województwie małopolskim opieką hospicjum stacjonarnego objętych było 2 238 osób, czyli o 569 osób więcej niż w 2016 roku. Udział osób w wieku 65 lat lub więcej w ogólnej liczbie osób objętych opieką hospicjum stacjonarnego w 2022 roku wynosił 79,85%, czyli o 3,16 punktu procentowego więcej niż w 2016 roku.

Wśród innych województw wyróżniających się najwyższą liczbą osób objętych opieką hospicjum stacjonarnego w 2022 roku należy wymienić województwa: pomorskie (2 220 osób, tym 79,10% w wieku 65 lat i więcej), śląskie (2 115 osób, tym 78,63% w wieku 65 lat i więcej), dolnośląskie (1 672 osoby, tym 79,84% w wieku 65 lat i więcej), a także podkarpackie (1 602 osoby, tym 78,90% w wieku 65 lat i więcej). Należy zwrócić uwagę na województwo

²⁰³ Według kryterium miejsca zamieszkania.

śląskie, w którym w porównaniu do 2016 roku nastąpił znaczny wzrost ogólnej liczby osób objętych opieką hospicjów stacjonarnych (więcej o 1 746 osób), jak również udziału osób wieku 65 lat i więcej (więcej o 18,74 punktu procentowego).

W województwie podlaskim w 2022 roku opieką hospicjum stacjonarnego objętych było 949 osób. W porównaniu do roku 2016 nastąpił spadek o 23 osoby. Wzrosła natomiast liczba osób w wieku 65 lat i więcej objętych tą formą opieki. W 2022 roku były to 782 osoby, co stanowiło 82,40% ogólnej liczby pacjentów²⁰⁴.

Zestawienie takich trendów z informacjami ukazującymi zwiększającą się liczbą hospicjów stacjonarnych zarówno w ujęciu bezwzględnym (z poziomu 4 ośrodków w 2016 roku do 5 ośrodków w 2022 roku), jak również w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności (z poziomu 0,34 ośrodka w 2016 roku do 0,44 ośrodka w 2022 roku) daje podstawę do umiarkowanej pozytywnej oceny działań podejmowanych na szczeblu całego województwa podlaskiego w zakresie zaspokajania potrzeb pacjentów wymagających opieki w takich placówkach.

Tabela 7. Liczba osób objętych opieką hospicjum stacjonarnego w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022²⁰⁵

Powiat	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 65 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 65 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 65 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 65 lat
Augustowski	36	29	80,56%	34	28	82,35%
Białostocki	127	93	73,23%	136	112	82,35%
Bielski	25	20	80,00%	42	29	69,05%
Grajewski	8	5	62,50%	8	4	50,00%
Hajnowski	41	32	78,05%	44	36	81,82%
Kolneński	4	2	50,00%	13	10	76,92%
Łomżyński	29	21	72,41%	30	24	80,00%
Miasto Białystok	410	313	76,34%	403	354	87,84%
Miasto Łomża	48	37	77,08%	43	34	79,07%
Miasto Suwałki	77	56	72,73%	66	49	74,24%
Moniecki	31	21	67,74%	26	19	73,08%
Sejneński	18	14	77,78%	5	3	60,00%
Siemiatycki	23	16	69,57%	20	15	75,00%
Sokólski	44	31	70,45%	26	22	84,62%
Suwalski	22	18	81,82%	24	20	83,33%
Wysokomazowiecki	16	13	81,25%	20	17	85,00%
Zambrowski	13	10	76,92%	9	6	66,67%
Razem	972	731	75,21%	949	782	82,40%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 24.03.2024).

²⁰⁴ [Mapa potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 16.03.2024).

²⁰⁵ Według kryterium miejsca zamieszkania.

Szczegółowa analiza województwa podlaskiego pozwala zauważyć, że poszczególne powiaty różnią się pod względem liczby osób przebywających w hospicjach stacjonarnych (tabela 7).

Analizując dane za 2022 rok dotyczące województwa podlaskiego, należy zauważyć dużo większe zapotrzebowanie na usługi hospicjum stacjonarnego zarówno ogółem, jak również w grupie osób w wieku 65 lat i więcej. Najwięcej osób objętych tą formą opieki w 2022 roku, podobnie jak w 2016 roku, było w mieście Białystok – 403 osoby. Można zaobserwować wzrost liczby osób w wieku 65 lat i więcej objętych tą formą opieki. W 2022 roku były to 354 osoby, co stanowiło 87,84% ogólnej liczby pacjentów, czyli o 11,50 punktu procentowego więcej niż w 2016 roku. Z kolei wśród powiatów najwięcej osób objętych opieką hospicjów stacjonarnych było w powiecie białostockim – 136 osób (czyli o 9 więcej niż w 2016 roku), z czego 82,35% stanowiły osoby w wieku w wieku 65 lat i więcej, czyli o 9,12 punktu procentowego więcej niż w 2016 roku. Należy również podkreślić, że w 2022 roku na terenie powiatu, podobnie jak w 2016 roku, nie funkcjonowało żadne hospicjum stacjonarne. Osoby zamieszkujące ten obszar musiały korzystać z ośrodków mających siedzibę albo w mieście Białystok, albo w innych powiatach.

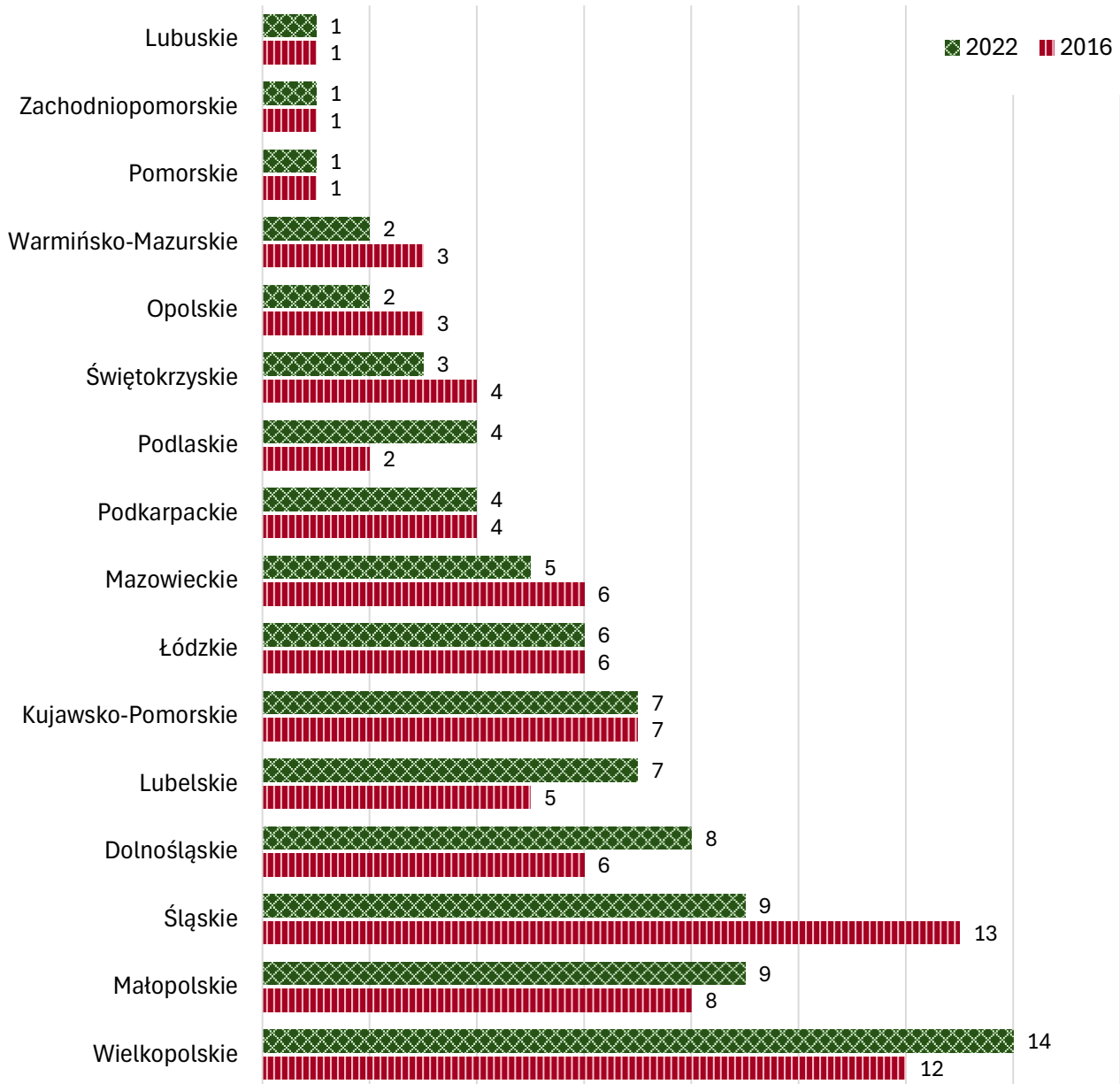
Wśród innych powiatów mających najwyższą liczbę osób objętych opieką hospicjum stacjonarnego w 2022 roku należy wyróżnić miasto Suwałki (66 osób, w tym 74,24% w wieku 65 lat i więcej), powiat hajnowski (44 osoby, w tym 81,82% w wieku 65 lat i więcej), miasto Łomżę (43 osoby, w tym 79,07% w wieku 65 lat i więcej), a także powiat bielski (42 osoby, w tym 69,05% w wieku 65 lat i więcej).

3.1.3. Oddziały medycyny paliatywnej

Stacjonarną opiekę paliatywno-hospicyjną w 2022 roku w Polsce świadczyły 83 oddziały medycyny paliatywnej (wykres 8).

Najwięcej oddziałów medycyny paliatywnej w 2022 roku znajdowało się w województwach: wielkopolskim (14 ośrodków), małopolskim (9), śląskim (9), dolnośląskim (8), lubelskim (7), a także kujawsko-pomorskim (7). Należy zauważyć, że w województwie kujawsko-pomorskim liczba oddziałów medycyny paliatywnej utrzymywała się na stałym poziomie w porównaniu do 2016 roku. W województwie małopolskim liczba ta zwiększyła się o jedną placówkę oferującą taką formę opieki. Natomiast w województwach wielkopolskim, dolnośląskim oraz lubelskim nastąpił wzrost o 2 placówki tego typu w porównaniu z 2016 rokiem. Niekorzystne zmiany w tym zakresie zaszły w województwie śląskim, w którym liczba oddziałów medycyny paliatywnej zmniejszyła się w porównaniu z 2016 rokiem aż o 4 podmioty. Najmniej hospicjów stacjonarnych znajdowało się w 2022 roku w województwach pomorskim, zachodniopomorskim, a także lubuskim – każde z nich dysponowało jedną placówką.

Wykres 8. Liczba oddziałów medycyny paliatywnej według województw w latach 2016 i 2022

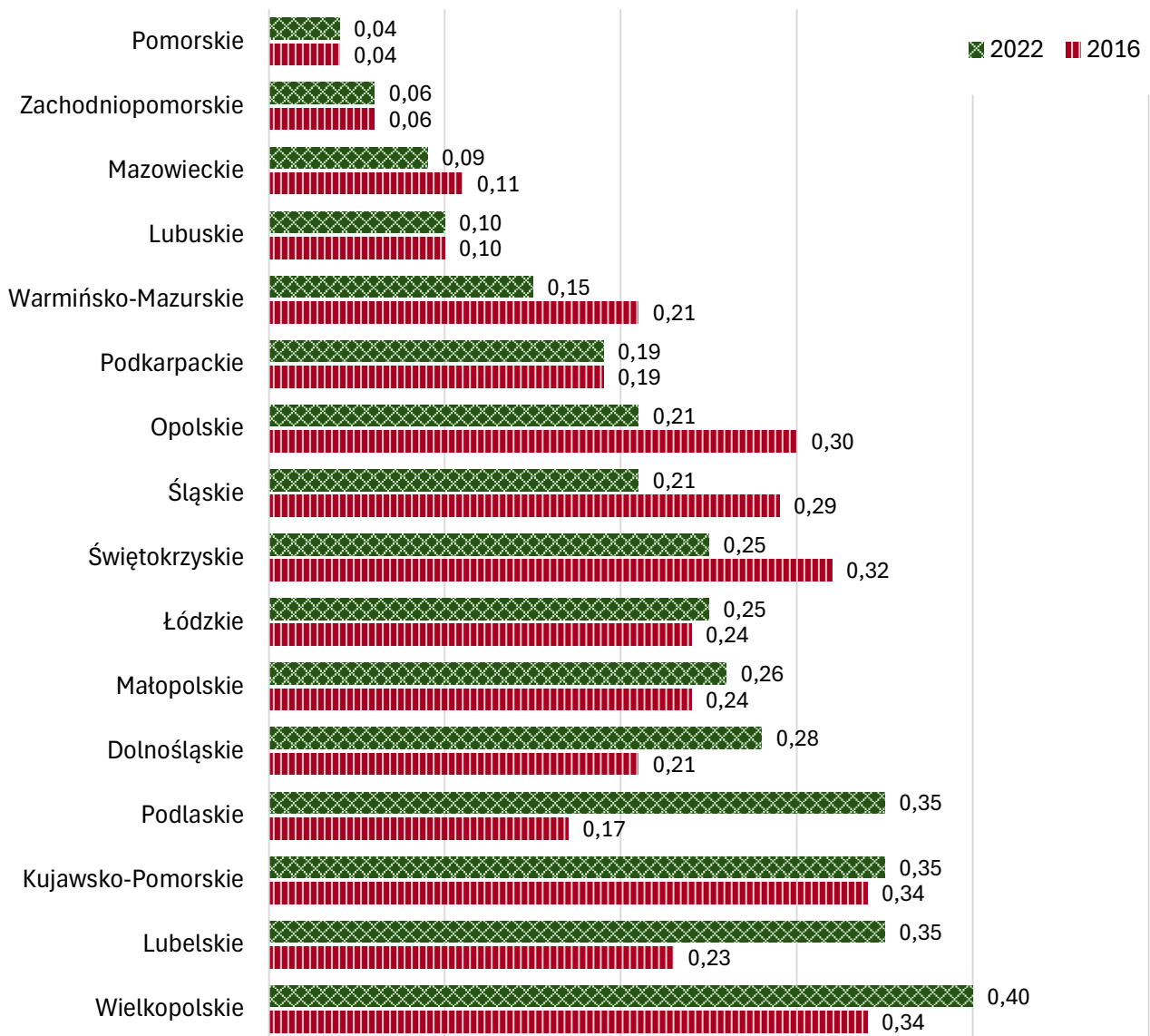


Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 1.04.2024).

W województwie podlaskim w 2022 roku funkcjonowały 4 oddziały medycyny paliatywnej, mające siedziby w powiatach sokólskim, białostockim, hajnowskim, a także kolneńskim. W 2016 roku województwo podlaskie dysponowało zaledwie dwoma oddziałami medycyny paliatywnej znajdującymi się w powiatach sokólskim oraz kolneńskim.

Analizując dane dotyczące liczby oddziałów medycyny paliatywnej przypadających na 100 tysięcy mieszkańców, można stwierdzić, że pod tym względem występuje znaczne różnicowanie w poszczególnych województwach (wykres 9).

Wykres 9. Liczba oddziałów medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 1.04.2024).

Najwięcej oddziałów było w 2022 roku w województwach wielkopolskim (0,40 ośrodka na 100 tysięcy mieszkańców), lubelskim (0,35), kujawsko-pomorskim (0,35), a także podlaskim (0,35). Najmniej oddziałów medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w 2022 roku było w województwach lubuskim (0,10 ośrodka na 100 tysięcy mieszkańców), mazowieckim (0,09), zachodniopomorskim (0,06), a także pomorskim (0,04).

W świetle przedstawionych danych można zauważyć, że województwo podlaskie wypadło w 2022 roku bardzo korzystnie na tle innych województw. Nastąpiła istotna zmiana w porównaniu z 2016 rokiem, w którym na 100 tysięcy mieszkańców przypadało 0,17 oddziału medycyny paliatywnej.

Tabela 8. Liczba osób objętych opieką oddziałów medycyny paliatywnej według województw w latach 2016 i 2022²⁰⁶

Województwo	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 65 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 65 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 65 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 65 lat
Dolnośląskie	1299	894	68,82%	1439	1077	74,84%
Kujawsko-Pomorskie	1360	952	70,00%	1183	901	76,16%
Lubelskie	929	633	68,14%	1014	764	75,35%
Lubuskie	188	114	60,64%	195	144	73,85%
Łódzkie	1847	1211	65,57%	1488	1116	75,00%
Małopolskie	1814	1310	72,22%	1772	1365	77,03%
Mazowieckie	1007	671	66,63%	873	616	70,56%
Opolskie	492	351	71,34%	260	207	79,62%
Podkarpackie	1117	787	70,46%	1045	794	75,98%
Podlaskie	147	113	76,87%	163	132	80,98%
Pomorskie	232	157	67,67%	91	64	70,33%
Śląskie	3087	2170	70,29%	2245	1711	76,21%
Świętokrzyskie	869	596	68,58%	493	332	67,34%
Warmińsko-Mazurskie	470	330	70,21%	270	210	77,78%
Wielkopolskie	2403	1727	71,87%	2770	2195	79,24%
Zachodniopomorskie	167	117	70,06%	202	153	75,74%
Razem	17428	12133	69,62%	15503	11781	75,99%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 16.03.2024).

W 2022 roku opieką oddziałów medycyny paliatywnej w całej Polsce objęte były 15 503 osoby, z czego 75,99% stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej, co oznacza wzrost o 6,37 punktu procentowego w porównaniu do 2016 roku. Najwięcej osób objętych tą formą opieki w 2022 roku było w województwie wielkopolskim – 2 770 osób, czyli o 367 osób więcej niż w 2016 roku. Udział osób w wieku 65 lat lub więcej w ogólnej liczbie osób objętych opieką oddziałów medycyny paliatywnej w 2022 roku w województwie wielkopolskim wynosił 79,24%, co oznacza wzrost o 7,37 punktu procentowego w porównaniu z 2016 rokiem.

Wśród innych województw posiadających najwyższą liczbę osób objętych opieką oddziałów medycyny paliatywnej w 2022 roku wyróżnić można województwa: małopolskie (1 772 osoby, w tym 77,03% w wieku 65 lat i więcej), łódzkie (1 488 osób, w tym 75% w wieku 65 lat i więcej), a także dolnośląskie (1 439 osób, w tym 74,84% w wieku 65 lat i więcej).

Tendencję wzrostową w zakresie liczby osób objętych opieką oddziałów medycyny paliatywnej można zaobserwować w województwie podlaskim. W 2022 roku tą formą opieki objęte były 163 osoby, czyli o 16 osób więcej niż w 2016 roku. Ponadto należy zauważyć wzrost liczby osób w wieku 65 lat i więcej objętych opieką tego typu oddziałów. W 2016 roku taką

²⁰⁶ Według kryterium miejsca zamieszkania.

opiekę w województwie podlaskim miało 113 osób z tej grupy wiekowej. Natomiast w 2022 roku były to 132 osoby, co stanowiło 80,98% ogólnej liczby pacjentów, czyli o 4,11 punktu procentowego więcej niż w 2016 roku. Co więcej, województwo podlaskie w 2022 roku było jednym województwem, w którym udział osób w wieku 65 lat i więcej przekroczył 80%. Zestawienie takich trendów z informacjami ukazującymi zwiększającą się liczbą oddziałów medycyny paliatywnej zarówno w ujęciu bezwzględnym (z poziomu 2 ośrodków w 2016 roku do poziomu 4 ośrodków w 2022 roku), jak również w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności (z poziomu 0,17 ośrodka w 2016 roku do poziomu 0,35 ośrodka w 2022 roku) daje jednak podstawy do umiarkowanej pozytywnej oceny działań podejmowanych na szczeblu całego województwa podlaskiego w zakresie zaspokajania potrzeb pacjentów wymagających tego typu opieki.

Tabela 9. Liczba osób objętych opieką oddziałów medycyny paliatywnej w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022²⁰⁷

Powiat	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 65 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 65 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 65 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 65 lat
Augustowski	3	2	66,67%	0	0	brak danych
Białostocki	13	9	69,23%	27	24	88,89%
Bielski	0	0	brak danych	2	1	50,00%
Grajewski	1	0	0,00%	2	1	50,00%
Hajnowski	1	1	100,00%	20	16	80,00%
Kolneński	62	46	74,19%	41	35	85,37%
Łomżyński	4	3	75,00%	8	8	100,00%
Miasto Białystok	16	14	87,50%	31	25	80,65%
Miasto Łomża	1	0	0,00%	1	1	100,00%
Miasto Suwałki	0	0	brak danych	0	0	brak danych
Moniecki	0	0	brak danych	0	0	brak danych
Sejneński	0	0	brak danych	0	0	brak danych
Siemiatycki	1	1	100,00%	3	3	100,00%
Sokółski	43	35	81,40%	22	12	54,55%
Suwalski	0	0	brak danych	0	0	brak danych
Wysokomazowiecki	0	0	brak danych	3	3	100,00%
Zambrowski	2	2	100,00%	3	3	100,00%
Razem	147	113	76,87%	163	132	80,98%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 24.03.2024).

Szczegółowa analiza województwa podlaskiego (tabela 9) pozwala zauważyć, że najwięcej osób objętych opieką oddziałów medycyny paliatywnej w 2022 roku, podobnie jak w 2016 roku, było w powiecie kolneńskim, w którym tą formą opieki objętych było 41 osób. Nastąpił jednak

²⁰⁷ Według kryterium miejsca zamieszkania.

spadek w porównaniu z 2016 rokiem o 21 osób. Na drugim miejscu w tym zestawieniu znalazło się miasto Białystok, w którym opieką oddziałów medycyny paliatywnej objętych było 31 osób (o 15 więcej niż w 2016 roku), z czego 80,65% stanowiły osoby w wieku w wieku 65 lat i więcej, czyli o 6,85 punktu procentowego mniej niż w 2016 roku. Należy również podkreślić, że w 2022 roku na terenie miasta Białystok, podobnie jak w 2016 roku, nie funkcjonował żaden oddział medycyny paliatywnej. Najbliższa placówka oferująca opiekę tego typu znajdowała się w Łapach (powiat białostocki).

Wśród innych powiatów odznaczających się najwyższą liczbą osób objętych opieką oddziałów medycyny paliatywnej w 2022 roku należy wyróżnić powiaty: białostocki (27 osób, w tym 88,89% w wieku 65 lat i więcej), sokólski (22 osoby, w tym 54,55% w wieku 65 lat i więcej), a także hajnowski (20 osób, w tym 80% w wieku 65 lat i więcej).

3.1.4. Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO)

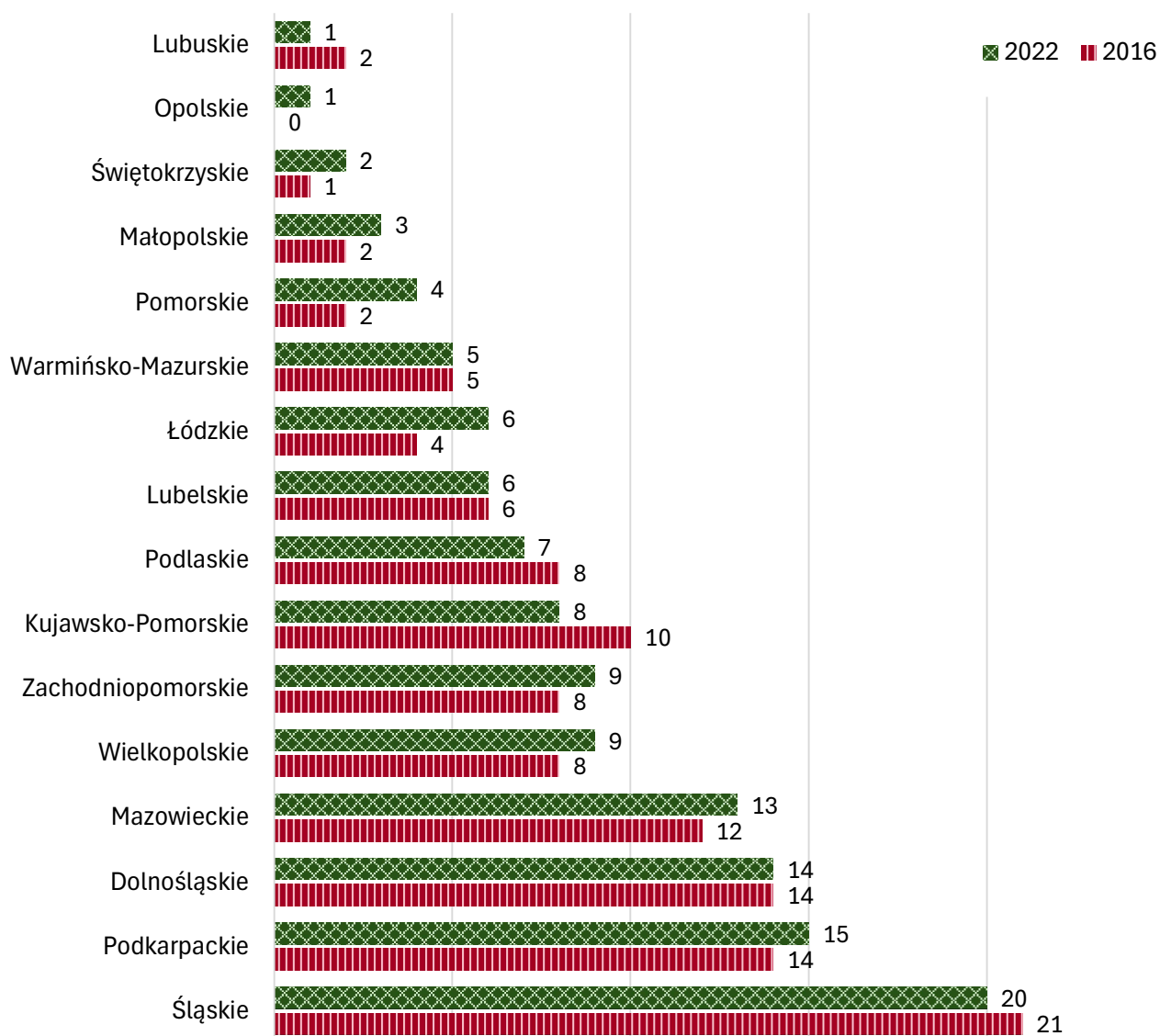
W 2022 roku w Polsce funkcjonowały 123 zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). Dla porównania – w 2016 roku było ich 117 (wykres 10).

Najwięcej ZPO w 2022 roku znajdowało się w województwach: śląskim (20 ośrodków), podkarpackim (15), dolnośląskim (14), a także mazowieckim (13). Co ważne, o ile w województwie dolnośląskim liczba zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych utrzymywała się na stałym poziomie w porównaniu do 2016 roku, o tyle w województwach podkarpackim i mazowieckim zwiększyła się o jedną taką placówkę. Najmniej zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych znajdowało się w 2022 roku w województwach opolskim, a także lubuskim, które dysponowały po jednym takim ośrodku.

Niekorzystnie na tym tle wygląda sytuacja w województwie podlaskim, w którym w 2022 roku funkcjonowało 7 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, mających siedziby w powiatach: sejneńskim, augustowskim, sokólskim, białostockim, hajnowskim, wysokomazowieckim, a także siemiatyckim. Niemniej w 2016 roku województwo podlaskie dysponowało dodatkowo zakładem pielęgnacyjno-opiekuńczym znajdującym się na terenie miasta Białystok – SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony imienia Jędrzeja Śniadeckiego²⁰⁸.

²⁰⁸ [Mapy potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 27.03.2024).

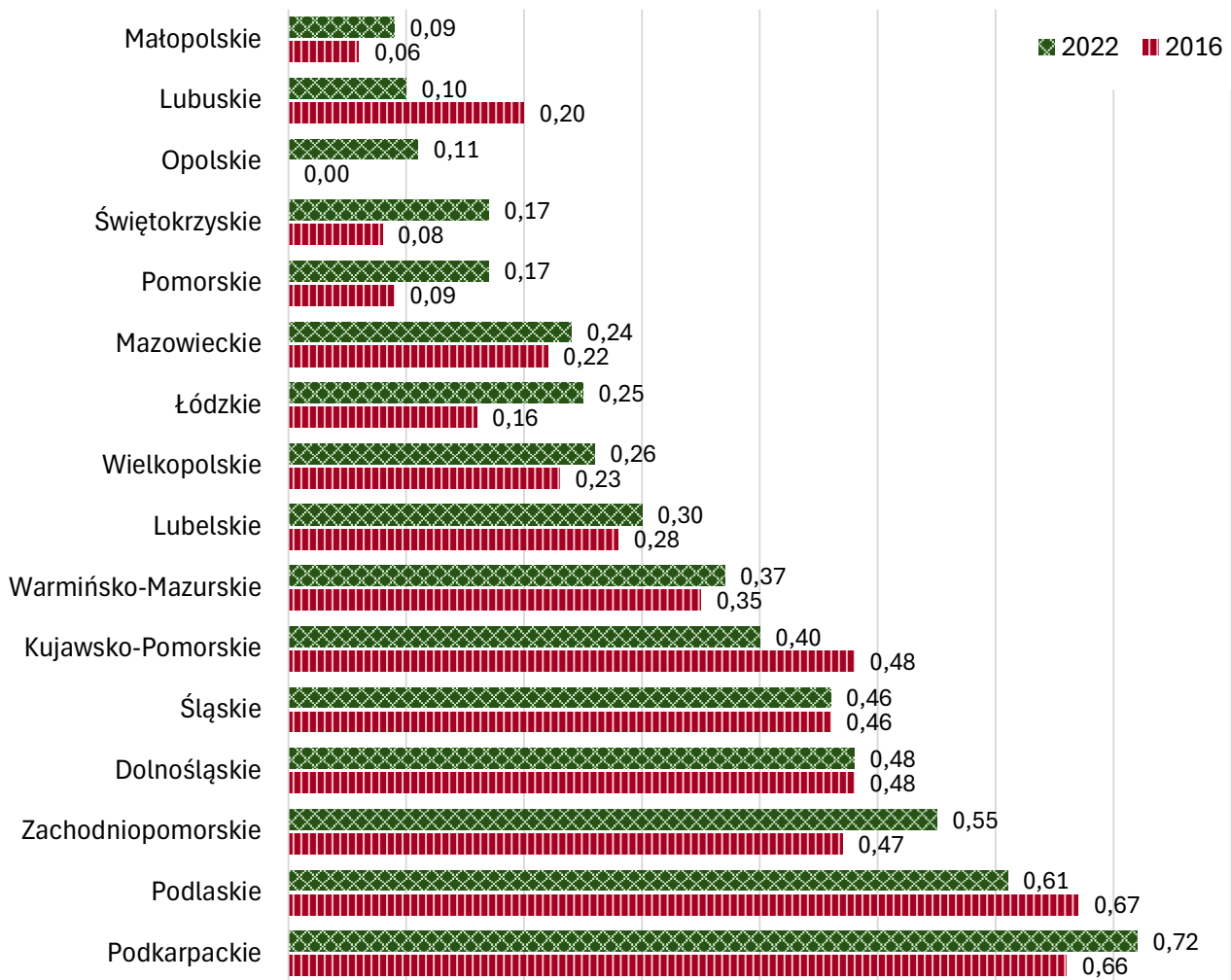
Wykres 10. Liczba zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych z podziałem na województwa w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 27.03.2024).

Analizując dane dotyczące liczby zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych przypadających na 100 tysięcy mieszkańców (wykres 11), można zauważyć, że wysokimi wskaźnikami pod tym względem odznaczały się województwa: podkarpackie (0,72 ośrodka na 100 tysięcy mieszkańców), podlaskie (0,61), zachodniopomorskie (0,55), dolnośląskie (0,48), a także śląskie (0,46). Najmniej takich jednostek w 2022 roku w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców znajdowało się w województwach małopolskim (0,09 ośrodka na 100 tysięcy mieszkańców), lubuskim (0,10 ośrodka) oraz opolskim (0,11 ośrodka). W świetle przedstawionych danych można zauważyć, że województwo podlaskie wypada bardzo korzystnie na tle innych województw.

Wykres 11. Liczba zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 27.03.2024).

Szczegółowa analiza województwa podlaskiego pozwala zauważyć, że w 2022 roku najwięcej zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych przypadających na 100 tysięcy mieszkańców było w powiatach sejneńskim (5,32 ośrodka na 100 tysięcy mieszkańców), hajnowskim (2,54), siemiatyckim (2,43), wysokomazowieckim (1,86), augustowskim (1,82), a także sokólskim (1,61). Najmniej ośrodków oferujących tę formę opieki w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców było w powiecie białostockim (0,64 ośrodka na 100 tysięcy mieszkańców)²⁰⁹.

W 2022 roku opieką zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych w całej Polsce objętych było 10 926 osób (Tabela 10), z czego 94,92% stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej, co oznacza wzrost o 1 punkt procentowy w porównaniu do 2016 roku.

²⁰⁹ [Mapy potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 27.03.2024).

Tabela 10. Liczba osób objętych opieką zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych według województw w latach 2016 i 2022²¹⁰

Województwo	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 60 lat
Dolnośląskie	762	737	96,72%	895	868	96,98%
Kujawsko-Pomorskie	764	701	91,75%	774	721	93,15%
Lubelskie	630	608	96,51%	609	590	96,88%
Lubuskie	108	105	97,22%	98	94	95,92%
Łódzkie	421	377	89,55%	616	591	95,94%
Małopolskie	267	241	90,26%	433	389	89,84%
Mazowieckie	878	819	93,28%	1214	1134	93,41%
Opolskie	16	16	100,00%	37	37	100,00%
Podkarpackie	970	934	96,29%	1083	1039	95,94%
Podlaskie	628	595	94,75%	759	727	95,78%
Pomorskie	190	186	97,89%	272	255	93,75%
Śląskie	1803	1661	92,12%	1741	1642	94,31%
Świętokrzyskie	180	175	97,22%	226	223	98,67%
Warmińsko-Mazurskie	464	436	93,97%	483	458	94,82%
Wielkopolskie	684	644	94,15%	835	800	95,81%
Zachodniopomorskie	711	665	93,53%	851	803	94,36%
Razem	9476	8900	93,92%	10926	10371	94,92%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 16.03.2024).

Najwięcej osób objętych tą formą opieki w 2022 roku, podobnie jak w 2016 roku, było w województwie śląskim – 1 741 osób, z czego 94,31% stanowiły osoby w wieku w wieku 60 lat i więcej. Należy zauważyć z jednej strony spadek liczby osób objętych tą formą opieki w województwie śląskim w ujęciu bezwzględny w porównaniu do 2016 roku, z drugiej natomiast wzrost udziału osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie osób objętych opieką tego typu (o 2,19 punktu procentowego). W województwie mazowieckim opieką zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w 2022 roku objętych było 1 214 osób (o 336 osób więcej niż w 2016 roku), z czego 93,41% stanowiły osoby w wieku w wieku 60 lat i więcej, co oznacza wzrost o 0,13 punktu procentowego w porównaniu z 2016 rokiem.

Wśród innych województw posiadających najwyższą liczbę osób objętych opieką ZPO w 2022 roku należy wskazać podkarpackie (1 083 osoby, w tym 95,94% w wieku 60 lat i więcej), dolnośląskie (895 osób, w tym 96,98% w wieku 60 lat i więcej), zachodniopomorskie (851 osób, w tym 94,36% w wieku 60 lat i więcej) i wielkopolskie (835 osób, w tym 95,81% w wieku 60 lat i więcej). Nieco inaczej wyglądała sytuacja w 2016 roku. Oprócz wskazanych powyżej województw dużą liczbą osób wyróżniały się też województwo mazowieckie (878 osób,

²¹⁰ Według kryterium miejsca zamieszkania.

w tym 93,28% w wieku 60 lat i więcej) i województwo kujawsko-pomorskie (764 osoby, w tym 91,75% w wieku 60 lat i więcej).

W województwie podlaskim w 2022 roku opieką ZPO objętych było 759 osób, czyli o 131 więcej niż w 2016 roku. Taka zmiana spowodowana była przede wszystkim rosnącą liczbą osób w wieku 60 lat i więcej objętych tą formą opieki. W 2016 opieką zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w województwie podlaskim objętych było 595 osób z tej grupy wiekowej. Natomiast w 2022 roku było to już 727 osób, co stanowiło 95,78% ogólnej liczby osób objętych tą formą opieki, czyli o 1,03 punktu procentowego więcej niż w roku 2016.

Zestawienie takich trendów z informacjami ukazującymi zmniejszającą się liczbę zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych zarówno w ujęciu bezwzględnym (z poziomu 8 ośrodków w 2016 roku do 7 w 2022 roku), jak również w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców (z poziomu 0,67 ośrodka w 2016 roku do 0,61 w 2022 roku) daje podstawy do umiarkowanie negatywnej oceny działań podejmowanych na szczeblu całego województwa podlaskiego w zakresie zaspokajania potrzeb pacjentów wymagających opieki placówek tego typu.

Tabela 11. Liczba osób objętych opieką zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022²¹¹

Powiat	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 60 lat
Augustowski	71	67	94,37%	80	74	92,50%
Białostocki	86	81	94,19%	127	119	93,70%
Bielski	14	14	100,00%	18	18	100,00%
Grajewski	8	6	75,00%	10	10	100,00%
Hajnowski	103	102	99,03%	82	82	100,00%
Kolneński	3	3	100,00%	3	3	100,00%
Łomżyński	7	7	100,00%	9	8	88,89%
Miasto Białystok	128	123	96,09%	177	174	98,31%
Miasto Łomża	5	5	100,00%	12	10	83,33%
Miasto Suwałki	24	21	87,50%	22	21	95,45%
Moniecki	9	7	77,78%	7	6	85,71%
Sejneński	49	47	95,92%	47	45	95,74%
Siemiatycki	41	39	95,12%	42	40	95,24%
Sokólski	27	25	92,59%	27	26	96,30%
Suwalski	19	18	94,74%	25	25	100,00%
Wysokomazowiecki	24	21	87,50%	55	51	92,73%
Zambrowski	10	9	90,00%	16	15	93,75%
Razem	628	595	94,75%	759	727	95,78%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 24.03.2024).

²¹¹ Według kryterium miejsca zamieszkania.

Województwo podlaskie jest zróżnicowane pod względem liczby osób objętych opieką zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (tabela 11).

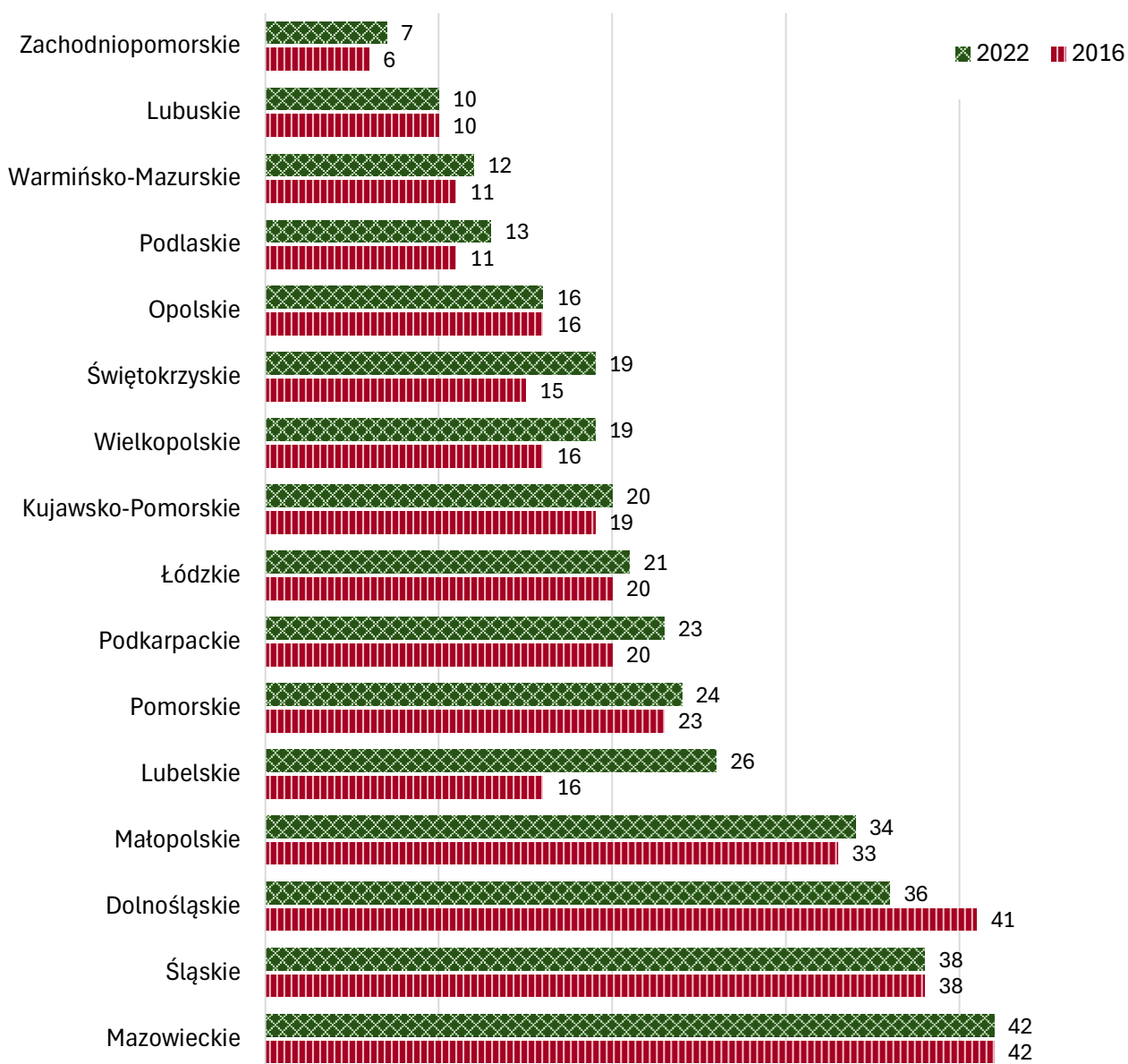
Analizując dane za 2022 rok dotyczące województwa podlaskiego, należy zauważyć dużo większe zapotrzebowanie na usługi ZPO zarówno ogółem, jak i w grupie osób w wieku 60 lat i więcej. Najwięcej osób objętych tą formą opieki w 2022 roku, podobnie jak w 2016 roku, było w mieście Białystok – 177 osób, z czego 98,31% stanowiły osoby w wieku w wieku 60 lat i więcej, co oznacza wzrost o 2,22 punktu procentowego w porównaniu z 2016 rokiem. Takie tendencje należy ocenić negatywnie, biorąc pod uwagę fakt, że w 2022 roku w mieście Białystok nie funkcjonował żaden zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

Dużą liczbę osób objętych opieką w ośrodkach ZPO posiadał powiat białostocki. W 2022 roku było to 127 osób (czyli o 41 osób więcej niż w 2016 roku), z czego 93,70% stanowiły osoby w wieku w wieku 60 lat i więcej, co oznacza spadek o 0,49 punktu procentowego w porównaniu z 2016 rokiem. Wśród innych powiatów wyróżniających się najwyższą liczbą osób objętych opieką zakładów opiekuńczych w 2022 roku należy wyróżnić: hajnowski (82 osoby, w tym 100% w wieku 60 lat i więcej), augustowski (80 osób, w tym 92,50% w wieku 60 lat i więcej), wysokomazowiecki (55 osób, w tym 92,73% w wieku 60 lat i więcej), sejneński (47 osób, w tym 95,74% w wieku 60 lat i więcej), a także siemiatycki (42 osoby, w tym 95,24% w wieku 60 lat i więcej). Najmniejszą liczbę osób (poniżej 10) posiadały powiaty: kolneński, moniecki i tomżyński oraz miasto Łomża. Podobnie sytuacja przedstawiała się w 2016 roku. Należy jednak zwrócić uwagę na sytuację powiatu suwalskiego, a także miasta Suwałki. W 2016 osób nie funkcjonowała tam żadna placówka tego typu. Tej formy pomocy wymagały natomiast 43 osoby (24 z miasta Suwałki, a także 19 z terenu powiatu suwalskiego), które musiały zostać objętą opieką ośrodków mających siedzibę w innych powiatach. Podobny problem wystąpił w 2016 roku w powiatach: grajewskim, monieckim, kolneńskim, zambrowskim, bielskim, tomżyńskim, a także w mieście Łomża.

Istotną rolę w ramach w opieki stacjonarnej nad osobami starszymi w systemie zdrowia pełnią też zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL). W 2022 roku w całej Polsce funkcjonowało ich 360. Dla porównania – w 2016 roku było ich 337 (wykres 12).

Najwięcej ośrodków ZOL w 2022 roku znajdowało się w województwach: mazowieckim (42 zakłady), śląskim (38), dolnośląskim (36), a także małopolskim (34). W mazowieckim oraz śląskim ich liczba utrzymywała się na stałym poziomie w porównaniu do 2016 roku. W województwie małopolskim zwiększyła się o jedną taką placówkę. Natomiast w województwie dolnośląskim odnotować można spadek aż o 5 zakładów świadczących taką formę opieki. W województwie lubelskim w 2022 roku funkcjonowało 26 zakładów, co oznacza wzrost o 10 placówek w stosunku do roku 2016. Najmniej zakładów opiekuńczo-leczniczych znajdowało się w 2022 roku w województwach zachodniopomorskim (7 zakładów), lubuskim (10), a także warmińsko-mazurskim (12). Podobna sytuacja była w 2016 roku.

Wykres 12. Liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych według województw w latach 2016 i 2022

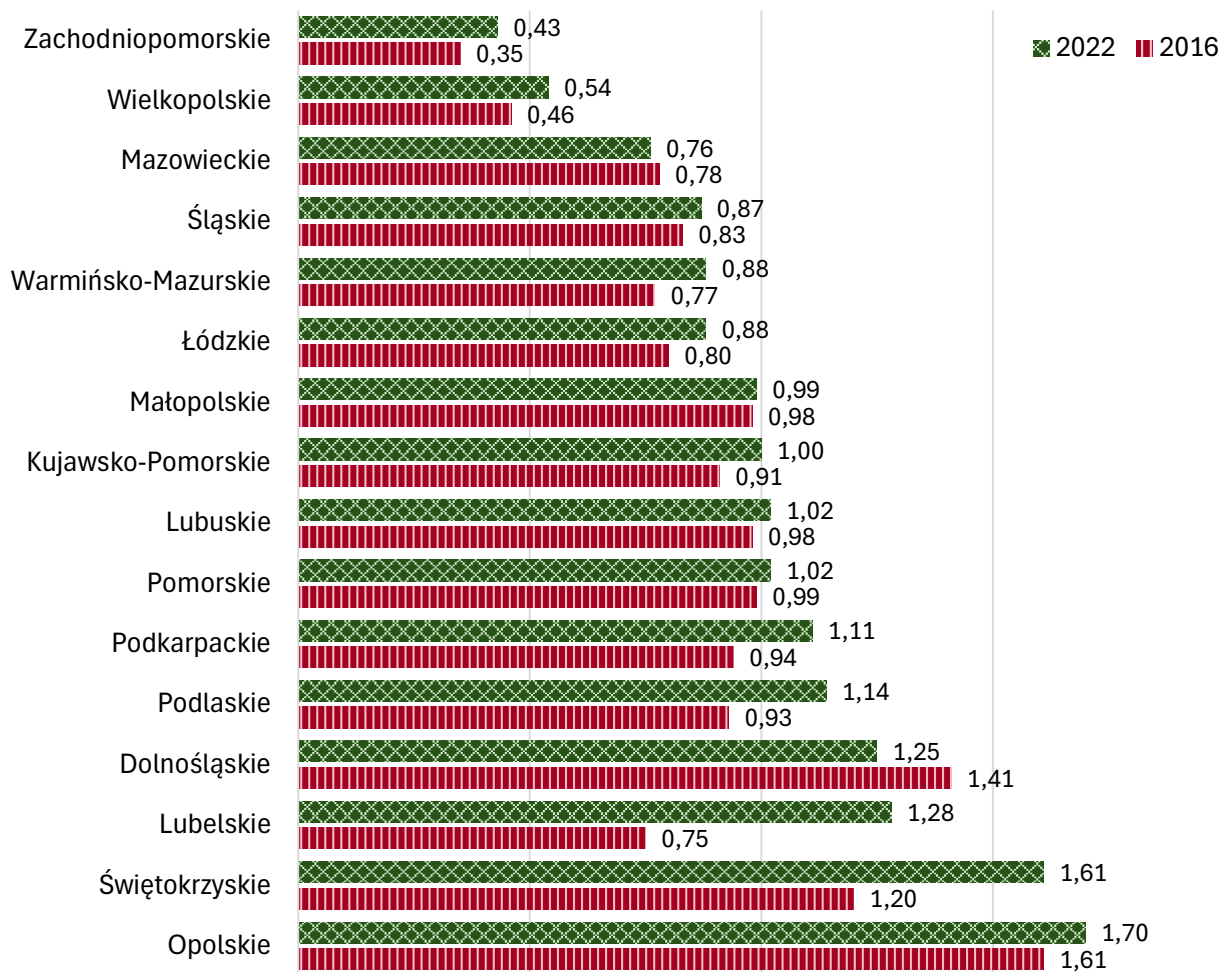


Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 29.03.2024).

Nie najlepiej na tle wszystkich województw przedstawiała się sytuacja w województwie podlaskim, które w 2022 roku dysponowało 13 zakładami opiekuńczo-leczniczymi. Po 2 zakłady było w powiatach monieckim, sokólskim i mieście Łomża, a po 1 w mieście Suwałki, powiatach augustowskim, grajewskim, wysokomazowieckim, bielskim, hajnowskim i siemiatyckim. W porównaniu do 2016 roku liczba ta wzrosła o 2 zakłady opiekuńczo-lecznicze. Nowe placówki powstały w mieście Łomża oraz powiecie augustowskim.

Zdecydowanie bardziej korzystnie przedstawia się sytuacja województwa podlaskiego, gdy przeanalizuje się dane dotyczące liczby zakładów opiekuńczo-leczniczych przypadających na 100 tysięcy mieszkańców (wykres 13).

Wykres 13. Liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców według województw w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 29.03.2024).

Najwięcej ośrodków ZOL w 2022 roku w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców znajdowało się w województwach: opolskim (1,70 ośrodka na 100 tysięcy mieszkańców), świętokrzyskim (1,61), lubelskim (1,28), a także dolnośląskim (1,25). W przypadku tego ostatniego województwa należy odnotować jednak spadek liczby zakładów opiekuńczo-leczniczych przypadających na 100 tysięcy mieszkańców w porównaniu z 2016 rokiem. Najmniej ośrodków w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w 2022 roku znajdowało się w województwach wielkopolskim (0,54 ośrodka na 100 tysięcy mieszkańców) oraz zachodniopomorskim (0,43).

W województwie podlaskim w 2022 roku na 100 tysięcy osób przypadało 1,14 ośrodka ZOL, co oznacza wzrost w stosunku do 2016 roku, w którym wskaźnik ten kształtował się na poziomie 0,93 na 100 tysięcy ludności.

Szczegółowa analiza województwa podlaskiego pozwala zauważyć, że w 2022 roku najwięcej ośrodków ZOL w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców było w powiecie monieckim (5,30 zakładów na 100 tysięcy mieszkańców), mieście Łomża (3,33), powiatach sokólskim (3,22), hajnowskim (2,54), siemiatyckim (2,43), a także grajewskim (2,24). Najmniej

zakładów w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców znajdowało się w mieście Suwałki (1,46 zakładów na 100 tysięcy mieszkańców), a także w powiecie augustowskim (1,82) ²¹².

W 2022 roku opieką zakładów opiekuńczo-leczniczych w całej Polsce objętych było 36 929 osób, z czego 92,63% stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej, co oznacza wzrost o 2,17 punktu procentowego w porównaniu do 2016 roku (tabela 12).

Tabela 12. Liczba osób objętych opieką zakładów opiekuńczo-leczniczych według województw w latach 2016 i 2022²¹³

Województwo	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 60 lat
Dolnośląskie	2905	2553	87,88%	3302	2962	89,70%
Kujawsko-Pomorskie	1307	1189	90,97%	1629	1503	92,27%
Lubelskie	1500	1358	90,53%	2392	2253	94,19%
Lubuskie	738	674	91,33%	1058	975	92,16%
Łódzkie	2311	2182	94,42%	2785	2672	95,94%
Małopolskie	4012	3658	91,18%	4591	4307	93,81%
Mazowieckie	4683	4188	89,43%	5061	4623	91,35%
Opolskie	1439	1318	91,59%	1408	1311	93,11%
Podkarpackie	2085	1920	92,09%	2700	2558	94,74%
Podlaskie	566	512	90,46%	604	550	91,06%
Pomorskie	2102	1884	89,63%	2100	1910	90,95%
Śląskie	3466	3112	89,79%	3839	3472	90,44%
Świętokrzyskie	1452	1361	93,73%	1832	1765	96,34%
Warmińsko-Mazurskie	1079	948	87,86%	1014	919	90,63%
Wielkopolskie	1522	1344	88,30%	1834	1710	93,24%
Zachodniopomorskie	909	815	89,66%	780	718	92,05%
Razem	32076	29016	90,46%	36929	34208	92,63%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 16.03.2024).

Najwięcej osób objętych tą formą opieki w 2022 roku, podobnie jak w 2016 roku, było w województwie mazowieckim (5 061 osób), z czego 91,35% stanowiły osoby w wieku w wieku 60 lat i więcej, co oznacza wzrost o 1,92 punktu procentowego w porównaniu do 2016 roku. Wśród innych województw wyróżniających się najwyższą liczbą osób objętych opieką ośrodków ZOL należy wymienić województwa: małopolskie (4 591 osób, w tym 93,81% w wieku 60 lat i więcej), śląskie (3 839 osób, w tym 90,44% w wieku 60 lat i więcej), dolnośląskie (3 302 osoby, w tym 89,70% w wieku 60 lat i więcej), łódzkie (2 785 osób, w tym 95,94% w wieku 60 lat i więcej), a także podkarpackie (2 700 osób, w tym 94,74% w wieku 60 lat i więcej). We wszystkich tych województwach można zauważyć wzrost zarówno ogólnej liczby osób objętych opieką ZOL, jak również udziału osób wieku 60 lat i więcej w porównaniu do roku 2016.

²¹² [Mapy potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 30.03.2024).

²¹³ Według kryterium miejsca zamieszkania.

Małą liczbą osób objętych opieką zakładów zarówno w roku 2022, jak i 2016 odznaczały się województwa: lubuskie, warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie. Natomiast najmniej osób taką opieką było objętych w województwie podlaskim – w 2022 roku zaledwie 604 osoby, z czego około 91% były to osoby w wieku 60 lat i więcej. Co prawda nastąpił wzrost w stosunku do 2016 roku o 38 osób, jednak ich liczba nadal jest najniższa w porównaniu do pozostałych województw.

Zestawiając trendy ukazujące zwiększającą się liczbą placówek ZOL zarówno w ujęciu bezwzględny (z poziomu 11 zakładów w 2016 roku do 13 w 2022 roku), jak również w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności (z poziomu 0,93 zakładu w 2016 roku do 1,14 w 2022 roku), można dokonać umiarkowanie pozytywnej oceny działań podejmowanych na szczeblu całego województwa podlaskiego w zakresie zaspokajania potrzeb pacjentów wymagających opieki w ZOL.

Tabela 13. Liczba osób objętych opieką zakładów opiekuńczo-leczniczych w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022²¹⁴

Powiat	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 60 lat
Augustowski	28	26	92,86%	31	29	93,55%
Białostocki	26	23	88,46%	27	26	96,30%
Bielski	48	40	83,33%	56	53	94,64%
Grajewski	45	42	93,33%	49	47	95,92%
Hajnowski	47	44	93,62%	52	51	98,08%
Kolneński	13	11	84,62%	10	9	90,00%
Łomżyński	21	20	95,24%	14	13	92,86%
Miasto Białystok	25	20	80,00%	44	43	97,73%
Miasto Łomża	13	12	92,31%	25	23	92,00%
Miasto Suwałki	33	31	93,94%	59	49	83,05%
Moniecki	47	44	93,62%	30	29	96,67%
Sejneński	4	4	100,00%	7	5	71,43%
Siemiatycki	30	23	76,67%	30	18	60,00%
Sokółski	73	68	93,15%	71	69	97,18%
Suwalski	24	22	91,67%	15	9	60,00%
Wysokomazowiecki	72	68	94,44%	68	66	97,06%
Zambrowski	17	14	82,35%	16	11	68,75%
Razem	566	512	90,46%	604	550	91,06%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 24.03.2024).

Szczegółowa analiza województwa podlaskiego (tabela 13) pozwala zauważyć, że opieką zakładów opiekuńczo-leczniczych najwięcej osób w 2022 roku objętych było w powiecie

²¹⁴ Według kryterium miejsca zamieszkania.

sokólskim – 71 osób, czyli o 2 osoby mniej niż w 2016 roku, z czego 97,18% stanowiły osoby w wieku w wieku 60 lat i więcej, co oznacza wzrost o 4,03 punktu procentowego w porównaniu z 2016 rokiem.

Wysoką liczbą osób odznaczał się też powiat wysokomazowiecki, w którym opieką zakładów opiekuńczo-leczniczych w 2022 roku objętych było 68 osób (czyli o 4 osoby mniej niż w 2016 roku), z czego 97,06% stanowiły osoby w wieku w wieku 60 lat i więcej, czyli o 2,62 punktu procentowego więcej niż w 2016 roku. Wśród innych powiatów wyróżniających się wysoką liczbą osób objętych opieką placówek ZOL w 2022 roku należy wymienić miasto Suwałki (59 osób, w tym 83,05% w wieku 60 lat i więcej), powiaty: bielski (56 osób, w tym 94,64% w wieku 60 lat i więcej), hajnowski (52 osoby, w tym 98,08% w wieku 60 lat i więcej), grajewski (49 osób, w tym 95,92% w wieku 60 lat i więcej), a także miasto Białystok (44 osoby, w tym 97,73% w wieku 60 lat i więcej). Szczególną uwagę należy zwrócić na sytuację miasta Białystok oraz powiatu białostockiego. W 2022 osób nie funkcjonowała tam żadna placówka tego typu. Tej formy pomocy wymagało natomiast 71 osób (44 z miasta Białystok, a także 27 z terenu powiatu białostockiego), które musiały zostać objętą opieką ośrodków mających siedzibę w innych powiatach. Nastąpił wzrost liczby osób objętych opieką – 2016 roku wynosiła ona 51 osób (25 z miasta Białystok, a także 26 z terenu powiatu białostockiego), które musiały zostać objętą opieką ośrodków mających siedzibę w innych powiatach. Podobny problem wystąpił w 2016 roku w powiatach: suwalskim, sejneńskim, augustowskim, kolneńskim, łomżyńskim, a także zambrowskim.

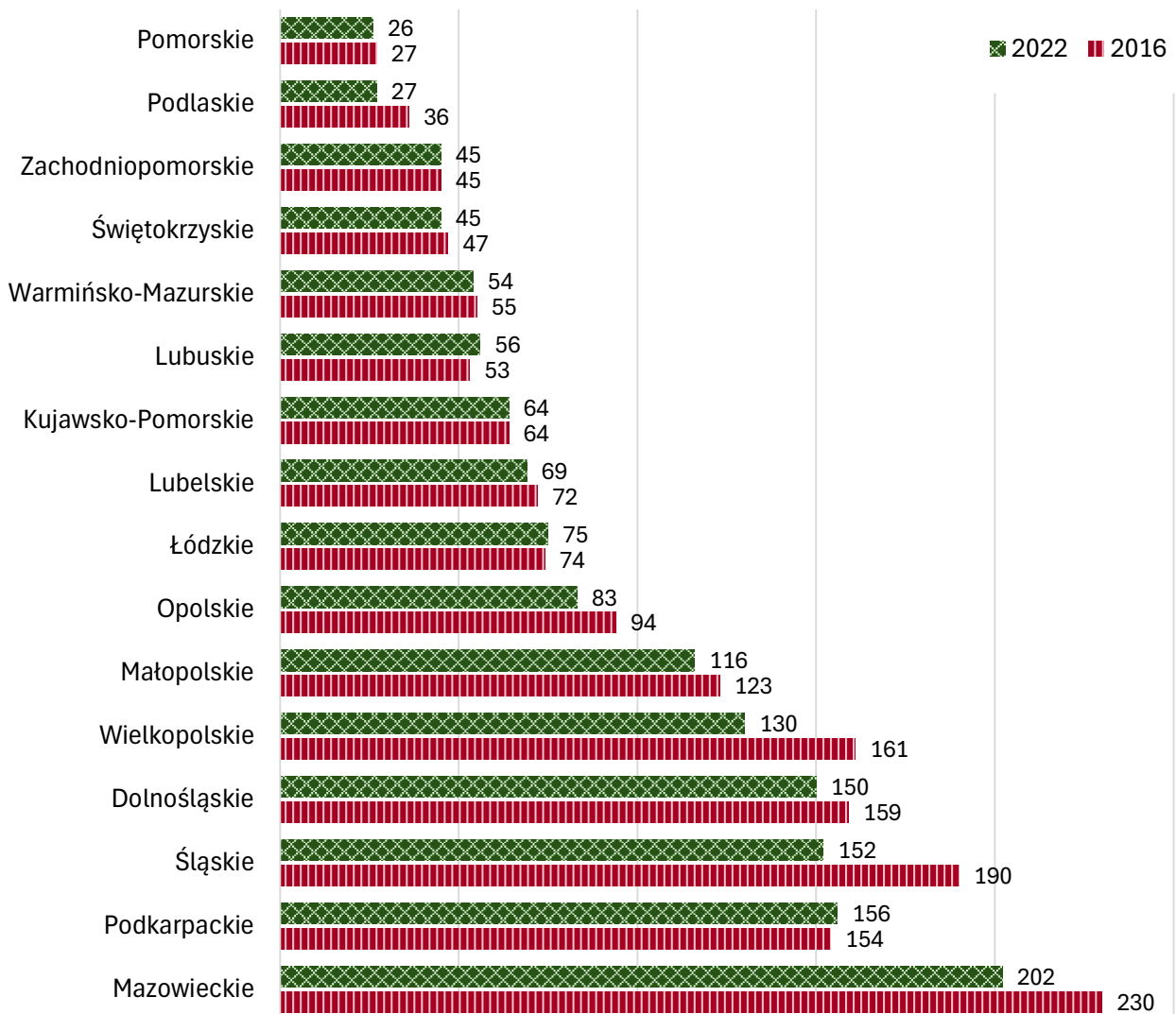
W roku 2022 w porównaniu do 2016 roku można zaobserwować w poszczególnych powiatach zarówno wzrost, jak i spadek liczby osób objętych opieką placówek ZOL w wieku 60 lat i więcej. Największy wzrost można było zauważyć w miastach Białystok (o 23 osoby) i Suwałki (o 18 osób) oraz w powiecie bielskim (13 osób). Natomiast największy spadek odnotowano w powiecie suwalskim (o 13 osób).

3.1.5. Długoterminowa pielęgnarska opieka domowa

W 2022 roku w Polsce długoterminową pielęgnarską opiekę domową świadczyło 1 450 ośrodków – dla porównania w 2016 roku było ich 1 584 (wykres 14).

Najwięcej ośrodków oferujących te usługi w 2022 roku znajdowało się w województwie mazowieckim (202 placówki). Co ważne, w porównaniu z 2016 rokiem ich liczba w województwie mazowieckim zmniejszyła się o 28. Wśród innych województw wyróżnić można województwa: podkarpackie, śląskie, dolnośląskie, wielkopolskie, a także małopolskie. W większości tych województw, podobnie jak w województwie mazowieckim, można zaobserwować tendencję spadkową. Jedynie w województwie podkarpackim odnotowano wzrost o 2 ośrodki. Niekorzystnie na tle przedstawionych województw wygląda sytuacja w województwie podlaskim, w którym w 2022 roku funkcjonowało zaledwie 27 ośrodków oferujących długoterminową pielęgnarską opiekę domową (dla porównania – w 2016 roku było ich 36). Gorzej pod tym względem w zestawieniu wypada jedynie województwo pomorskie.

Wykres 14. Liczba ośrodków oferujących długoterminową opiekę pielęgniarczą w warunkach domowych według województw w latach 2016 i 2022

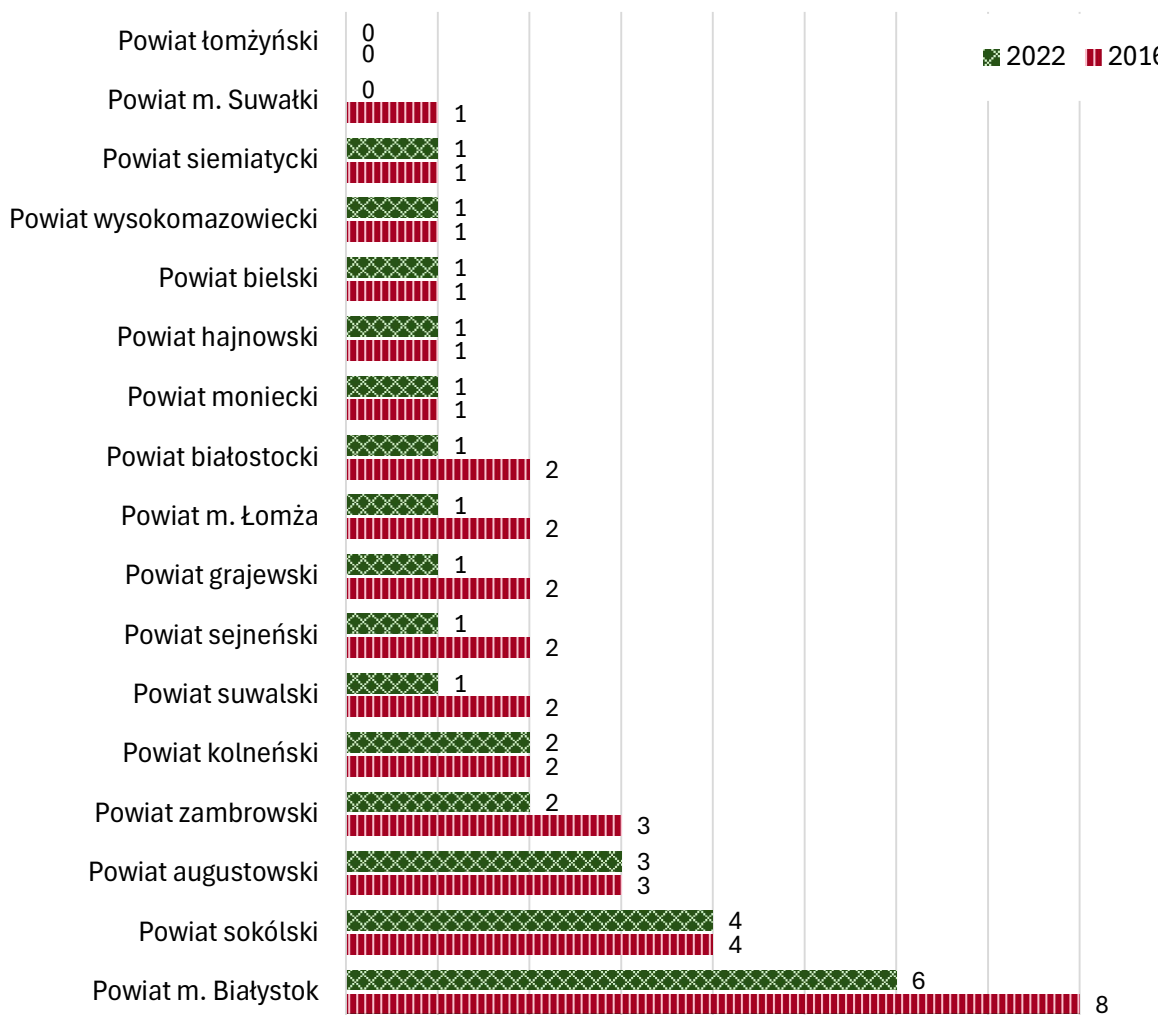


Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 16.03.2024).

Szczegółowa analiza województwa podlaskiego (wykres 15) pozwala zauważyć, że najwięcej ośrodków świadczących usługi długoterminowej pielęgniarczej opieki domowej w 2022 roku znajdowało się w mieście Białystok (6 ośrodków).

Porównując ten stan z 2016 rokiem, można zauważyć jednak spadek o 2 ośrodki. Stabilna sytuacja na przestrzeni analizowanego okresu wystąpiła w tym zakresie w powiatach: sokólskim, augustowskim, kolneńskim, monieckim, hajnowskim, bielskim, wysokomazowieckim, a także siemiatyckim. Niemniej jednak w 6 ostatnich powiatach w latach 2016 oraz 2022 znajdowała się zaledwie jedna placówka oferująca takie usługi. Należy również zauważyć, że o ile w 2016 roku na terenie miasta Suwałki była to jedna placówka, o tyle w 2022 roku nie było już żadnej. Świadczeniodawcą usług długoterminowej pielęgniarczej opieki domowej była natomiast jedna placówka znajdująca się w sąsiedniej gminie Filipów.

Wykres 15. Liczba ośrodków oferujących długoterminową opiekę pielęgniarczą w warunkach domowych w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022

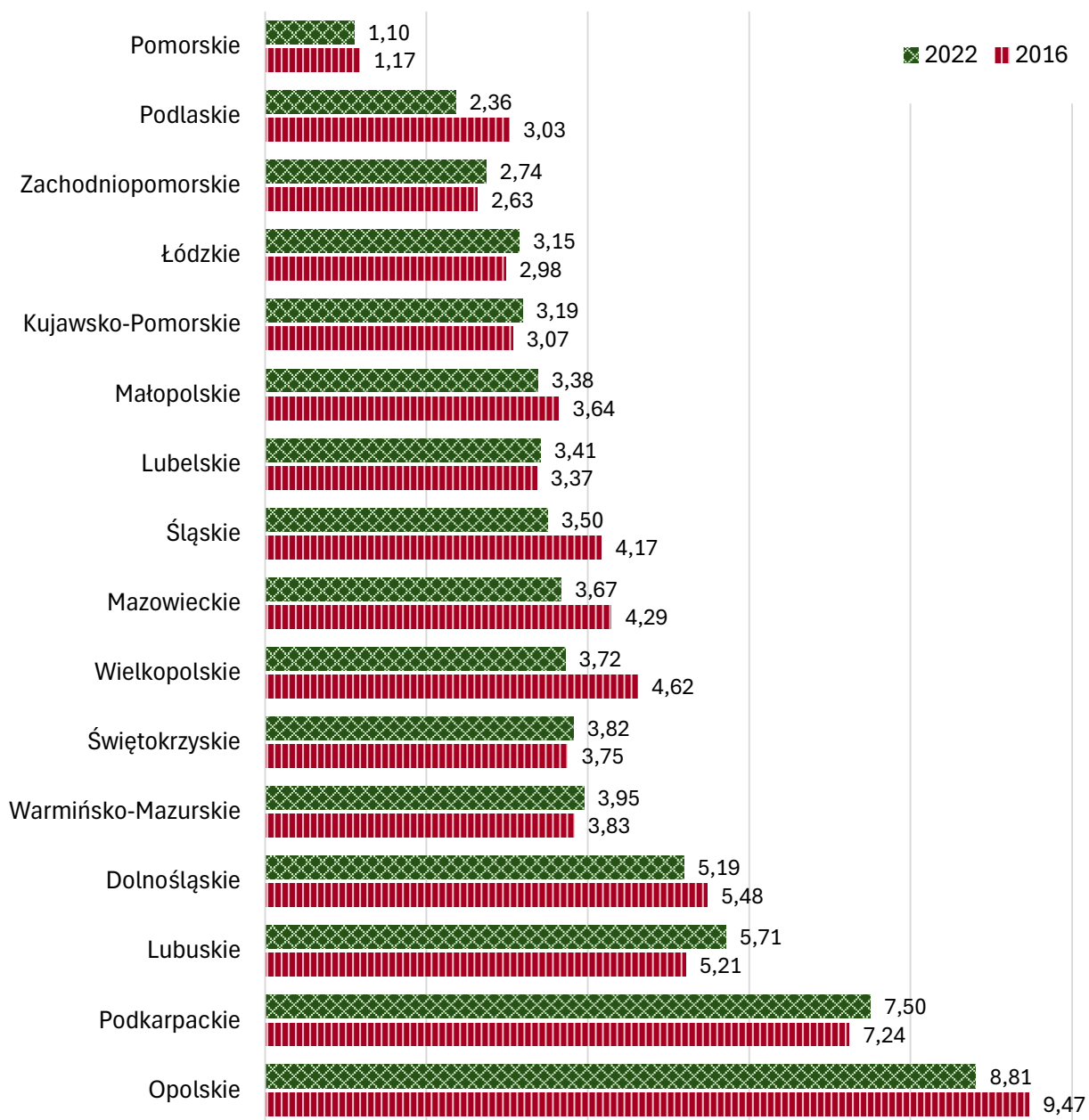


Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 16.03.2024).

Przedstawienie danych, na temat liczby ośrodków świadczących usługi długoterminowej pielęgniarczej opieki domowej w ujęciu bezwzględny – z uwagi na istotne dysproporcje w liczbie mieszkańców zarówno w poszczególnych województwach, jak i powiatach – stanowi duże uproszczenie i może prowadzić do błędnych wniosków. Z tego względu istotne znaczenia mają informacje dotyczące liczby ośrodków przypadających na 100 tysięcy mieszkańców (wykres 16).

Najwięcej ośrodków przypadających na 100 tysięcy mieszkańców w 2022 roku było województwie opolskim – 8,81. Znaczną liczbą placówek dysponowały województwa: podkarpackie – 7,50 ośrodków, lubuskie – 5,71, a także dolnośląskie – 5,19. Niekorzystnie w tym zestawieniu prezentuje się województwo podlaskie – w 2016 roku na 100 tysięcy mieszkańców przypadało tu 3,03 ośrodków, co sytuuje je na 15 miejscu wśród wszystkich województw. W 2022 roku sytuacja uległa pogorszeniu i było to zaledwie 2,36 ośrodków świadczących usługi długoterminowej pielęgniarczej opieki domowej. Gorzej sytuacja przedstawiała się jedynie w województwo pomorskim.

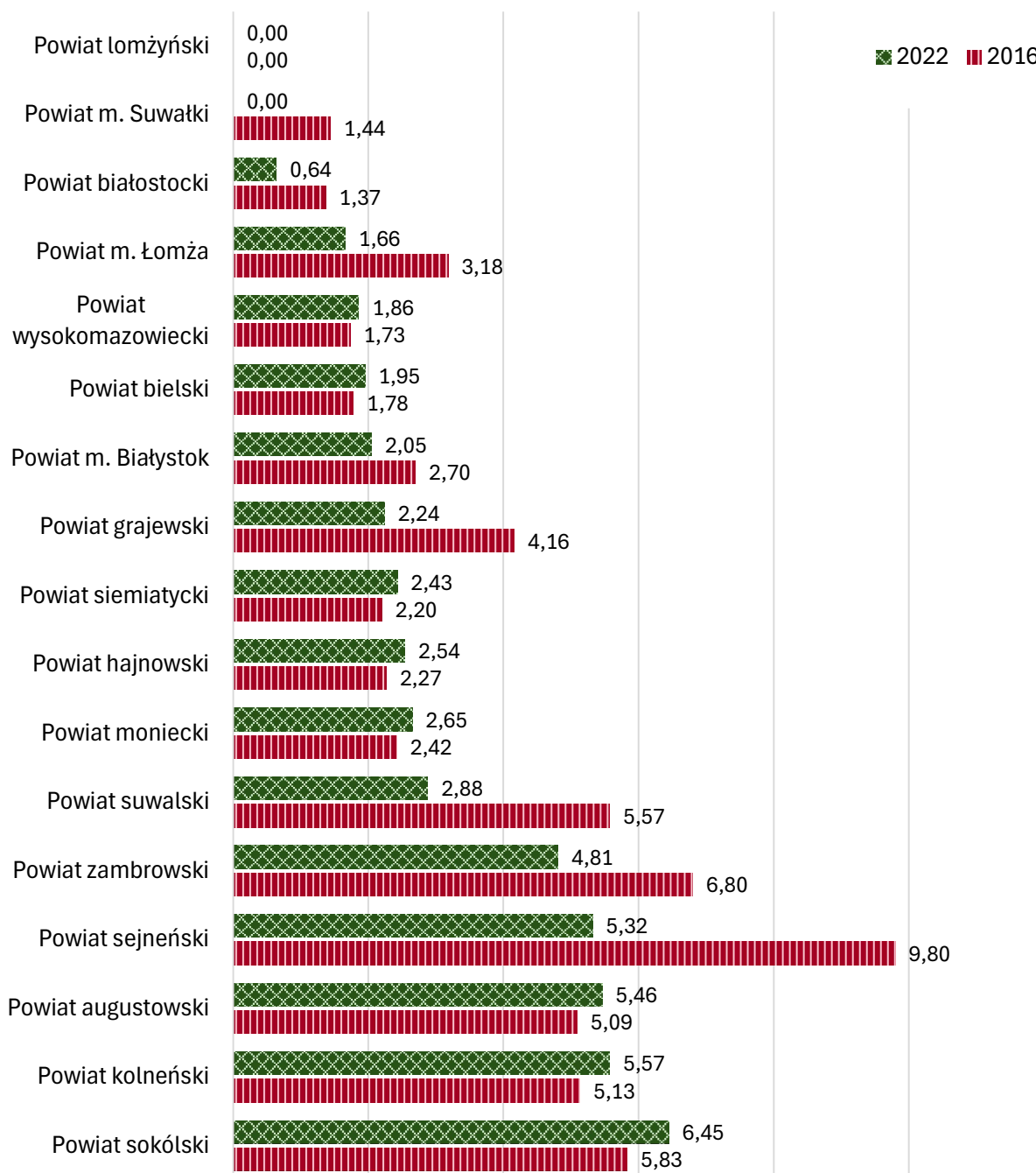
WYKRES 16. Liczba ośrodków oferujących długoterminową opiekę pielęgniarską w warunkach domowych na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 16.03.2024).

Analiza województwa podlaskiego (wykres 17) pozwala zauważyć, że najwięcej ośrodków świadczących usługi długoterminowej pielęgniarskiej opieki domowej w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w 2016 roku było w powiecie sejneńskim – 9,80. Na przestrzeni lat nastąpił jednak znaczący spadek w tym zakresie do poziomu 5,32 ośrodka w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w 2022 roku. W latach 2016–2022 ogólną tendencję spadkową z tym związaną można zauważyć również w powiatach: zambrowskim, suwalskim, grajewskim, białostockim, a także w trzech miastach na prawach powiatu, czyli w Białymstoku, Łomży i Suwałkach.

Wykres 17. Liczba ośrodków oferujących długoterminową opiekę pielęgniarską w warunkach domowych w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 16.03.2024).

Do pełnej oceny długoterminowej pielęgniarskiej opieki domowej niezbędne jest przedstawienie danych dotyczących liczby osób objętych tą formą opieki (tabela 14).

Tabela 14. Liczba osób objętych długoterminową opieką pielęgniarską w warunkach domowych według województw w latach 2016 i 2022²¹⁵

Województwo	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 60 lat
Dolnośląskie	3575	3164	88,50%	3588	3262	90,91%
Kujawsko-Pomorskie	1927	1778	92,27%	2089	1965	94,06%
Lubelskie	3068	2832	92,31%	3746	3551	94,79%
Lubuskie	1189	1034	86,96%	1284	1151	89,64%
Łódzkie	2737	2531	92,47%	3023	2837	93,85%
Małopolskie	4825	4261	88,31%	4847	4404	90,86%
Mazowieckie	6694	6168	92,14%	6619	6182	93,40%
Opolskie	3399	3047	89,64%	2821	2553	90,50%
Podkarpackie	5517	4924	89,25%	5455	4952	90,78%
Podlaskie	1179	1074	91,09%	1322	1172	88,65%
Pomorskie	1031	953	92,43%	1204	1139	94,60%
Śląskie	14002	13112	93,64%	13109	12455	95,01%
Świętokrzyskie	2838	2653	93,48%	2344	2221	94,75%
Warmińsko-Mazurskie	1533	1365	89,04%	1460	1326	90,82%
Wielkopolskie	4421	3651	82,58%	4390	3718	84,69%
Zachodniopomorskie	2446	2227	91,05%	2436	2251	92,41%
Razem	60381	54774	90,71%	59737	55139	92,30%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 16.03.2024).

W 2022 roku długoterminową pielęgniarską opieką domową w całej Polsce objętych było 59 737 osób, z czego 92,30% stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej, co oznacza wzrost o 1,59 punktu procentowego w porównaniu do 2016 roku. Najwięcej osób objętych tą opieką w 2022 roku, podobnie jak w 2016 roku, było w województwie śląskim – 13 109 osób, z czego aż 95,01% stanowiły osoby w wieku w wieku 60 lat i więcej, co oznacza wzrost o 1,37 punktu procentowego w porównaniu z 2016 rokiem. Wśród innych województw wyróżniających się wysokim odsetkiem osób w wieku 60 lat i więcej objętych długoterminową pielęgniarską opieką domową w 2022 roku należy wymienić: lubelskie świętokrzyskie, pomorskie, kujawsko-pomorskie – ponad 94%; mazowieckie i łódzkie – ponad 93%; zachodniopomorskie – ponad 92%; dolnośląskie, małopolski, warmińsko-mazurskie, podkarpackie oraz opolskie – ponad 90%.Warto zauważyć, że jedynie w trzech województwach, w tym w województwie podlaskim, wskaźnik ten w 2022 roku był niższy niż 90%. Niemniej jednak, analizując dane dotyczące liczby osób wieku 60 lat i więcej objętych długoterminową pielęgniarską opieką domową w województwie podlaskim, trzeba podkreślić wzrost z poziomu 1 074 osób w 2016 roku do 1 172 osób w roku 2022. Tendencja ta niepokoi, szczególnie jeśli zestawimy te wyniki

²¹⁵ Według kryterium miejsca zamieszkania.

z informacjami ukazującymi zmniejszającą się liczbą ośrodków oferujących takie usługi w 2022 roku.

Szczegółowa analiza danych z województwa podlaskiego (tabela 15) pozwala zauważyć, że długoterminową opieką pielęgniarską w warunkach domowych najwięcej osób objętych było w 2022 roku w mieście Białystok (479 osób), z czego 80,38% stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej.

Tabela 15. Liczba osób objętych długoterminową opieką pielęgniarską w warunkach domowych w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022²¹⁶

Powiat	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 60 lat
Augustowski	83	72	86,75%	57	57	100,00%
Białostocki	71	64	90,14%	120	107	89,17%
Bielski	67	63	94,03%	50	45	90,00%
Grajewski	56	51	91,07%	45	42	93,33%
Hajnowski	67	58	86,57%	45	41	91,11%
Kolneński	35	33	94,29%	24	23	95,83%
Łomżyński	12	12	100,00%	20	19	95,00%
Miasto Białystok	314	277	88,22%	479	385	80,38%
Miasto Łomża	113	102	90,27%	90	84	93,33%
Miasto Suwałki	62	60	96,77%	86	80	93,02%
Moniecki	26	24	92,31%	32	31	96,88%
Sejneński	27	27	100,00%	20	19	95,00%
Siemiatycki	58	57	98,28%	61	58	95,08%
Sokólski	77	69	89,61%	74	71	95,95%
Suwalski	25	22	88,00%	25	25	100,00%
Wysokomazowiecki	33	31	93,94%	50	45	90,00%
Zambrowski	53	52	98,11%	44	40	90,91%
Razem	1179	1074	91,09%	1322	1172	88,65%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 23.03.2024).

Należy zauważyć, że właśnie osoby w tym wieku stanowiły główną grupę odbiorców usług związanych z długoterminową opieką pielęgniarską w warunkach domowych w większości powiatów województwa podlaskiego w 2022 roku. Największy odsetek osób w wieku 60 lat i więcej objętych długoterminową pielęgniarską opieką domową odnotowano w powiatach augustowskim i suwalskim – po 100% oraz monieckim – ponad 96%. W pozostałych powiatach udział ten kształtował się na wysokim poziomie. Jedynie w powiecie białostockim i mieście Białystok ukształtował się na poziomie poniżej 90%. Należy zwrócić uwagę również na sytuację powiatu łomżyńskiego, w którym nie funkcjonowała żadna placówka oferująca długoterminową

²¹⁶ Według kryterium miejsca zamieszkania.

pielęgniarską opieką domową. Tej formy pomocy wymagało natomiast 20 osób (z czego 95% stanowiły osoby wszystkie w wieku 60 lat i więcej), które musiały zostać objętą opieką ośrodków mających siedzibę albo w mieście Łomża, albo w innych powiatach.

Analizując dane za 2022 rok dotyczące województwa podlaskiego, można zauważyć jeszcze większe zapotrzebowanie na usługi długoterminowej opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych w grupie osób w wieku 60 lat i więcej. Z jednej strony świadczyć może o tym wzrost liczby osób objętych tą formą opieki w wielu powiatach w porównaniu do 2016 roku (miasta Białystok i Suwałki oraz powiaty: białostocki, sokólski, siemiatycki, wysokomazowiecki, moniecki, suwalski, łomżyński. Z drugiej wskazuje na to bardzo duży udział tej grupy wiekowej w ogólnej liczbie osób objętych długoterminową pielęgniarską opieką domową w większości powiatów.

Oceniając przedstawione dane, należy zwrócić uwagę szczególnie na dwa powiaty, czyli powiat łomżyński, a także miasto Suwałki. W 2022 roku nie funkcjonowała w nich żadna placówka oferująca długoterminową pielęgniarską opieką domową. Tej formy pomocy wymagało 86 osób w mieście Suwałki (w tym 80 osób w wieku 60 lat i więcej), a także 20 osób w powiecie łomżyńskim (w tym 19 osób w wieku 60 lat i więcej). Wszystkie one musiały zostać objętą opieką ośrodków mających siedzibę w innych powiatach.

3.1.6. Długoterminowa opieka domowa dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

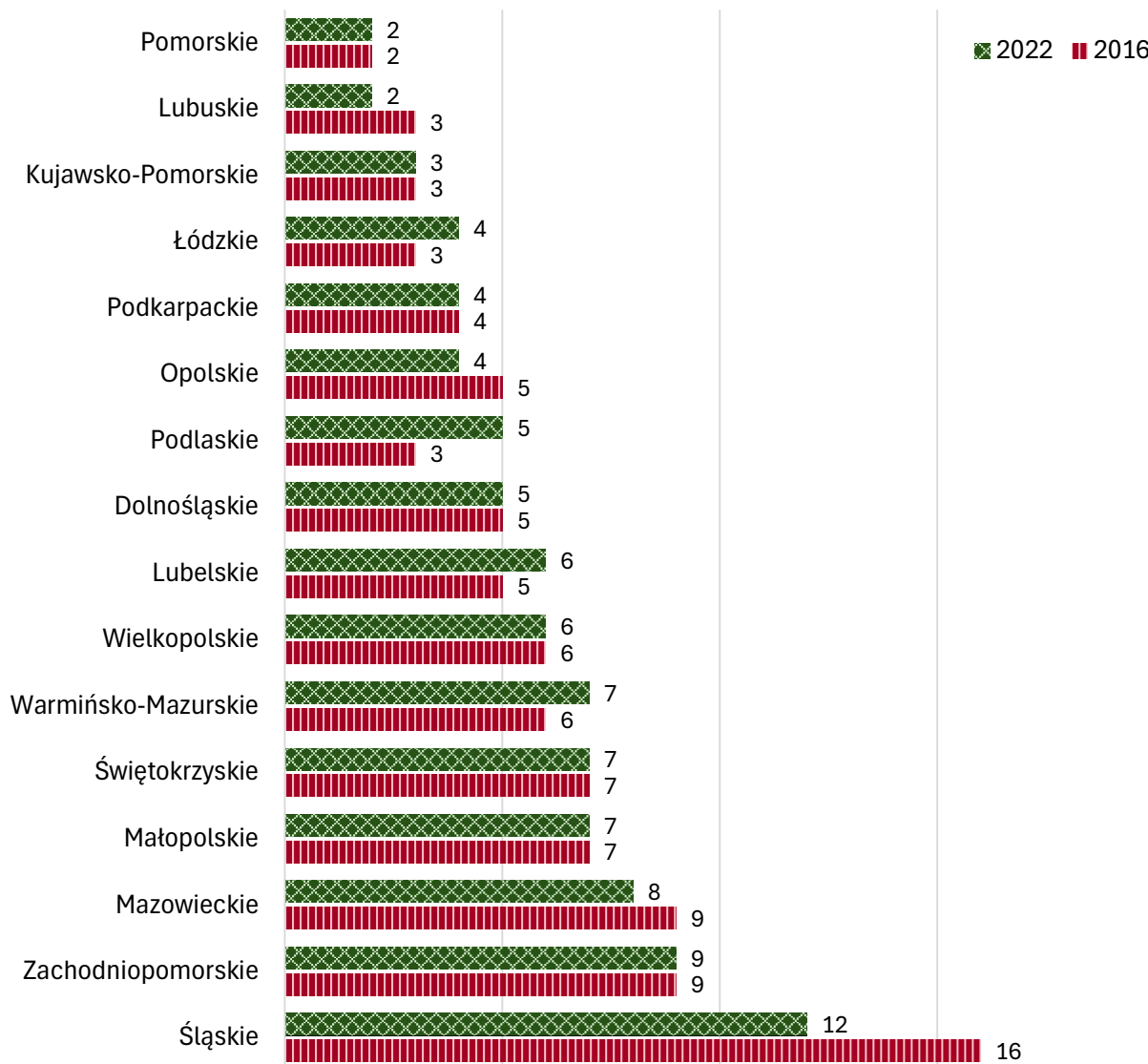
Istotną rolę w ramach w opieki domowej nad osobami starszymi systemie opieki zdrowotnej spełniać może także opieka świadczona przez wielodyscyplinarne zespoły opieki długoterminowej skierowana do chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej (prowadzonej przy pomocy respiratora) bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki maski czy kaski), ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej. Objęte nią mogą być osoby niewymagające hospitalizacji na oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, które potrzebują jednak stałego, specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji, a także rehabilitacji. Co ważne, pacjenci wentylowani mechanicznie w warunkach domowych nie mogą być jednocześnie objęci opieką paliatywną i hospicyjną lub pielęgniarską opieką długoterminową domową²¹⁷.

W 2022 roku w Polsce długoterminową opieką domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie świadczyło 91 ośrodków. Dla porównania – w 2016 roku były to 93 ośrodki (wykres 18).

Najwięcej ośrodków oferujących tę formę opieki w 2022 roku znajdowało się w województwie śląskim (12 ośrodków). Niemniej jednak w porównaniu z 2016 rokiem liczba ośrodków zmniejszyła się o 4. Duża liczba tego typu placówek w 2022 roku była również w województwach: zachodniopomorskim (9 ośrodków), mazowieckim (8), małopolskim (7), świętokrzyskim (7), a także warmińsko-mazurskim (7).

²¹⁷ Narodowy Fundusz Zdrowia...

Wykres 18. Liczba ośrodków oferujących długoterminową opiekę domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie według województw w latach 2016 i 2022

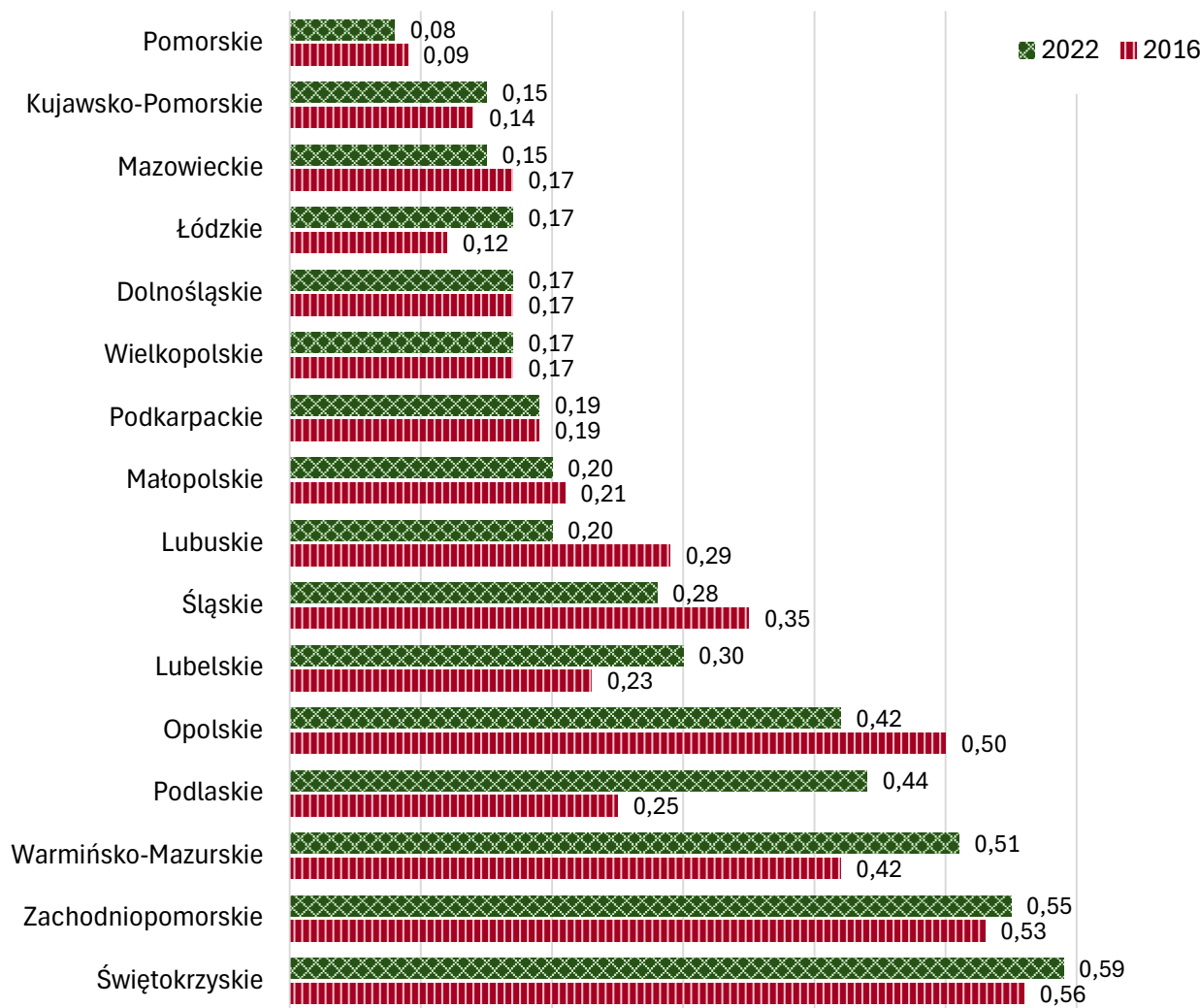


Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 21.03.2024).

W województwie podlaskim w 2022 roku funkcjonowało 5 placówek oferujących długoterminową opiekę domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, mających siedziby w powiatach: białostockim, kolneńskim, wysokomazowieckim, a także w dwóch miastach na prawach powiatu: w Łomży i Suwałkach. W 2016 roku w całym województwie podlaskim funkcjonowały zaledwie 3 ośrodki oferujące tę formę opieki.

Na podstawie danych dotyczących liczby ośrodków oferujących długoterminową opiekę domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie przypadających na 100 tysięcy mieszkańców można zauważyć, że w 2022 roku najwięcej było ich w województwach: świętokrzyskim (0,59 ośrodek), zachodniopomorskim (0,55) i warmińsko-mazurskim (0,51) (wykres 19).

Wykres 19. Liczba ośrodków oferujących długoterminową opiekę domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 22.03.2024)

W obydwu badanych latach najmniej ośrodków na 100 tysięcy ludności (poniżej 0,2 ośrodka) przypadało w województwach: pomorskim, kujawsko-pomorskim, mazowieckim, łódzkim, dolnośląskim, podkarpackim.

W województwie podlaskim na 100 tysięcy mieszkańców przypadało 0,44 ośrodka świadczącego usługi długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Dla porównania – w 2016 roku było to zaledwie 0,25 ośrodka. Najwięcej ośrodków przypadających na 100 tysięcy mieszkańców w 2022 roku znajdowało się w powiatach kolneńskim – 2,78 ośrodków i wysokomazowieckim – 1,86, w miastach Łomża – 1,66 i Suwałki – 1,46, a także w powiecie białostockim – 0,64²¹⁸.

W całej Polsce w 2022 roku długoterminową opiekę domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w całej Polsce objętych było 6 353 osoby, z czego 71,41% stanowiły osoby

²¹⁸ [Mapy potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 21.03.2024).

w wieku 60 lat i więcej. Oznacza to wzrost o 8,73 punktu procentowego w porównaniu do 2016 roku (tabela 16).

Tabela 16. Liczba osób objętych długoterminową opieką domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie według województw w latach 2016 i 2022²¹⁹

Województwo	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 60 lat
Dolnośląskie	513	349	68,03%	827	595	71,95%
Kujawsko-Pomorskie	333	210	63,06%	629	461	73,29%
Lubelskie	367	236	64,31%	770	585	75,97%
Lubuskie	129	68	52,71%	257	178	69,26%
Łódzkie	121	51	42,15%	211	117	55,45%
Małopolskie	550	361	65,64%	1382	1018	73,66%
Mazowieckie	345	203	58,84%	828	575	69,44%
Opolskie	105	64	60,95%	174	121	69,54%
Podkarpackie	192	106	55,21%	465	324	69,68%
Podlaskie	87	44	50,57%	189	129	68,25%
Pomorskie	149	88	59,06%	209	114	54,55%
Śląskie	666	453	68,02%	1408	1040	73,86%
Świętokrzyskie	220	146	66,36%	286	218	76,22%
Warmińsko-Mazurskie	178	116	65,17%	388	280	72,16%
Wielkopolskie	387	229	59,17%	704	478	67,90%
Zachodniopomorskie	122	74	60,66%	170	120	70,59%
Razem	4464	2798	62,68%	8897	6353	71,41%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 16.03.2024).

Największy odsetek osób w wieku 60 lat i więcej objętych tą formą opieki w 2022 roku, podobnie jak w 2016 roku, posiadało województwo świętokrzyskie – 76,22%, co oznacza wzrost o 9,86 punktu procentowego w porównaniu z 2016 rokiem.

Wśród innych województw odznaczających się największym odsetkiem osób objętych długoterminową opieką domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w wieku 60 lat i więcej w 2022 roku znalazły się województwa: lubelskie – 75,97%, śląskie – 73,86%, małopolskie – 73,66%, kujawsko-pomorskie – 73,29%, warmińsko-mazurskie – 72,16%, dolnośląskie – 71,95%, zachodniopomorskie – 70,59%.

W województwie podlaskim długoterminową opieką domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w 2022 roku objętych było 189 osób, z czego 68,25% stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej. Wskazuje to na istotny wzrost w stosunku do 2016 roku. Poszczególne powiaty województwa podlaskiego różnią się pod względem liczby osób objętych długoterminową opieką domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (tabela 17).

²¹⁹ Według kryterium miejsca zamieszkania.

Tabela 17. Liczba osób objętych długoterminową opieką domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022²²⁰

Powiat	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 60 lat
Augustowski	0	0	0	8	6	75,00%
Białostocki	21	12	57,14%	25	15	60,00%
Bielski	2	1	50,00%	1	1	100,00%
Grajewski	4	2	50,00%	4	1	25,00%
Hajnowski	1	0	0,00%	6	3	50,00%
Kolneński	0	0	0	6	3	50,00%
Łomżyński	1	1	100,00%	10	8	80,00%
Miasto Białystok	32	17	53,13%	76	54	71,05%
Miasto Łomża	5	2	40,00%	14	12	85,71%
Miasto Suwałki	3	1	33,33%	10	6	60,00%
Moniecki	2	1	50,00%	7	5	71,43%
Sejneński	1	0	0,00%	1	0	0,00%
Siemiatycki	6	4	66,67%	3	1	33,33%
Sokółski	4	1	25,00%	7	5	71,43%
Suwalski	2	0	0,00%	5	4	80,00%
Wysokomazowiecki	1	0	0,00%	4	3	75,00%
Zambrowski	2	2	100,00%	2	2	100,00%
Razem	87	44	50,57%	189	129	68,25%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 23.03.2024).

W 2022 roku, podobnie jak w 2016 roku, najwięcej osób objętych długoterminową opieką domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie zarówno ogółem, jak i w grupie osób w wieku 60 lat i więcej było w mieście Białystok. Opieką było objętych 76 osób, z czego 71,05% stanowiły osoby w wieku w wieku 60 lat i więcej, co oznacza wzrost o 17,92 punktu procentowego w porównaniu z 2016 rokiem. Tendencja ta nie napawa optymizmem, szczególnie gdy weźmie się pod uwagę fakt, że w 2022 roku w samym Białymstoku nie funkcjonował żaden ośrodek oferujący usługi długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Najbliższa placówka znajdowała się w Łapach (powiat białostocki). Wśród innych powiatów posiadających najwyższą liczbę osób objętych długoterminową opieką domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w 2022 roku należy wyróżnić powiat białostocki (z czego 60% w wieku 60 lat i więcej), miasto Łomżę (z czego 85,71% w wieku 60 lat i więcej) i miasto Suwałki (z czego 60% w wieku 60 lat). W większości powiatów w stosunku do 2016 roku odnotowano wzrost liczby osób objętych długoterminową opieką domową dla

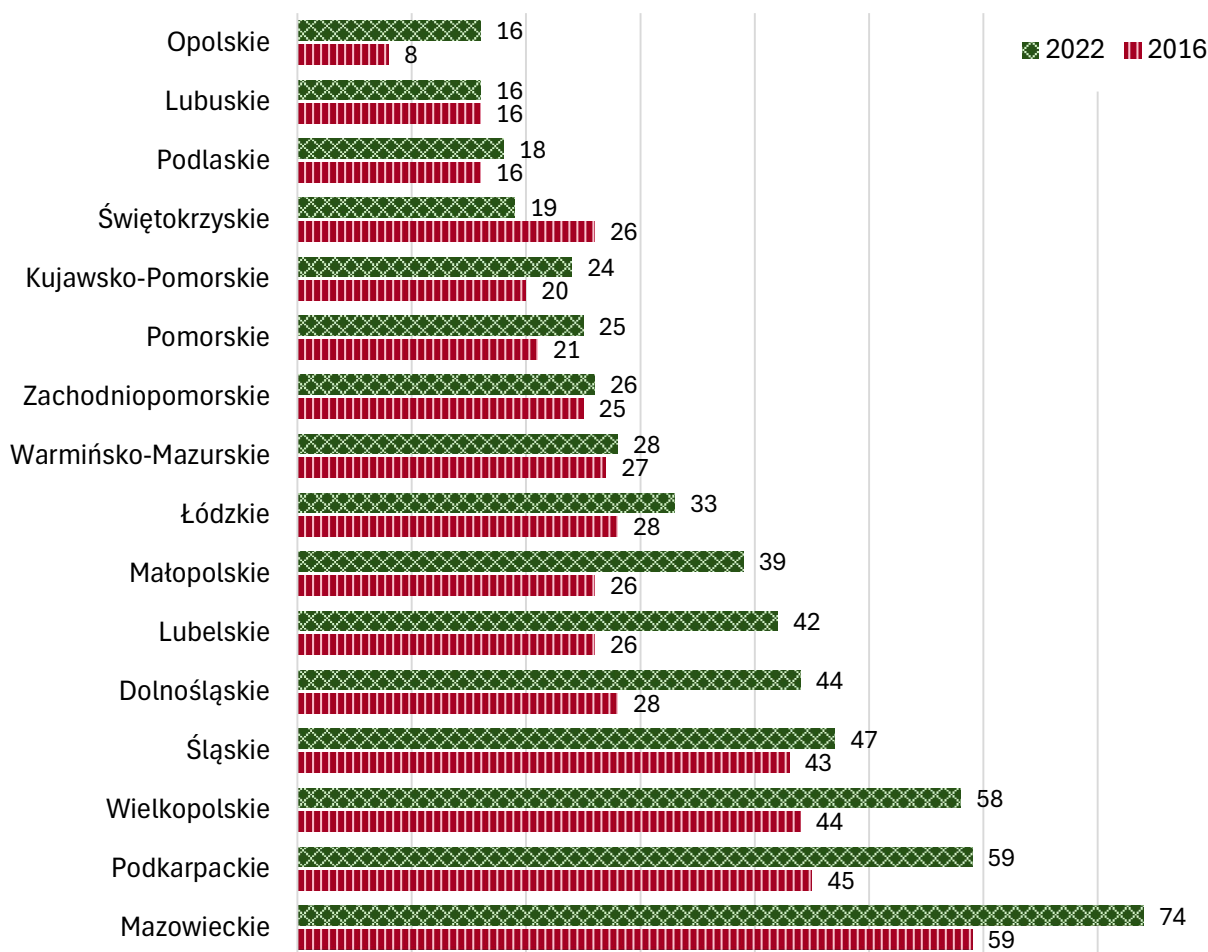
²²⁰ Według kryterium miejsca zamieszkania.

pacjentów wentylowanych mechanicznie. Wyjątek stanowiły powiaty bielski i siemiatycki, gdzie można zaobserwować tendencję spadkową.

3.1.7. Hospicja domowe

W 2022 roku w Polsce usługi hospicjum domowego²²¹ oferowało 568 ośrodków. Dla porównania – w 2016 roku było to 458 ośrodków (wykres 20).

Wykres 20. Liczba ośrodków oferujących usługi hospicjum domowego według województw w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 24.03.2024).

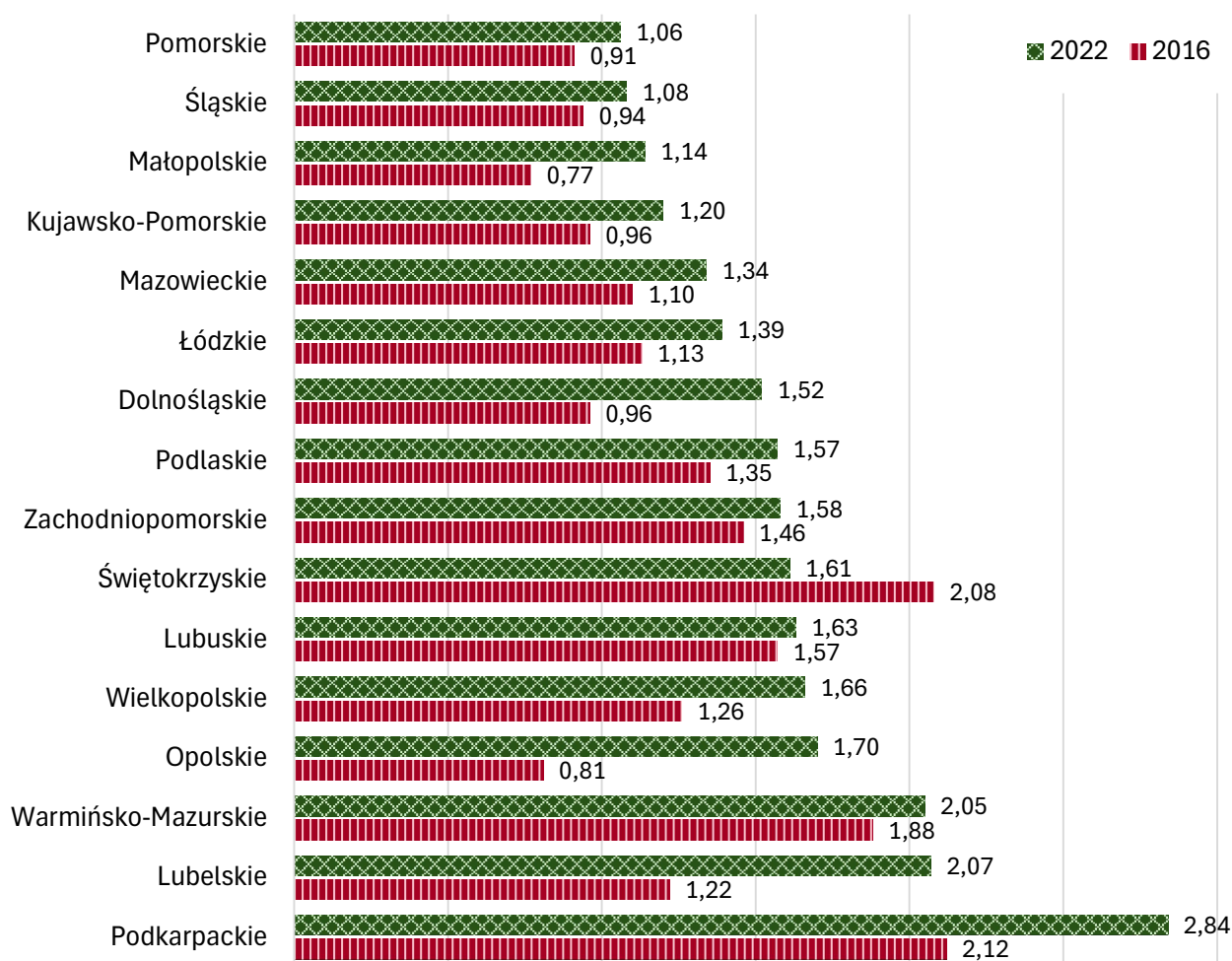
Najwięcej ośrodków oferujących usługi w 2022 roku znajdowało się w województwie mazowieckim – 74 placówki. Co ważne, w porównaniu z 2016 rokiem liczba ośrodków w województwie mazowieckim zwiększyła się o ponad 25%. Większą ich liczbą w 2022 roku na tle innych województw wyróżniły się też województwa: podkarpackie, wielkopolskie, śląskie, dolnośląskie, lubelskie, a także małopolskie. Wszędzie tam, podobnie jak w województwie mazowieckim, można zaobserwować tendencję wzrostową.

²²¹ Z pominięciem placówek oferujących wyłącznie świadczenia w ramach hospicjum domowego dla dzieci, a także świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej.

Podobne zmiany były widoczne również w województwie podlaskim, w którym w 2022 roku funkcjonowało 18 takich ośrodków. Co ważne, w 2016 roku liczba ośrodków oferujących tę formę opieki wynosiła 16. Najwięcej ich w 2022 roku znajdowało się w mieście Białystok (3 ośrodki) i w mieście Łomża (2), a także w powiecie białostockim (2). Pozostałe powiaty województwa podlaskiego (z wyjątkiem powiatów suwalskiego, sejneńskiego i łomżyńskiego) dysponowały w 2022 roku po jednym ośrodku oferującym usługi hospicjum domowego. Szczególnie pozytywnie zmiany jakie na przestrzeni lat należy ocenić w powiecie białostockim, który w 2016 roku nie posiadał żadnego takiego ośrodka²²².

Na podstawie danych dotyczących liczby ośrodków oferujących usługi hospicjum domowego przypadających na 100 tysięcy mieszkańców (wykres 21) można zauważyć, że najwięcej z nich przypada na województwo podkarpackie – 2,84 ośrodka na 100 tysięcy mieszkańców.

Wykres 21. Liczba ośrodków oferujących usługi hospicjum domowego w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 24.03.2024).

W 2022 roku wśród województw, w których przypada najwięcej ośrodków na 100 tysięcy mieszkańców, znalazły się: lubelskie – 2,07 ośrodek, warmińsko-mazurskie – 2,05, opolskie –

²²² [Mapa potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 24.03.2024).

1,70, wielkopolskie – 1,66, lubuskie – 1,63, a także świętokrzyskie – 1,61. Najmniej ośrodków znajdowało się w województwach pomorskim, śląskim i małopolskim. Należy podkreślić, że we wszystkich województwach odnotowano wzrost liczby tego rodzaju ośrodków na 100 tysięcy mieszkańców.

W województwie podlaskim w 2022 roku na 100 tysięcy mieszkańców przypadało 1,57 ośrodka. W porównaniu do 2016 roku nastąpił wzrost o 0,22 ośrodka. Szczegółowa analiza danych z województwa podlaskiego pozwala zauważyć, że najwięcej ośrodków oferujących usługi hospicjum domowego w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w 2022 roku zlokalizowanych było w mieście Łomża – 3,33 ośrodka, a także w powiatach kolneńskim – 2,78, monieckim – 2,65, hajnowskim – 2,54, siemiatyckim – 2,43, zambrowskim – 2,24 i grajewskim – 2,24. Najmniej ośrodków oferujących tę formę opieki w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców znajdowało się w 2022 roku w mieście Suwałki, w powiecie białostockim, a także w mieście Białystok²²³.

W 2022 roku opieką hospicjum domowego w całej Polsce objętych było 62 029 osób (tabela 18), z czego 78,25% stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej, co oznacza wzrost o 7,04% punktu procentowego w porównaniu do 2016 roku.

Najwięcej osób objętych tą formą opieki w 2022 roku było w województwie mazowieckim (8 463 osoby), z czego 80,69% stanowiły osoby w wieku w wieku 65 lat i więcej, co oznacza wzrost o 5,78 punktu procentowego w porównaniu z 2016 rokiem. Dużo było ich też w województwie śląskim, w którym opieką hospicjum domowego w 2022 roku objęto 8 254 osoby, z czego 78,10% stanowiły osoby w wieku w wieku 65 lat i więcej, co oznacza wzrost o 9,22 punktu procentowego w porównaniu z 2016 rokiem. Wśród innych województw posiadających najwyższą liczbę osób objętych opieką hospicjum domowego w 2022 roku należy wyróżnić: dolnośląskie (6 544 osoby, w tym 78,56% w wieku 65 lat i więcej), wielkopolskie (5 451 osób, w tym 76,65% w wieku 65 lat i więcej), kujawsko-pomorskie (4 999 osób, w tym 78,12% w wieku 65 lat i więcej), a także małopolskie (4 312 osób, w tym 77,46% w wieku 65 lat i więcej). Co ważne, we wszystkich tych województwach można zauważyć wzrost zarówno ogólnej liczby osób objętych opieką hospicjum domowego, jak też udziału osób wieku 65 lat i więcej.

Również analiza województwa podlaskiego pozwala zauważyć rosnący trend w tym zakresie. W 2022 roku opieką hospicjum domowego objętych było 1 326 osób, czyli o 150 więcej niż w 2016 roku. Taka zmiana spowodowana była przede wszystkim rosnącą liczbą osób w wieku 65 lat i więcej objętych tą formą opieki. W 2016 opieką hospicjum domowego w województwie podlaskim objętych było 895 osób z tej grupy wiekowej. Natomiast w 2022 roku było to już 1 069 osób, co stanowiło 80,62% ogólnej liczby pacjentów, czyli o 4,51 punktu procentowego więcej niż w 2016 roku.

²²³ [Mapa potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 24.03.2024).

Tabela 18. Liczba osób objętych opieką hospicjum domowego według województw w latach 2016 i 2022²²⁴

Województwo	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 65 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 65 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 65 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 65 lat
Dolnośląskie	4581	3317	72,41%	6544	5141	78,56%
Kujawsko-Pomorskie	4985	3527	70,75%	4999	3905	78,12%
Lubelskie	2014	1494	74,18%	2526	1985	78,58%
Lubuskie	1956	1309	66,92%	1910	1425	74,61%
Łódzkie	3818	2642	69,20%	3739	2859	76,46%
Małopolskie	2839	2064	72,70%	4312	3340	77,46%
Mazowieckie	6952	5208	74,91%	8463	6829	80,69%
Opolskie	1707	1218	71,35%	1958	1493	76,25%
Podkarpackie	2383	1715	71,97%	2881	2238	77,68%
Podlaskie	1176	895	76,11%	1326	1069	80,62%
Pomorskie	3294	2394	72,68%	3785	3085	81,51%
Śląskie	7878	5426	68,88%	8254	6446	78,10%
Świętokrzyskie	1689	1202	71,17%	1364	1054	77,27%
Warmińsko-Mazurskie	2657	1840	69,25%	2361	1793	75,94%
Wielkopolskie	4964	3418	68,86%	5451	4178	76,65%
Zachodniopomorskie	2179	1548	71,04%	2156	1698	78,76%
Razem	55072	39217	71,21%	62029	48538	78,25%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 16.03.2024).

Szczegółowa analiza województwa podlaskiego (tabela 19) pozwala zauważyć, że opieką hospicjów domowych najwięcej osób w 2016 roku objętych było w mieście Białystok (347 osób), z czego 77,23% stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej. Drugi pod tym względem był powiat białostocki (107 osób), z czego 62,62% stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej. Wśród innych powiatów posiadających najwyższą liczbę osób objętych opieką hospicjów domowych w 2016 roku należy wyróżnić: miasto Łomżę (92 osoby, w tym 76,09% w wieku 65 lat i więcej), miasto Suwałki (70 osób, w tym 84,29% w wieku 65 lat i więcej) oraz powiaty augustowski (68 osób, w tym 76,47% w wieku 65 lat i więcej) i siemiatycki (53 osoby, w tym 81,13% w wieku 65 lat i więcej). W 2016 roku w powiecie białostockim nie funkcjonowała żadna placówka oferująca usługi hospicjum domowego. Tej formy pomocy wymagało natomiast aż 107 osób, które musiały zostać objętą opieką ośrodków mających siedzibę albo w mieście Białystok albo w innych powiatach.

²²⁴ Według kryterium miejsca zamieszkania.

Tabela 19. Liczba osób objętych opieką hospicjum domowego w województwie podlaskim w latach 2016 i 2022²²⁵

Powiat	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 65 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 65 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 65 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 65 lat
Augustowski	68	52	76,47%	59	40	67,80%
Białostocki	107	67	62,62%	172	131	76,16%
Bielski	49	38	77,55%	55	42	76,36%
Grajewski	45	32	71,11%	53	43	81,13%
Hajnowski	47	38	80,85%	59	53	89,83%
Kolneński	29	23	79,31%	18	16	88,89%
Łomżyński	46	37	80,43%	43	32	74,42%
Miasto Białystok	347	268	77,23%	421	349	82,90%
Miasto Łomża	92	70	76,09%	81	69	85,19%
Miasto Suwałki	70	59	84,29%	69	57	82,61%
Moniecki	34	26	76,47%	24	18	75,00%
Sejneński	18	12	66,67%	11	10	90,91%
Siemiatycki	53	43	81,13%	63	54	85,71%
Sokólski	42	31	73,81%	45	30	66,67%
Suwalski	48	37	77,08%	37	27	72,97%
Wysokomazowiecki	48	36	75,00%	70	58	82,86%
Zambrowski	33	26	78,79%	46	40	86,96%
Razem	1176	895	76,11%	1326	1069	80,62%

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 24.03.2024).

Analizując dane za 2022 rok dotyczące województwa podlaskiego, należy zauważyć większe zapotrzebowanie na usługi hospicjum domowego zarówno ogółem, jak i w grupie osób w wieku 65 lat i więcej. Najwięcej osób objętych tą formą opieki w 2022 roku, podobnie jak w 2016 roku, było w mieście Białystok – 421 osób, z czego 82,90% stanowiły osoby w wieku w wieku 65 lat i więcej, co oznacza wzrost o 5,67 punktu procentowego w porównaniu z 2016 rokiem. Wśród innych powiatów posiadających najwyższą liczbę osób objętych opieką hospicjum domowego w 2022 roku należy wyróżnić: powiat białostocki (172 osoby, w tym 76,16% w wieku 65 lat i więcej), miasto Łomżę (81 osób, w tym 85,19% w wieku 65 lat i więcej), powiat wysokomazowiecki (70 osób, w tym 82,86% w wieku 65 lat i więcej), miasto Suwałki (69 osób, w tym 82,61% w wieku 65 lat i więcej), a także powiat siemiatycki (63 osoby, w tym 85,71% w wieku 65 lat i więcej).

²²⁵ Według kryterium miejsca zamieszkania.

3.2. Podmioty świadczące usługi opiekuńcze osobom starszym w województwie podlaskim

Usługi opiekuńcze realizowane są też w ramach systemu opieki społecznej i stanowią jedną z form pomocy udzielanej w ramach systemu wsparcia socjalnego.

3.2.1. Zakłady pomocy społecznej

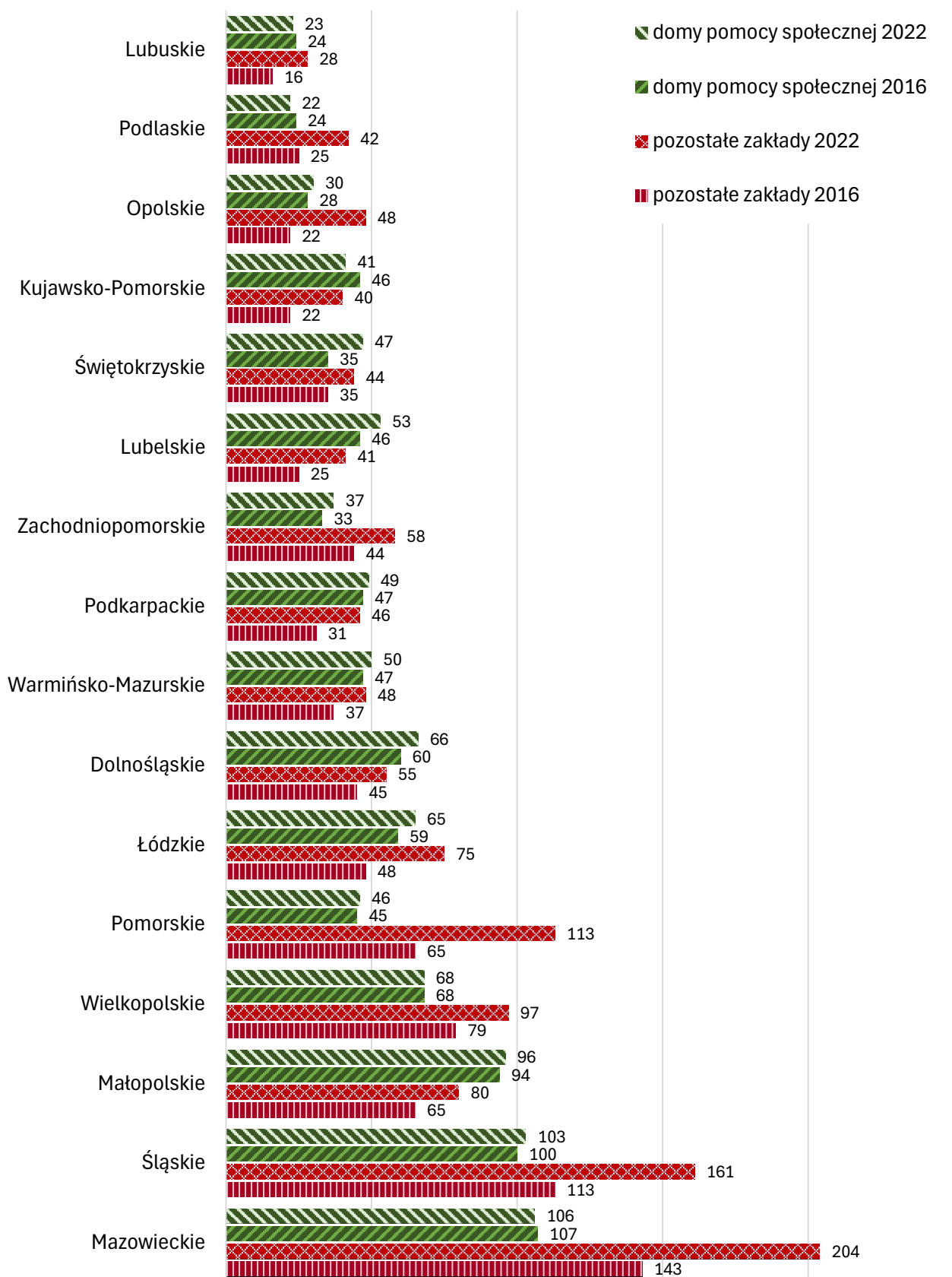
W 2022 roku w całej Polsce funkcjonowały 2 082 stacjonarne zakłady pomocy społecznej obejmujące łącznie domy pomocy społecznej oraz pozostałe zakłady tj. dzienne domy pomocy, placówki prowadzone w ramach działalności gospodarczej lub statutowej, środowiskowe domy samopomocy, domy dla matek, noclegownie, schroniska dla bezdomnych, a także pozostałe (wykres 22).

Liczba domów pomocy społecznej wynosiła 902, co stanowi około 43% wszystkich zakładów w Polsce. Dla porównania – w 2016 roku stacjonarnych zakładów pomocy społecznej było 1 678, w tym 863 domy pomocy społecznej. Najwięcej stacjonarnych zakładów opieki społecznej w 2022 roku znajdowało się w województwach: mazowieckim (310, w tym 106 domów pomocy społecznej), śląskim (264, w tym 103 domy pomocy społecznej), małopolskim (176, w tym 96 domów pomocy społecznej), wielkopolskim (165, w tym 68 domów pomocy społecznej), pomorskim (159, w tym 46 domów pomocy społecznej), dolnośląskim (140, w tym 65 domów pomocy społecznej), a także łódzkim (121, w tym 66 domów pomocy społecznej). Pozostałe województwa posiadały poniżej 100 zakładów. Najmniej miało ich województwo lubuskie (51, w tym 23 domy pomocy społecznej). We wszystkich województwach odnotowano wzrost liczby zakładów opieki społecznej, w tym domów opieki społecznej.

Nie najlepiej na tle wszystkich województw prezentuje się województwo podlaskie, w którym w 2022 roku funkcjonowały 64 stacjonarne zakłady pomocy społecznej – 15 więcej niż w 2016 roku. Niemniej jednak należy zauważyć zmniejszenie się liczby domów pomocy społecznej. W 2016 roku województwo podlaskie dysponowało 24 placówkami tego typu, natomiast w 2022 roku było ich już 22.

Najwięcej stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w 2022 roku znajdowało się w mieście Białystok (12 ośrodków). Porównując ten stan z 2016 rokiem, można zauważyć wzrost o 2 ośrodki. Wśród innych powiatów posiadających najwyższą liczbę zakładów pomocy społecznej wyróżnić można powiaty: białostocki (11 ośrodków), bielski (7), łomżyński (5), a także miasto Łomżę (5). Należy zauważyć tendencję wzrostową we wszystkich tych powiatach. Bardzo pozytywne zmiany odnotować można zwłaszcza w powiatach bielskim oraz łomżyńskim, w których liczba stacjonarnych zakładów pomocy społecznej zwiększyła się o 5 w porównaniu z 2016 rokiem. Najmniej placówek w 2022 roku znajdowało się w powiatach kolneńskim, wysokomazowieckim, sejneńskim, a także w mieście Suwałki, które dysponowały po jednym stacjonarnym zakładzie pomocy społecznej.

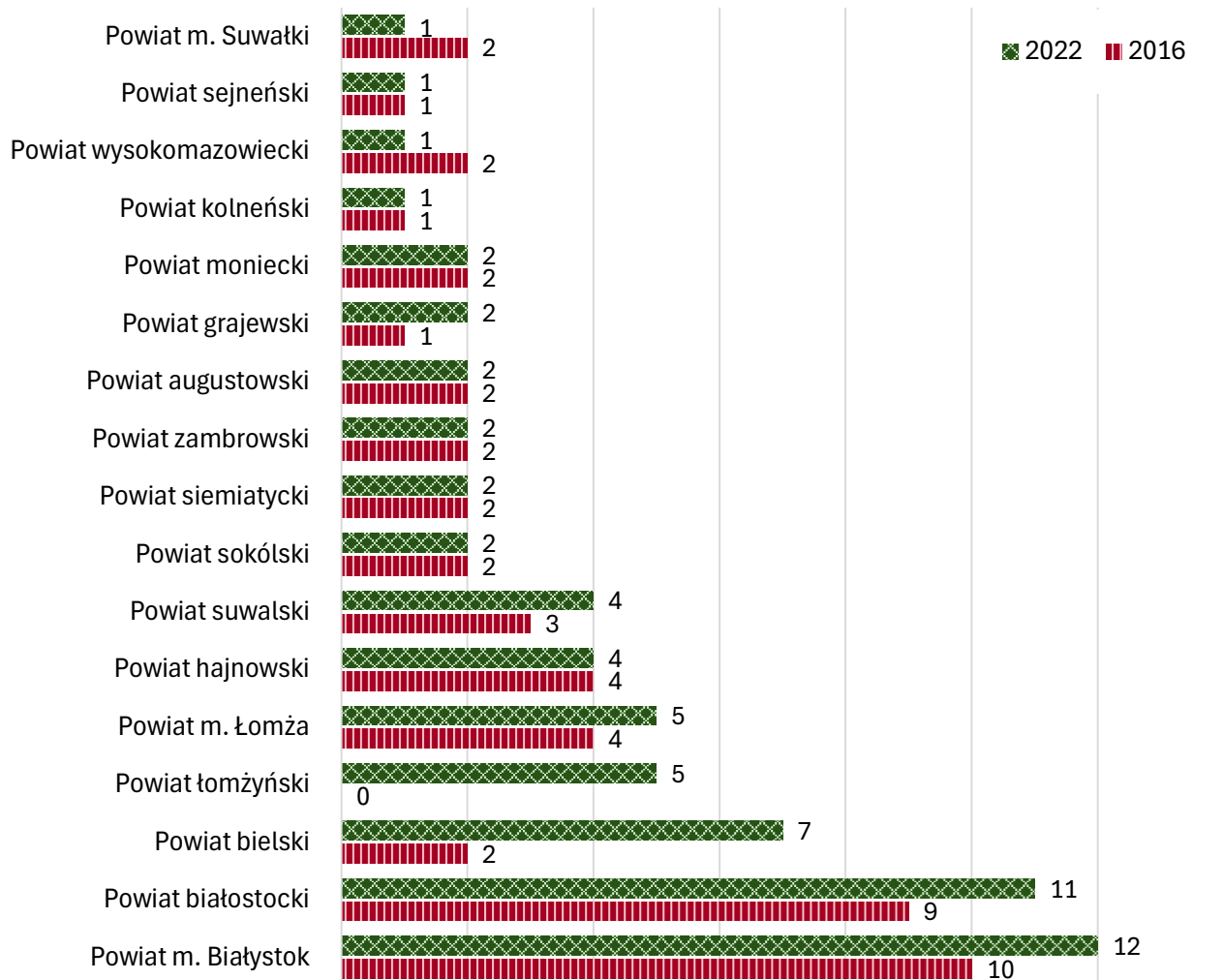
Wykres 22. Liczba stacjonarnych zakładów pomocy społecznej według województw w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS: [Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2022 roku](#) (dostęp: 4.04.2024); [Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2016 roku](#) (dostęp: 4.04.2024).

Województwo podlaskie jest zróżnicowane pod względem rozmieszczenia placówek w poszczególnych powiatach (wykres 23).

Wykres 23. Liczba stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS: [Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2022 roku](#) (dostęp: 4.04.2024); [Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2016 roku](#) (dostęp: 4.04.2024).

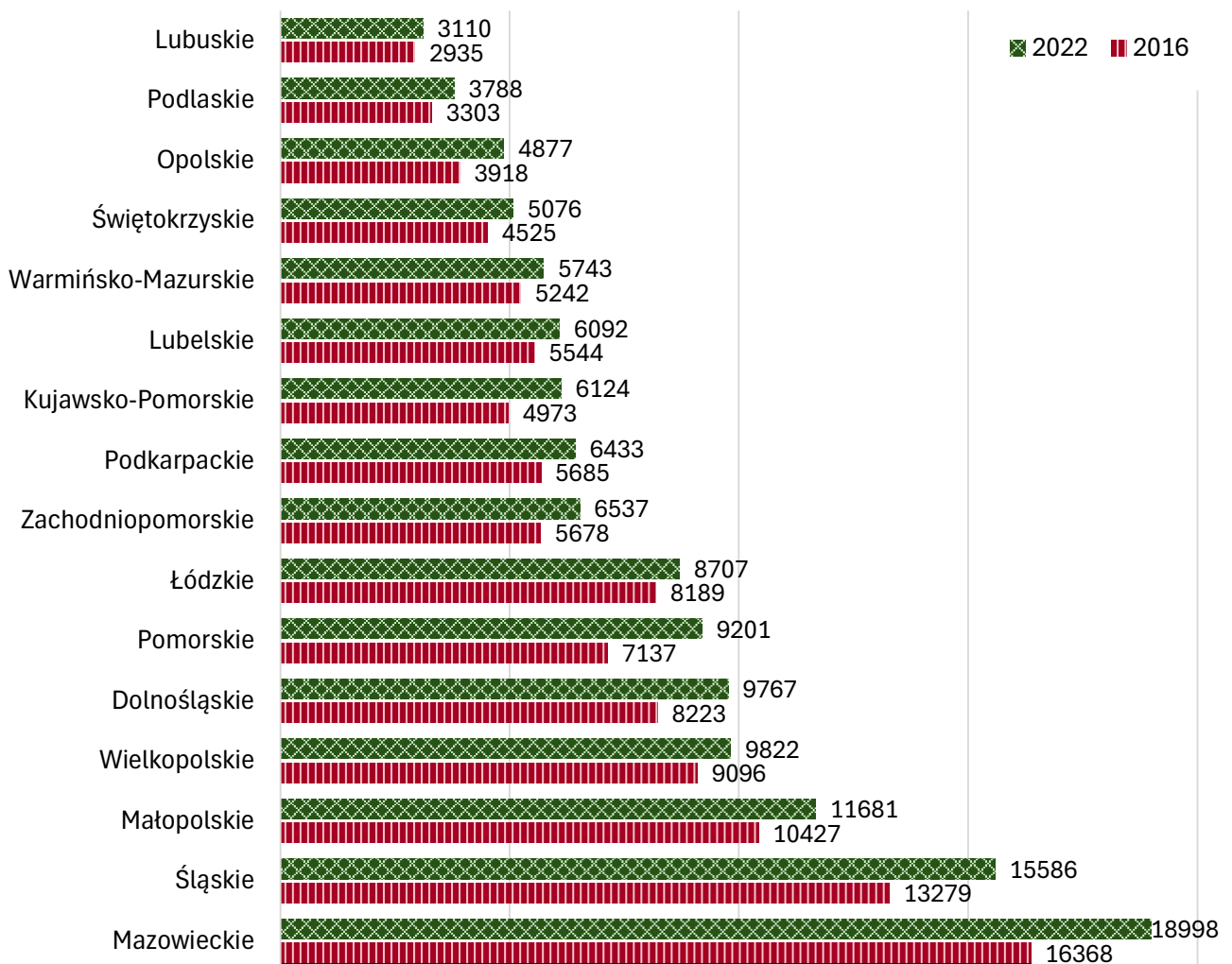
Stacjonarne zakłady pomocy społecznej dysponowały w 2016 roku 114 522 miejscami (wykres 24).

Wykres 24W 2022 roku było ich już 131 542. Największą liczbą miejsc w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej dysponowało w 2022 roku województwo mazowieckie – 18 998, czyli o 2 630 miejsc więcej niż w 2016 roku. Duża liczba miejsc była też w województwach śląskim – 15 586, czyli 2 307 miejsc więcej niż w 2016 roku, małopolskim (11 681 miejsc),

wielkopolskim (9 822 miejsca), dolnośląskim (9 767 miejsc), a także pomorskim (9 201 miejsc). Najmniej miejsc zarówno w roku 2016 roku, jak i 2022 w zakładach opieki społecznej było w województwach lubelskim, podlaskim i opolskim.

W województwie podlaskim w 2022 roku zakłady dysponowały 3 788 miejscami, co oznacza wzrost o 485 miejsc w stosunku do 2016 roku.

Wykres 24. Liczba miejsc w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej według województw w latach 2016 i 2022

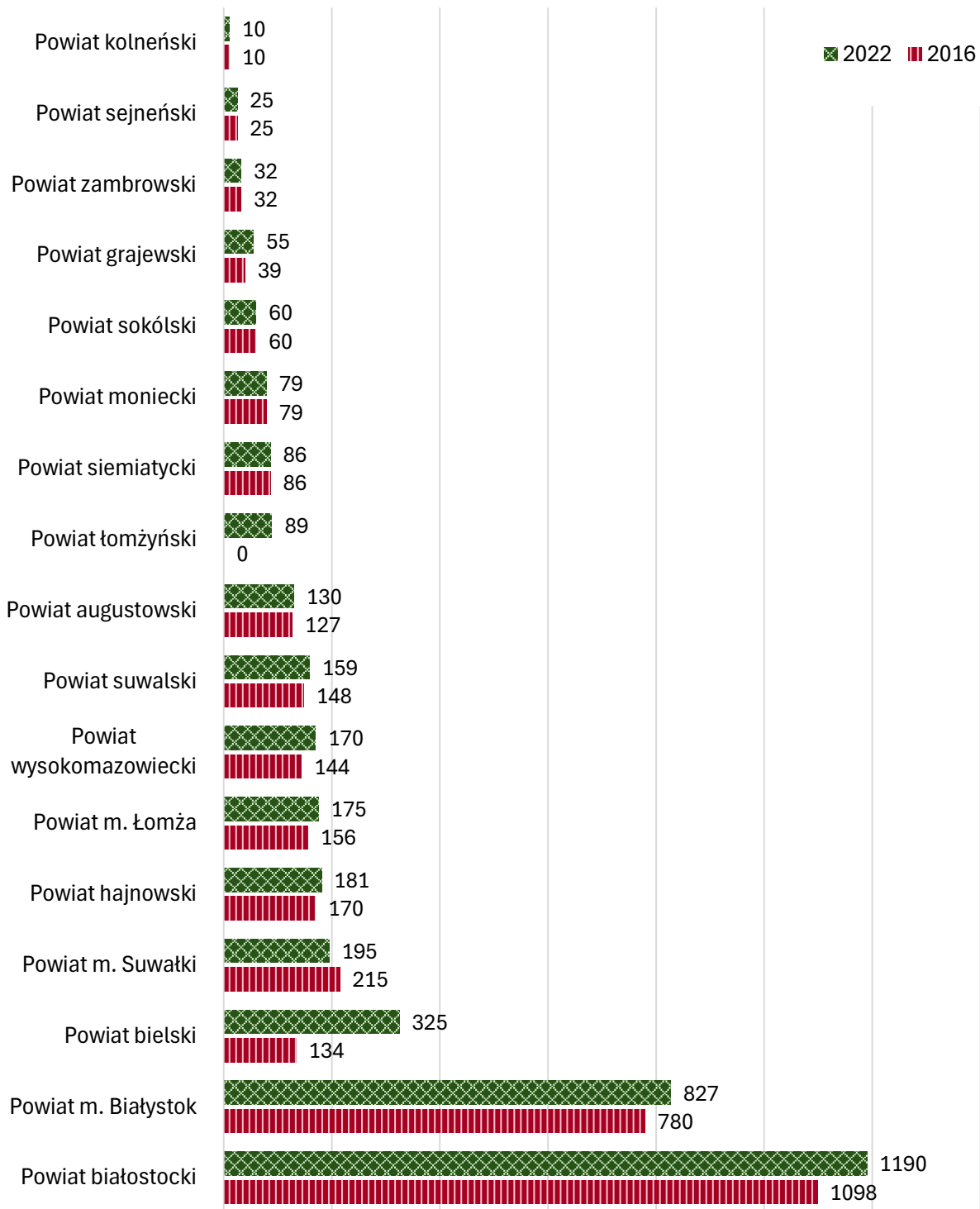


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS: [Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2022 roku](#) (dostęp: 4.04.2024); [Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2016 roku](#) (dostęp: 5.04.2024).

Szczegółowa analiza województwa podlaskiego (wykres 25) pozwala zauważyć, że największą liczbą miejsc w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej dysponowały w 2022 roku powiat białostocki – 1 190, czyli o 92 miejsca więcej niż w 2016 roku, oraz miasto

Białystok – 827, czyli o 47 miejsc więcej niż w 2016 roku. Należy podkreślić, że choć miasto Białystok posiadało większą liczbę stacjonarnych zakładów pomocy społecznej, to jednak oferowało w nich mniej miejsc, niż miał ich powiat białostocki. Wśród innych powiatów, które dysponowały największą liczbą miejsc w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej w 2022 roku, należy wskazać powiat bielski (325 miejsc), miasto Suwałki (195 miejsc), powiat hajnowski (181 miejsc), miasto Łomżę (175 miejsc), a także powiat wysokomazowiecki (170 miejsc). We wszystkich tych powiatach nastąpił wzrost liczby miejsc. Bardzo małą liczbą miejsc, bo poniżej 40, posiadały się powiaty: grajewski, zambrowski, sejneński, kolneński. Warto wskazać powiat łomżyński, który w 2022 roku dysponował 89 miejscami, choć w 2016 roku nie miał żadnego.

Wykres 25. Liczba miejsc w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS: [Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2022 roku](#) (dostęp: 4.04.2024); [Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2016 roku](#) (dostęp: 5.04.2024).

W 2022 roku opieką stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w całej Polsce objętych było 118 775 osób (tabela 20), czyli o 10 929 osób więcej niż w 2016 roku. Najwięcej osób objętych tą formą opieki w 2022 roku, podobnie jak w 2016 roku, było w województwie mazowieckim – 16 778 osób, czyli o 1 846 więcej niż w 2016 roku, z czego 71,93% stanowiły

osoby w wieku 60 lat i więcej. Duża liczba osób objętych opieką stacjonarnych zakładów pomocy społecznej była w województwie śląskim – 14 106 osób, czyli o 1 410 więcej niż w 2016 roku. Udział osób w wieku 60 lat i więcej wynosił 69,49%. Wśród innych województw odznaczających się wysoką liczbą osób objętych opieką stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w 2022 roku można wyróżnić województwa: małopolskie (10 941 osób, w tym 69,82% w wieku 60 lat i więcej), wielkopolskie (9 021 osób, w tym 63,36% w wieku 60 lat i więcej), dolnośląskie (8 872 osoby, w tym 67,14% w wieku 60 lat i więcej), a także pomorskie (8 308 osób, w tym 68,33% w wieku 60 lat i więcej). We wszystkich tych województwach odnotowano wzrost liczby osób objętych opieką, w tym w wieku 60 lat i więcej.

Tabela 20. Liczba osób objętych opieką w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej według województw w latach 2016 i 2022²²⁶

Województwo	Rok 2016 – liczba osób	Rok 2016 – liczba osób ≥ 61 lat	Rok 2016 – odsetek osób ≥ 61 lat	Rok 2022 – liczba osób	Rok 2022 – liczba osób ≥ 60 lat	Rok 2022 – odsetek osób ≥ 60 lat
Dolnośląskie	7 708	4 206	54,57%	8872	5957	67,14%
Kujawsko-Pomorskie	4 788	2 374	49,58%	5449	3502	64,27%
Lubelskie	5 190	2 781	53,58%	5319	3320	62,42%
Lubuskie	2 841	1 671	58,82%	2865	1878	65,55%
Łódzkie	7 827	4 815	61,52%	7843	5412	69,00%
Małopolskie	9 922	6 048	60,96%	10941	7639	69,82%
Mazowieckie	14 932	9 120	61,08%	16778	12069	71,93%
Opolskie	3 712	1 885	50,78%	4404	2838	64,44%
Podkarpackie	5 281	2 960	56,05%	5565	3546	63,72%
Podlaskie	3 173	1 634	51,50%	3441	2118	61,55%
Pomorskie	6 892	3 904	56,65%	8308	5677	68,33%
Śląskie	12 696	7 260	57,18%	14106	9802	69,49%
Świętokrzyskie	4 214	2 461	58,40%	4702	3146	66,91%
Warmińsko-Mazurskie	4 983	2 767	55,53%	5267	3380	64,17%
Wielkopolskie	8 312	4 652	55,97%	9021	5716	63,36%
Zachodniopomorskie	5 375	3 004	55,89%	5894	4064	68,95%
Razem	107846	61542	57,06%	118775	80064	67,41%

Źródło: opracowanie własne na podstawie Opracowanie własne na podstawie danych GUS: Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2016 roku, [Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2016 roku](#); Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2022 roku, [Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2016 roku](#) (data dostępu: 06.04.2024).

Najmniej osób objętych opieką w zakładach opieki społecznej zarówno w 2016 roku jak i 2022 roku było w województwach opolskim (4404 osób, w tym 64,44% w wieku 60 lat i więcej), podlaskim (3441 osób, w tym 61,55% w wieku 60 lat i więcej), a także lubuskim (2 865 osób, w tym 65,55% w wieku 60 lat i więcej).

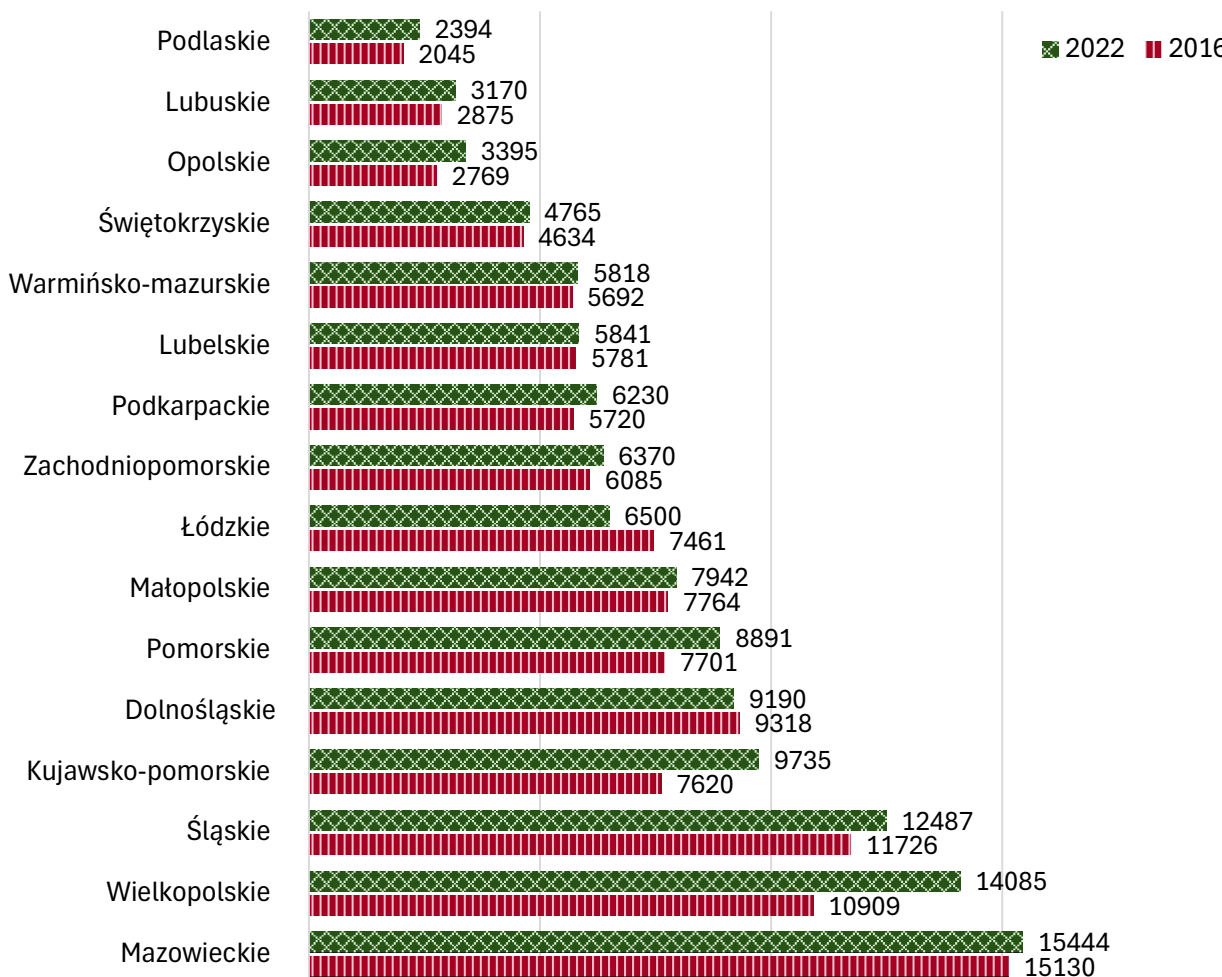
²²⁶ Według kryterium miejsca zamieszkania.

Województwo podlaskie pomimo odnotowanego wzrostu liczby osób objętych opieką w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej w 2022 roku w stosunku do 2016 roku znalazło się w grupie powiatów posiadających najmniejszą liczbę osób objętych taką opieką.

3.2.2. Opieka domowa

Opieka nad osobami starszymi może być też sprawowana w warunkach domowych, w ramach usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych (wykres 26).

Wykres 26. Liczba osób korzystających z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych według województw w latach 2016 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS: [Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2022 roku](#) (dostęp: 4.04.2024); [Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2016 roku](#) (dostęp: 4.04.2024).

W 2022 roku z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w całej Polsce korzystało 122 257 osób, czyli o 9027 osób więcej niż w 2016 roku. Najwięcej osób objętych taką opieką było w województwie mazowieckim (15 440 osób). Wśród innych województw wyróżniających się najwyższą liczbą osób korzystających z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w 2022 roku można wymienić: wielkopolskie (14 085 osób), śląskie (12 487), a także kujawsko-pomorskie (9 735). Najmniej osób korzystających z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w 2022 roku było

w województwach podlaskim (2 304), lubuskim (3 170) oraz opolskim (3 395). We wszystkich województwach, z wyjątkiem województwa dolnośląskiego, odnotowano wzrost osób korzystających z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych.

Województwo podlaskie pomimo odnotowanego wzrostu liczby osób korzystających z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w 2022 roku, w porównaniu do 2016 roku, znalazło się na ostatnim miejscu wśród wszystkich województw.

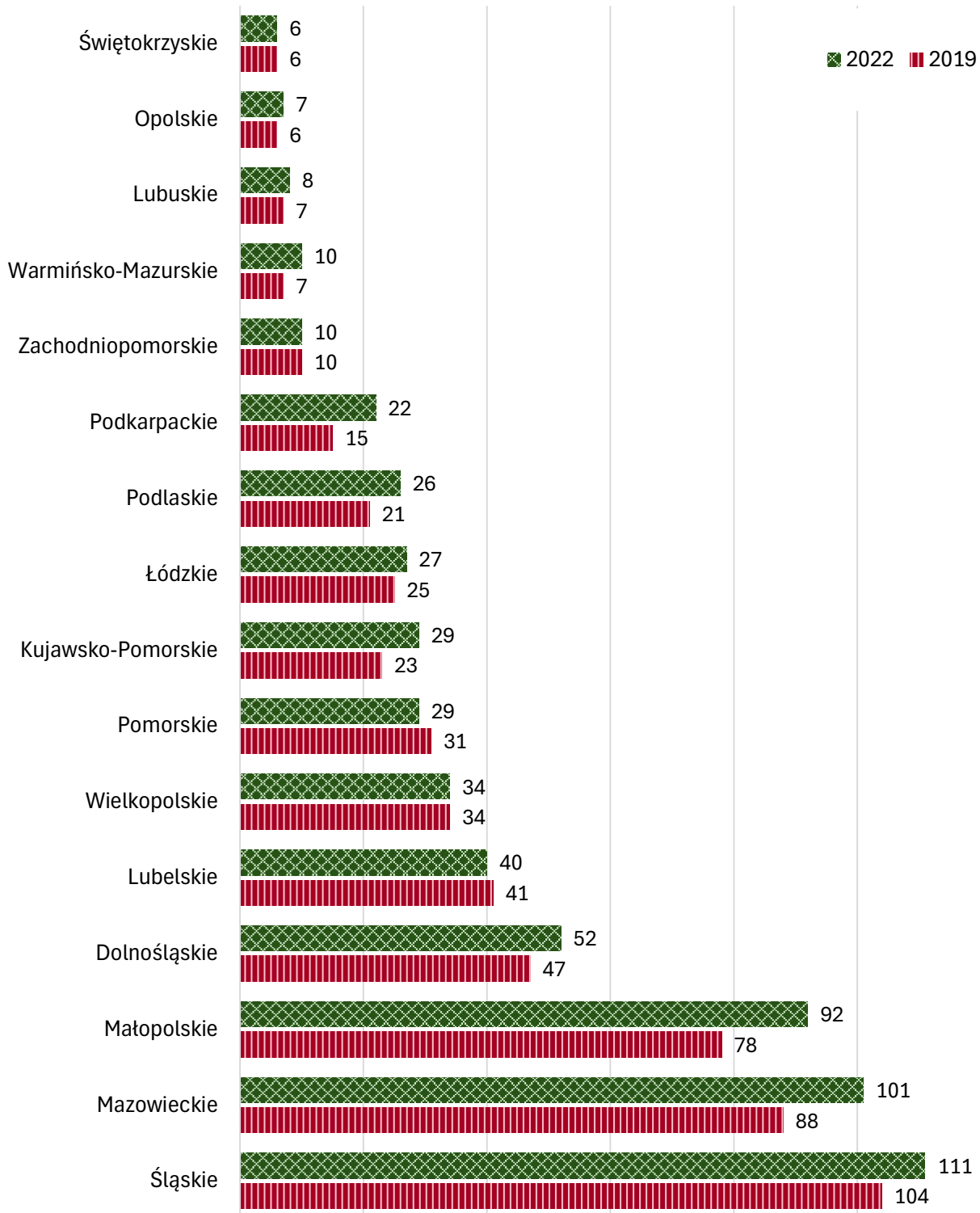
3.3. Zasoby kadrowe świadczące usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym w województwie podlaskim

Personel medyczny stanowi podstawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Dzięki niemu możliwe jest zapewnianie odpowiedniej dostępności usług. Obserwowany rosnący trend starzenia się społeczeństwa sprawia, że zapotrzebowanie na wykwalifikowany personel świadczący usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym będzie w szybkim tempie wzrastać. W 2022 roku w całej Polsce pracowało 542 lekarzy geriatrów. Dla porównania – w 2019 było ich 477 (Najwięcej lekarzy geriatrów w 2022 roku zatrudnionych było w województwie śląskim – 111, czyli o 7 więcej niż w 2019 roku. Kolejnymi pod względem liczby lekarzy geriatrów są województwa mazowieckie – 101 lekarzy, a także małopolskie – 92. We wszystkich tych województwach odnotowano wzrost liczby geriatrów. Najmniej lekarzy geriatrów – poniżej 11 – pracowało w województwach: świętokrzyskim, opolskim, lubuskim, warmińsko-mazurskim, a także zachodniopomorskim.

wykres 27).

Najwięcej lekarzy geriatrów w 2022 roku zatrudnionych było w województwie śląskim – 111, czyli o 7 więcej niż w 2019 roku. Kolejnymi pod względem liczby lekarzy geriatrów są województwa mazowieckie – 101 lekarzy, a także małopolskie – 92. We wszystkich tych województwach odnotowano wzrost liczby geriatrów. Najmniej lekarzy geriatrów – poniżej 11 – pracowało w województwach: świętokrzyskim, opolskim, lubuskim, warmińsko-mazurskim, a także zachodniopomorskim.

Wykres 27. Liczba lekarzy geriatrów według województw w latach 2019 i 2022



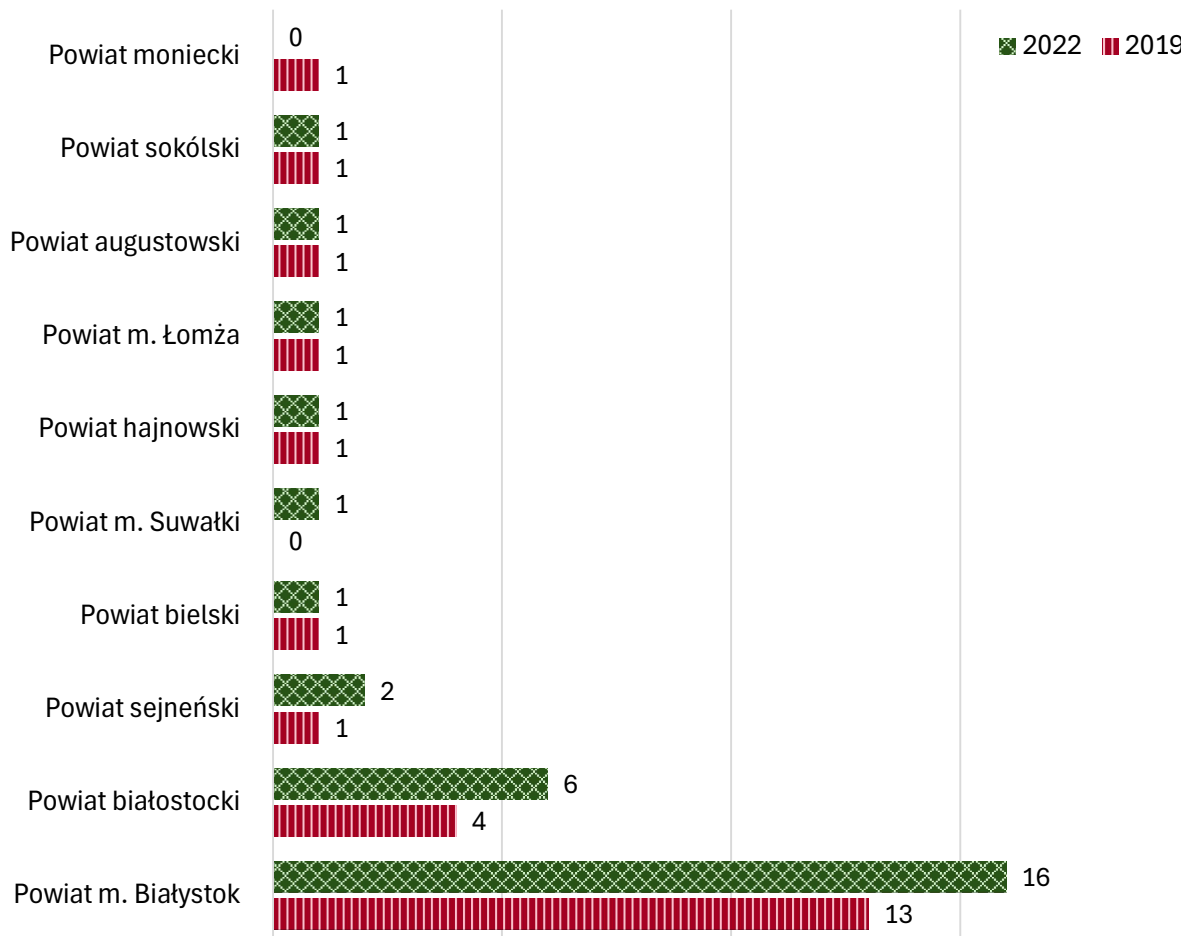
* W związku z tym, że lekarze mogą pracować w wielu różnych województwach i powiatach, dane cząstkowe nie sumują się do wskazanej liczby geriatrów pracujących w całej Polsce.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 8.04.2024).

W województwie podlaskim w 2022 roku pracowało 26 lekarzy geriatrów. Należy zauważyć jednak wzrost w tym zakresie w porównaniu do 2019 roku, kiedy to zatrudnionych było 21 lekarzy geriatrów. Szczegółowa analiza danych z województwa podlaskiego (wykres 28) pozwala zauważyć, że najwięcej lekarzy geriatrów w 2022 roku zatrudnionych było w mieście

Białystok – 16, czyli o 3 lekarzy więcej niż w 2019 roku. W powiecie białostockim w 2022 roku zatrudnionych było 6 lekarzy geriatrów, czyli o 2 lekarzy więcej niż w 2019 roku. W pozostałych powiatach w 2022 roku zatrudnionych było maksymalnie kilku lekarzy geriatrów: 2 lekarzy w powiecie sejneńskim i po jednym lekarzu w powiatach: bielskim, hajnowski, augustowski, sokólskim, a także w mieście Łomża i mieście Suwałki. Należy podkreślić, że w powiatach monieckim, wysokomazowieckim, suwalskim, łomżyńskim, siemiatyckim, grajewskim, zambrowskim, a także kolneńskim w 2022 nie był zatrudniony żaden lekarz tej specjalizacji.

Wykres 28. Liczba lekarzy geriatrów w województwie podlaskim według powiatów w latach 2019 i 2022



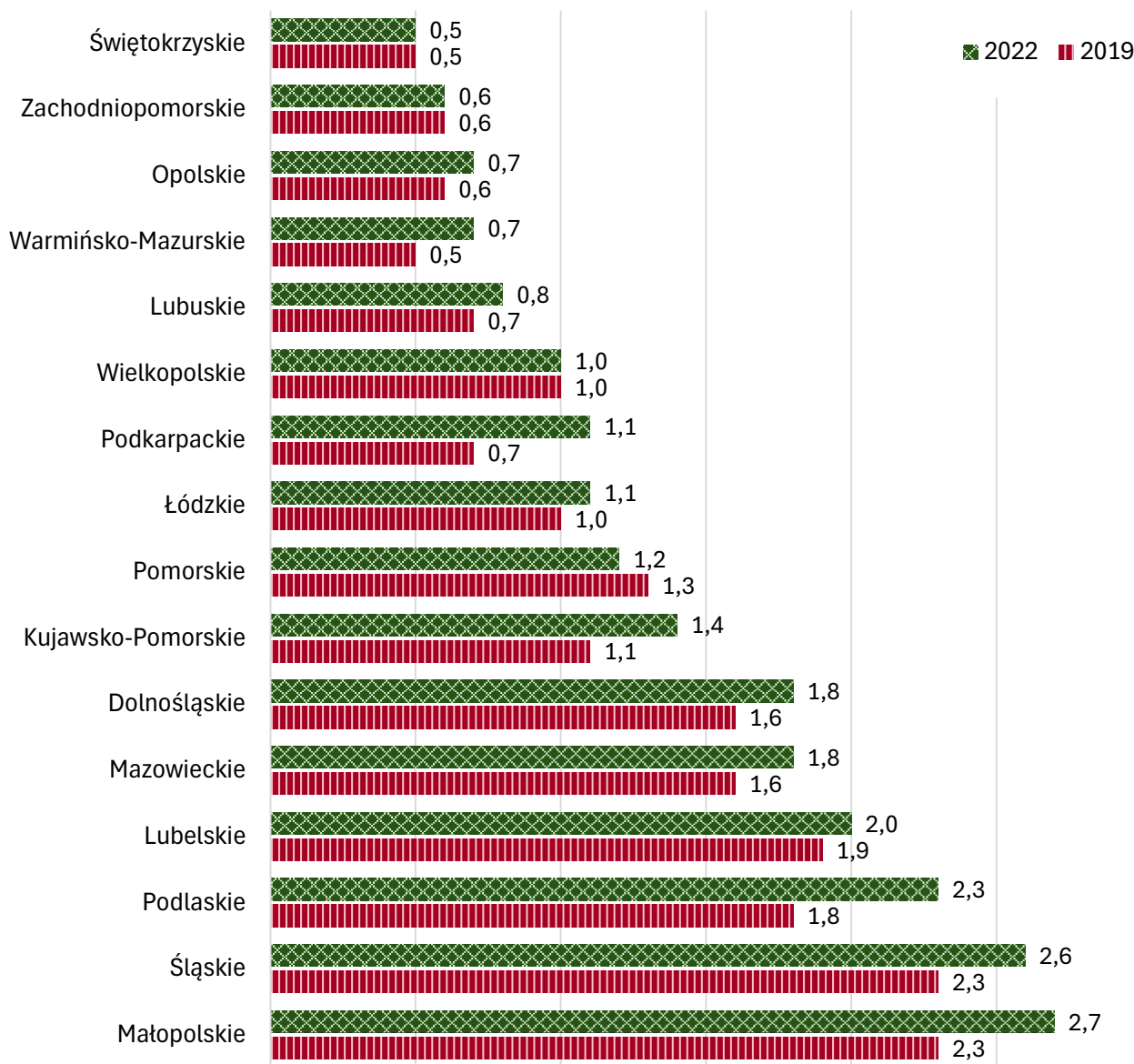
* W związku z tym, że lekarze mogą pracować w wielu różnych województwach i powiatach, dane cząstkowe nie sumują się do wskazanej liczby geriatrów pracujących w całym województwie podlaskim.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 10.04.2024).

Analizując dane dotyczące liczby lekarzy geriatrów przypadających na 100 tysięcy mieszkańców (wykres 29), należy stwierdzić, że najwięcej w 2022 roku było ich w województwie małopolskim – 2,7 lekarzy, śląskim – 2,6, podlaskim – 2,3, lubelskim – 2,0, mazowieckim – 1,8, a także dolnośląskim – 1,8. We wszystkich tych województwach można zauważyć tendencję wzrostową w zakresie liczby lekarzy geriatrów przypadających na 100 tysięcy mieszkańców w porównaniu z 2019 rokiem. Najmniej w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w 2022 roku

było ich w województwach: świętokrzyskim – 0,5 lekarza, zachodniopomorskim – 0,6, opolskim – 0,7, warmińsko-mazurskim – 0,7, lubuskim – 0,8 lekarza.

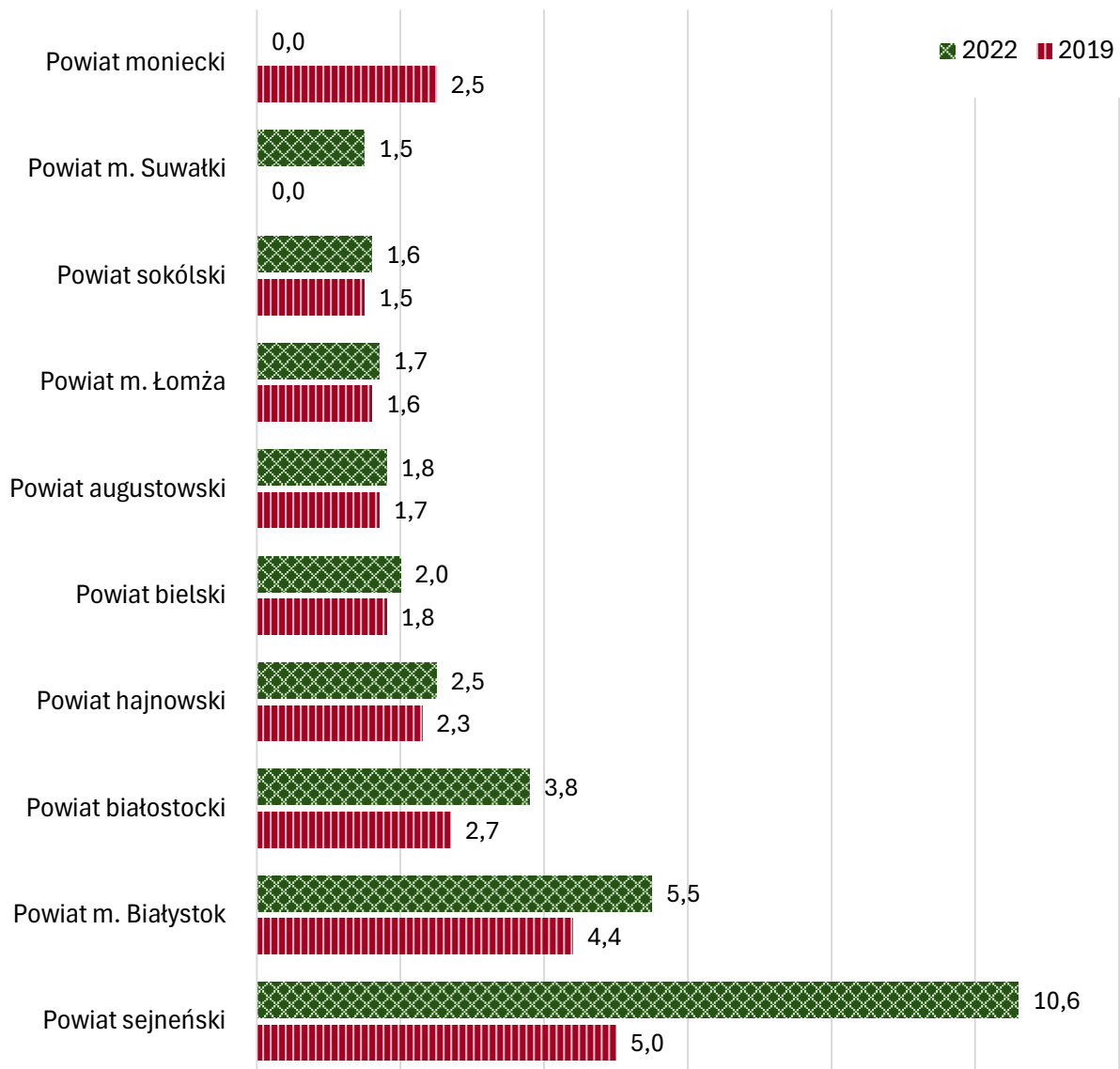
Wykres 29. Liczba lekarzy geriatrów w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2019 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 10.04.2024).

Na podstawie danych dotyczących liczby lekarzy geriatrów przypadających na 100 tysięcy mieszkańców w województwie podlaskim (wykres 30) można zauważyć, że najwięcej w 2022 roku było ich w powiecie sejneńskim – 10,6 lekarza na 100 tysięcy mieszkańców. Należy zauważyć duży wzrost w porównaniu z 2019 rokiem, w którym było to zaledwie 5 geriatrów. Kolejne powiaty pod względem liczby geriatrów przypadających na 100 tysięcy mieszkańców to: miasto Białystok – 5,5 lekarza, powiat białostocki – 3,8, powiat hajnowski – 2,5 oraz powiat bielski – 2. W pozostałych powiatach na 100 tysięcy mieszkańców przypadało poniżej 2 lekarzy. Były też powiaty, w których udział ten wyniósł 0.

Wykres 30. Liczba lekarzy geriatrów w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności w województwie podlaskim według powiatów w latach 2019 i 2022

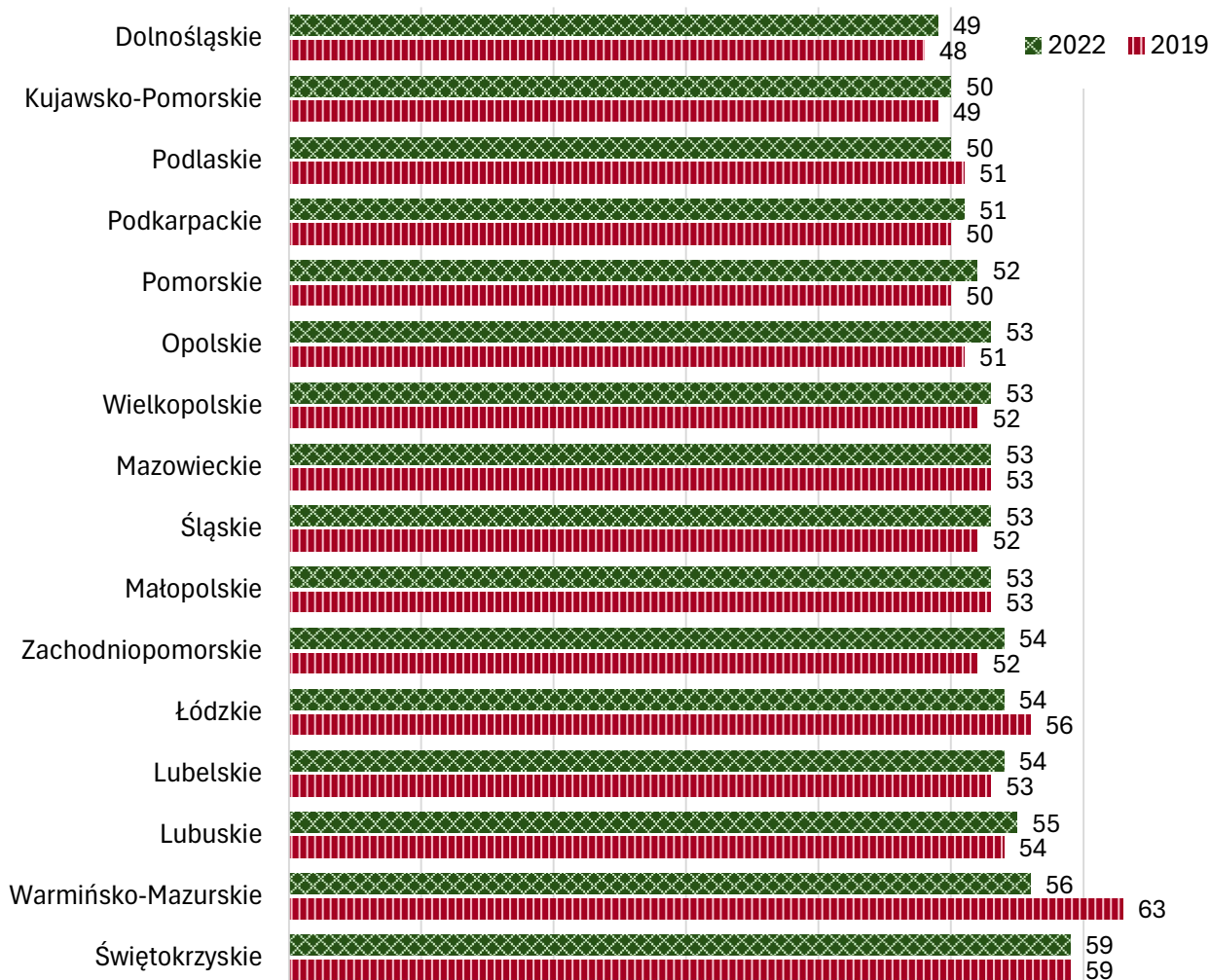


Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 10.04.2024).

Oceniając przedstawione dane, należy podkreślić, że w sytuacji postępującego procesu starzenia się społeczeństwa, a co za tym idzie wzrostu zapotrzebowania na usługi medyczne wśród osób starszych, liczba geriatrów zarówno w całej Polsce, jak i w województwie podlaskim jest niewystarczająca. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na ich dość wysoki średni wiek (wykres 31).

W Polsce średni wiek lekarza geriatry wynosił 52 lata w 2019 i w 2022 roku – 52,5. Najwyższy średni wiek lekarze geriatry w 2022 roku posiadali w województwie świętokrzyskim – 59 lat. W grupie województw, w których średni wiek geriatry przekraczał 50 lat, znalazły się również: warmińsko-mazurskie – 56 lat, lubuskie – 55, lubelskie oraz łódzkie – 54. Należy zwrócić uwagę zwłaszcza na województwo warmińsko-mazurskie, w którym zauważalne jest istotne obniżenie średniego wieku lekarzy geriatrów. W 2019 roku wynosił on bowiem aż 63 lata. W województwie podlaskim ich średni w 2022 roku wynosił 50 lat. Dla porównania – w 2019 roku było to 51 lat.

Wykres 31. Średni wiek lekarzy geriatrów w poszczególnych województwach w latach 2019 i 2022



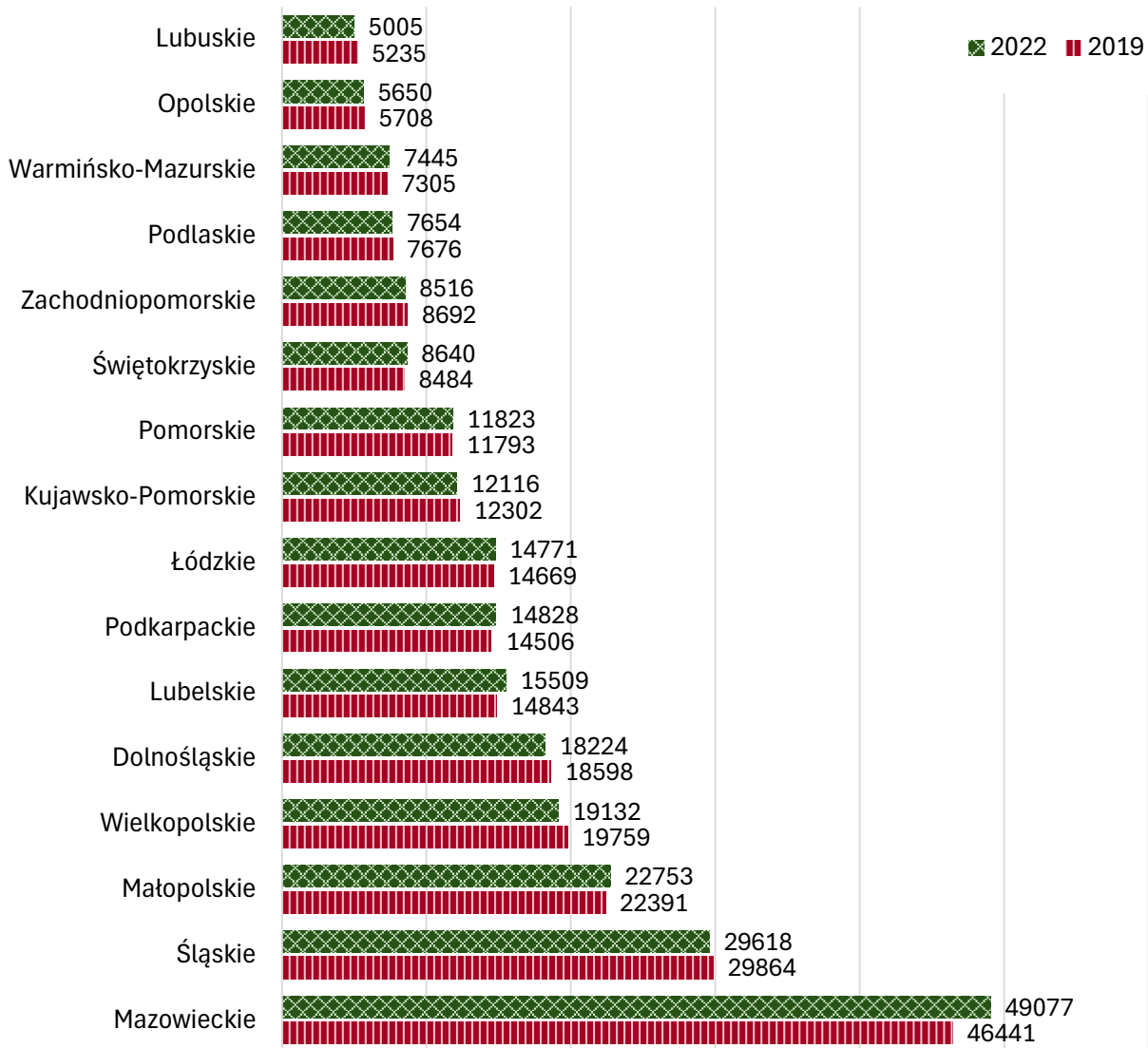
Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 10.04.2024).

Trudno spodziewać się w najbliższych latach znaczącej poprawy w tym zakresie, o czym świadczą dane na temat liczby lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. W 2022 roku w trakcie szkolenia specjalizacyjnego znajdowało się łącznie 22 356 lekarzy, z czego zaledwie 63 odbywało szkolenie specjalizacyjne z zakresu geriatric. Dla porównania – w 2019 roku szkolenie specjalizacyjne odbywało 23 538 lekarzy, w tym 133 w zakresie geriatric. Natomiast w 2016 roku w trakcie szkolenia specjalizacyjnego znajdowało się 22 780 lekarzy, z czego 182 odbywało je z zakresu geriatric²²⁷.

Bardzo ważną rolę w opiece nad osobami starszymi, oprócz lekarzy, odgrywają pielęgniarki. W 2022 roku w całej Polsce pracowało ich 228 984. Dla porównania – w roku 2019 było ich 229 162 (wykres 32).

²²⁷ [Mapy potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 12.04.2024).

Wykres 32. Liczba pielęgniarek według województw w latach 2019 i 2022



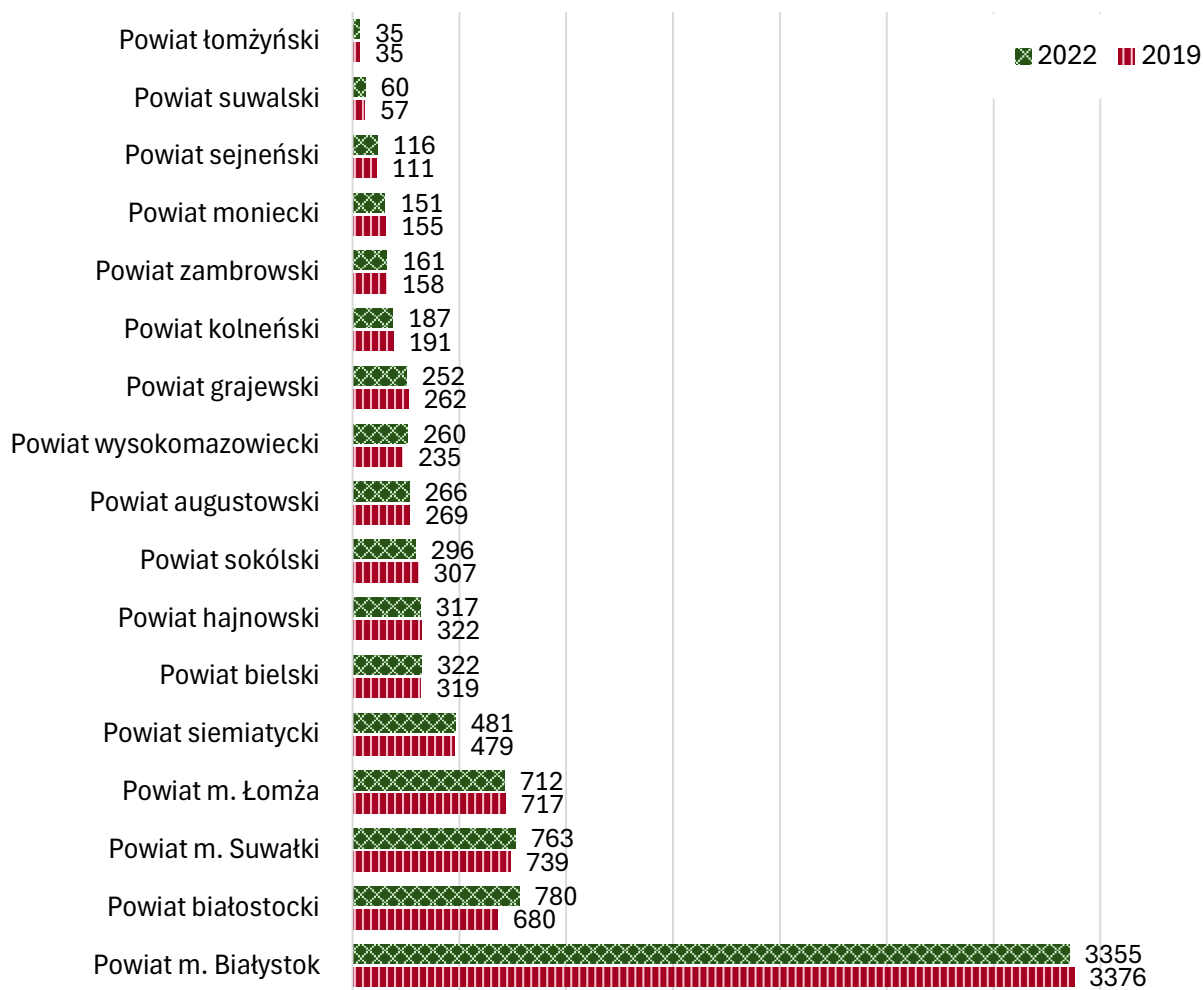
* W związku z tym, że pielęgniarki/pielęgniarze mogą pracować w wielu różnych województwach i powiatach, dane cząstkowe nie sumują się do wskazanej liczby pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w całej Polsce.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 10.04.2024).

Najwięcej pielęgniarek w 2022 roku zatrudnionych było w województwie mazowieckim – 49 077, czyli o 2 636 więcej niż w 2019 roku. Przodują pod względem liczby pielęgniarek również województwa śląskie – 29 618 oraz małopolskie – 22 753. Najgorzej pod tym względem w 2022 roku wyglądała sytuacja w województwach lubelskim, gdzie pracowało 5 005 pielęgniarek, opolskim – 5 650, a także warmińsko-mazurskim - 7 445. We wszystkich województwach, z wyjątkiem śląskiego, wielkopolskiego, dolnośląskiego, pomorsko-kujawskiego, zachodniopomorskiego, opolskiego i lubelskiego, odnotowano spadek liczby pielęgniarek. W tej grupie znalazło się też województwo podlaskie. W 2022 roku pracowało ich 7 654, co oznacza spadek ich liczby o 22 osoby w porównaniu do 2019 roku.

Poszczególne powiaty województwa podlaskiego zróżnicowane są pod względem liczby pracujących w nich pielęgniarek (wykres 33).

Wykres 33. Liczba pielęgniarek w województwie podlaskim według powiatów w latach 2019 i 2022



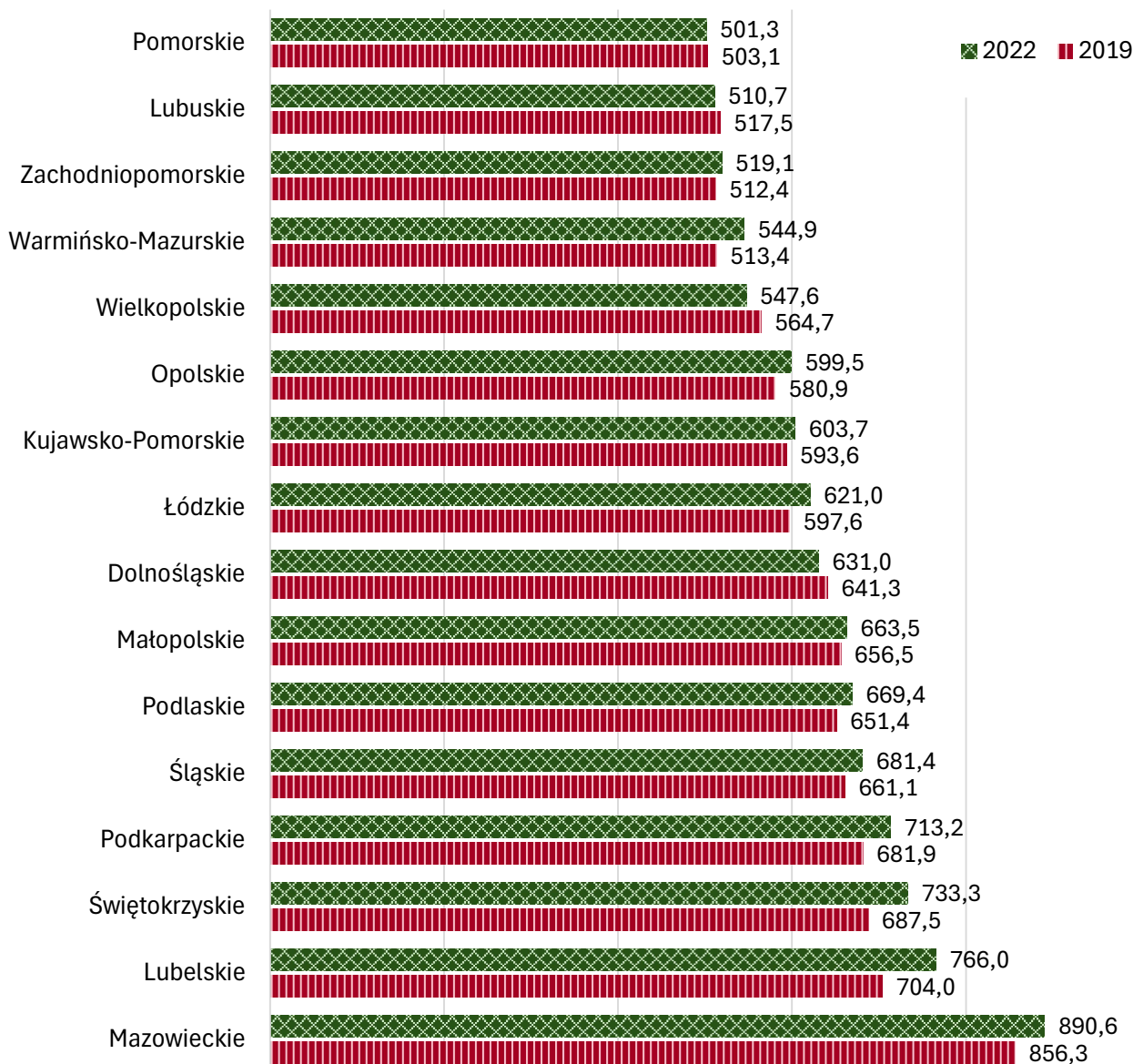
* W związku z tym, że pielęgniarki/pielęgniarze mogą pracować w wielu różnych województwach i powiatach, dane cząstkowe nie sumują się do wskazanej liczby pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w całym województwie podlaskim.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 10.04.2024).

Najwięcej pielęgniarek w 2022 roku zatrudnionych było w mieście Białystok – 3 355, czyli o 21 mniej niż w 2019 roku. W pozostałych powiatach liczba ta kształtowała się na znacznie niższym poziomie, jednak były one zróżnicowane pod względem liczby pielęgniarek. W 2022 roku w powiecie białostockim było zatrudnionych 780 pielęgniarek, w mieście Suwałki – 763 oraz w mieście Łomża – 712. Najmniej pielęgniarek w 2022 roku zatrudnionych było w powiatach łomżyński – 35, a także suwalskim – 60. Podobnie sytuacja pod względem rozmieszczenia pracujących pielęgniarek wyglądała w 2019 roku. W większości powiatów, poza białostockim, siemiatyckim, bielskim, wysokomazowieckim, zambrowskim, sejneńskim oraz łomżyńskim, liczba zatrudnionych pielęgniarek zmniejszyła się.

Analizując dane dotyczące liczby pielęgniarek przypadających na 100 tysięcy mieszkańców (wykres 34), należy stwierdzić, że najwięcej w 2022 roku było ich w województwie mazowieckim – 890,6 na 100 tysięcy mieszkańców.

Wykres 34. Liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2019 i 2022

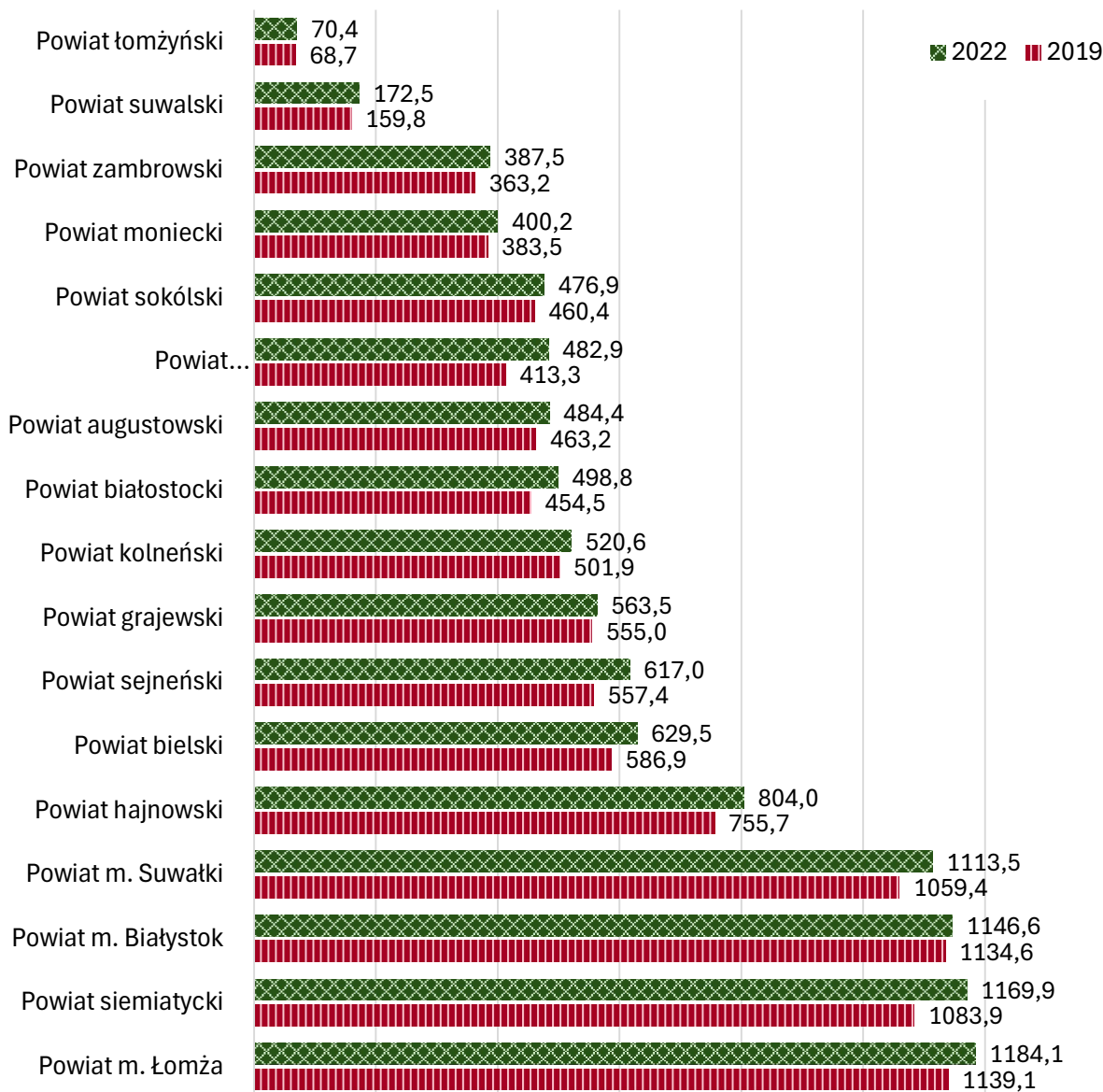


Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 12.04.2024).

W pozostałych województwach najwięcej pielęgniarek przypadających na 100 tysięcy mieszkańców pracowało w województwach lubelskim – 766, świętokrzyskim – 733,3, a także podkarpackim – 713,2. Najmniej było ich w 2022 roku w województwach: wielkopolskim – 547,6, warmińsko-mazurskim – 544,9, zachodniopomorskim – 519,1, lubuskim – 510,7, a także pomorskim – 501,3. W większości województw odnotowano w porównaniu do 2019 roku wzrost liczby pielęgniarek przypadających na 100 tysięcy mieszkańców. Wyjątkiem były województwa dolnośląskie, wielkopolskie, lubuskie i pomorskie, gdzie odnotowano spadek ich liczby.

W województwie podlaskim na 100 tysięcy mieszkańców w 2022 roku przypadało 669,4 pielęgniarek. W stosunku do 2019 roku przybyło ich 18. Ponadto liczba pielęgniarek przypadających na 100 tysięcy mieszkańców była zróżnicowana w poszczególnych powiatach (wykres 35).

Wykres 35. Liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności w województwie podlaskim według powiatów w latach 2019 i 2022

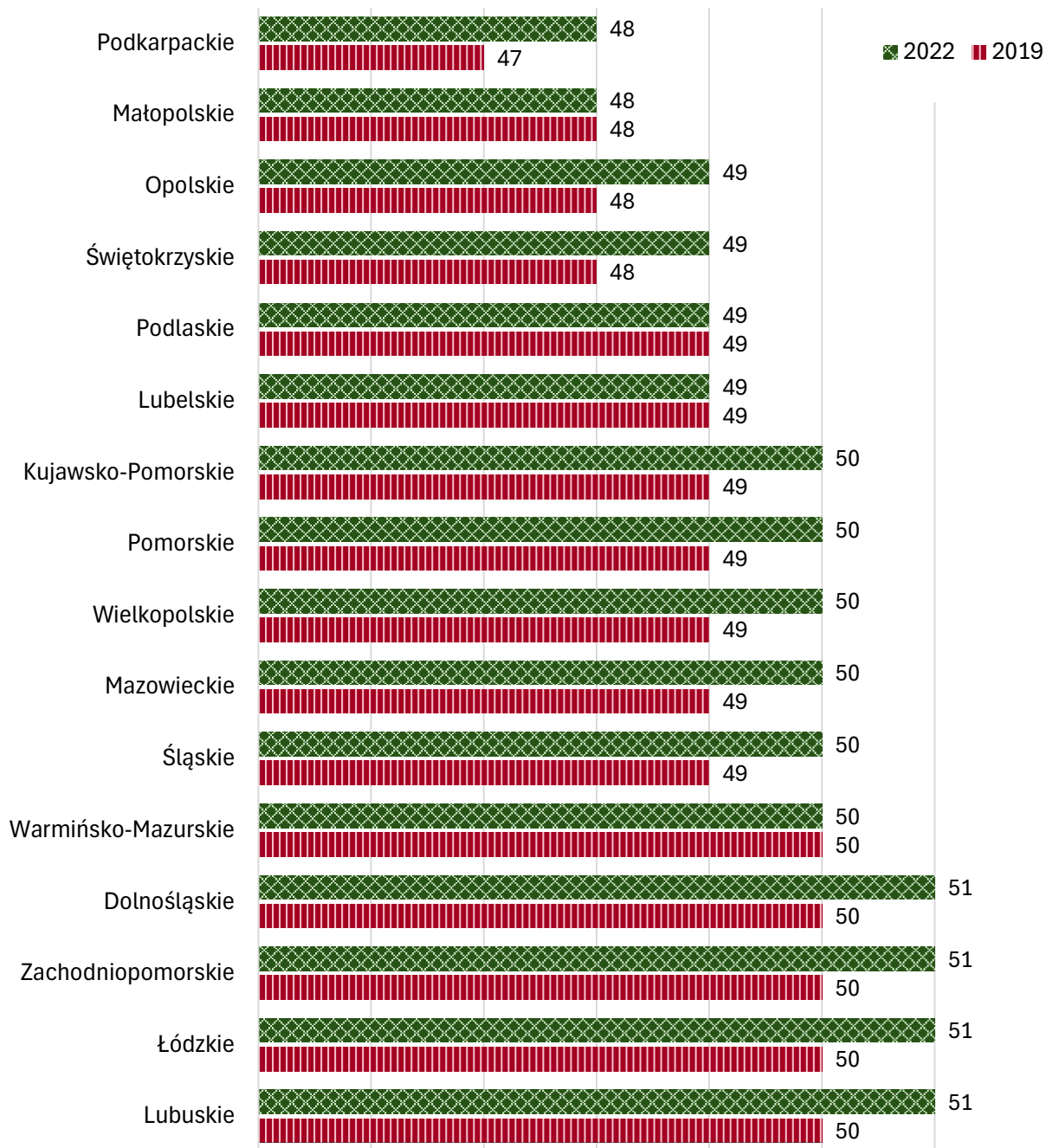


Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 12.04.2024).

W 2022 roku najwięcej pielęgniarek przypadających na 100 tysięcy mieszkańców było w mieście Łomża – 1 184,1 pielęgniarek oraz w powiecie siemiatyckim – 1 169,9. Należy również zauważyć duży wzrost w porównaniu z 2019 rokiem, w którym na 100 tysięcy mieszkańców przypadało 1 083,9 pielęgniarek. Wśród innych powiatów odznaczających się największą liczbą pielęgniarek przypadających na 100 tysięcy mieszkańców w 2022 roku należy wyróżnić powiat hajnowski – 804 pielęgniarki, miasto Suwałki – 1 113,5, a także miasto Białystok – 1 146,6. Najmniej w 2022 roku było ich w powiatach łomżyńskim – 70,4, a także suwalskim – 172,5. We wszystkich powiatach województwa podlaskiego można zauważyć wzrost liczby pielęgniarek przypadających na 100 tysięcy mieszkańców.

Średni wiek pielęgniarek w Polsce w 2022 roku wynosił 50 lat. Dla porównania – w 2019 roku było to 49 lat (wykres 36).

Wykres 36. Średni wiek pielęgniarek według województw w latach 2019 i 2022

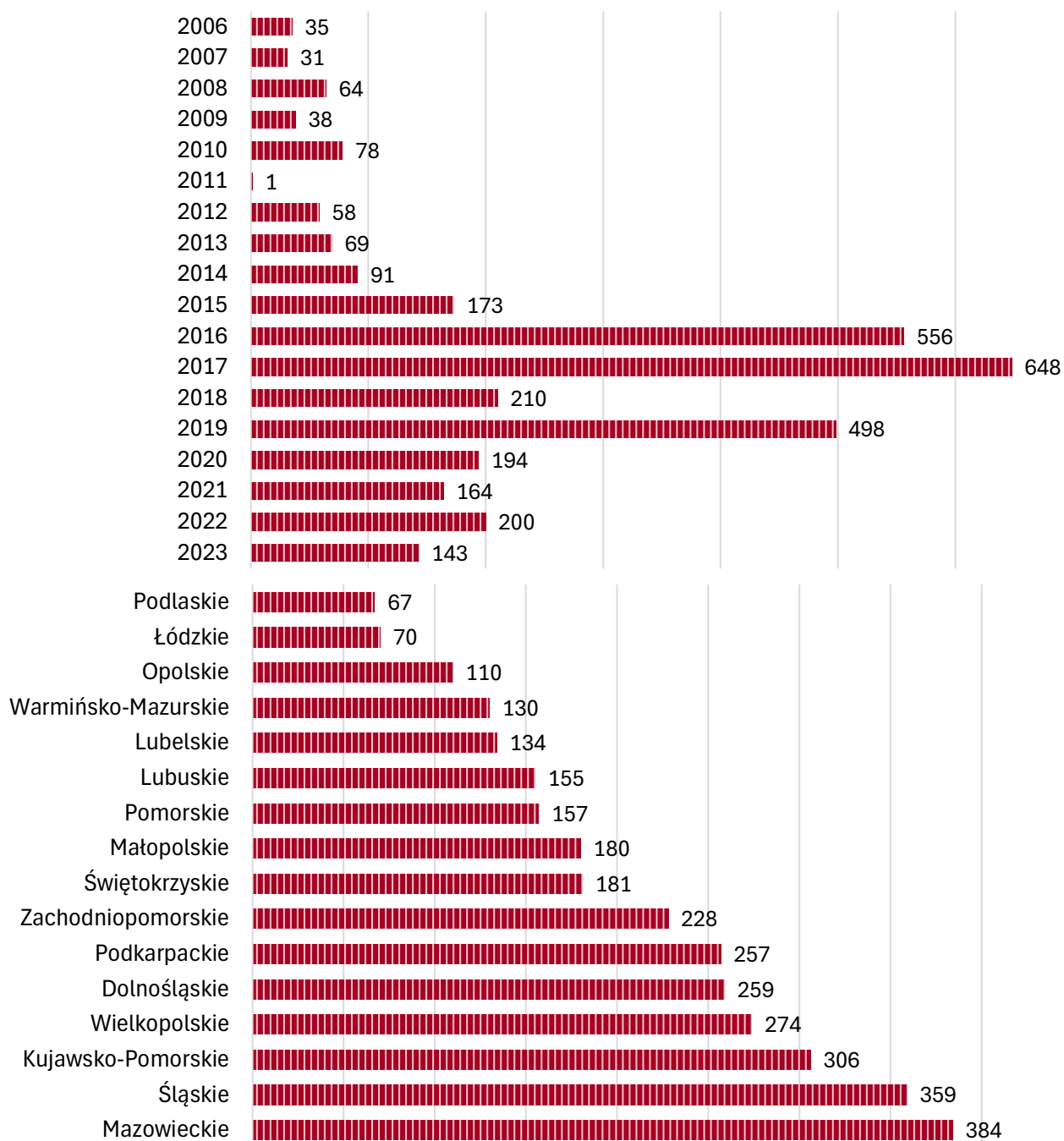


Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 12.04.2024).

Najwyższy średni wiek w 2022 roku posiadały pielęgniarki w województwach lubuskim, łódzkim, zachodniopomorskim, a także dolnośląskim, w których wynosił on 51 lat. We wszystkich tych województwach średni wiek pielęgniarek zwiększył się w porównaniu z 2019 rokiem o 1 rok. W pozostałych województwach w 2019 roku kształtował się w granicach 47–49 lat, w 2022 roku – około 48–49 lat. W województwie podlaskim średni wiek pielęgniarek w 2022 roku wynosił 49 lat, czyli tyle samo co w roku 2019.

Kluczową rolę w opiece nad osobami starszymi powinny spełniać pielęgniarki geriatryczne (wykres 37).

Wykres 37. Liczba pielęgniarek geriatrycznych, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry w latach 2006–2023

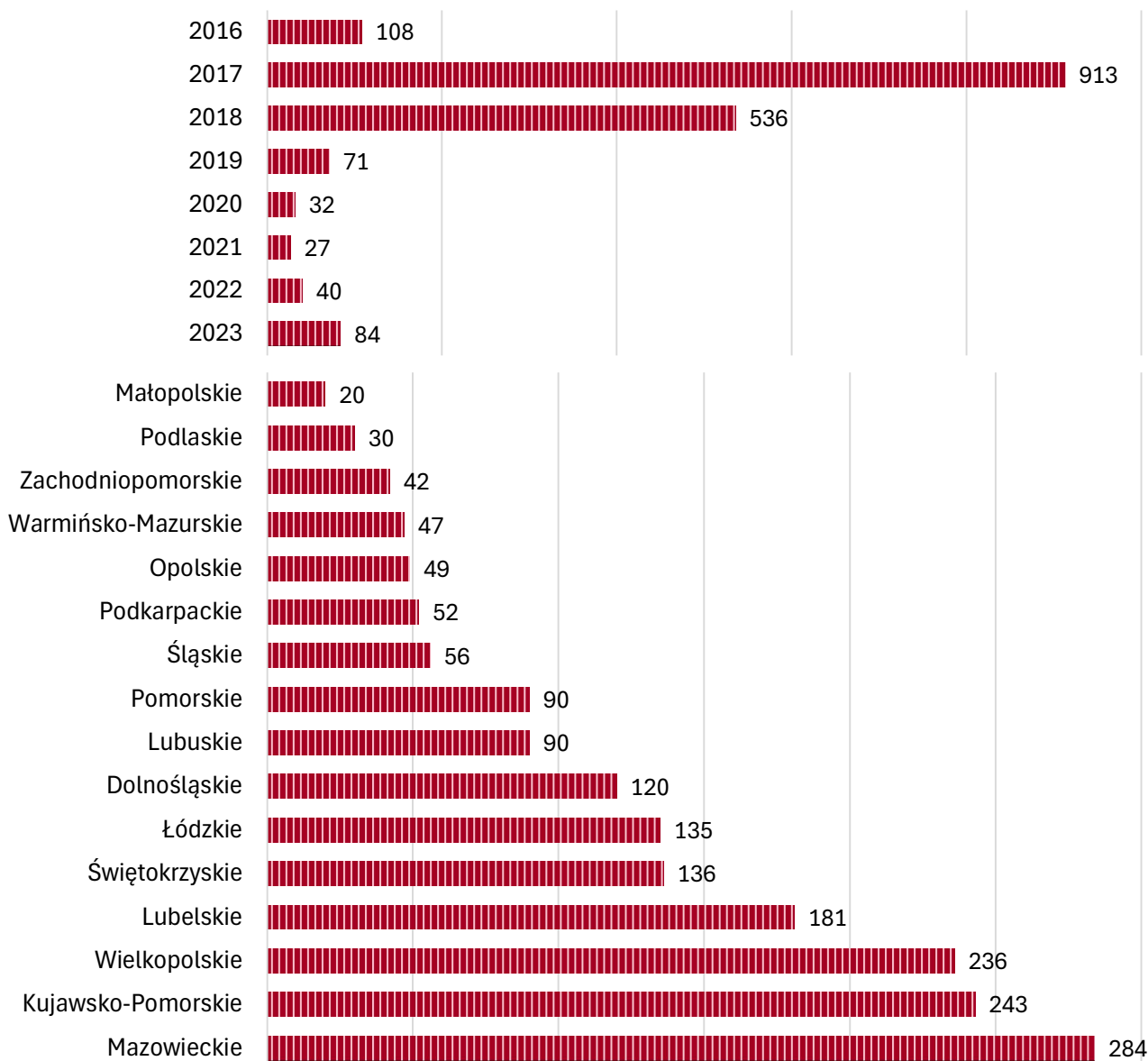


Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Specjaliści](#) (dostęp: 13.04.2024).

W latach 2006–2023 w całej Polsce tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry uzyskało 3 251 pielęgniarek, najwięcej w województwie mazowieckim – 384. Kolejne województwa to: śląskie – 359, kujawsko-pomorskie – 306 i wielkopolskie – 274. Niekorzystnie na tle innych województw wypada województwo podlaskie, w którym w latach 2006–2023 zaledwie 67 pielęgniarek uzyskało tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry.

Pielęgniarki mogą zdobyć uprawnienia w zakresie geriatry również poprzez kursy kwalifikacyjne (wykres 38).

Wykres 38. Liczba pielęgniarek geriatrycznych, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w dziedzinie geriatry w latach 2016–2023

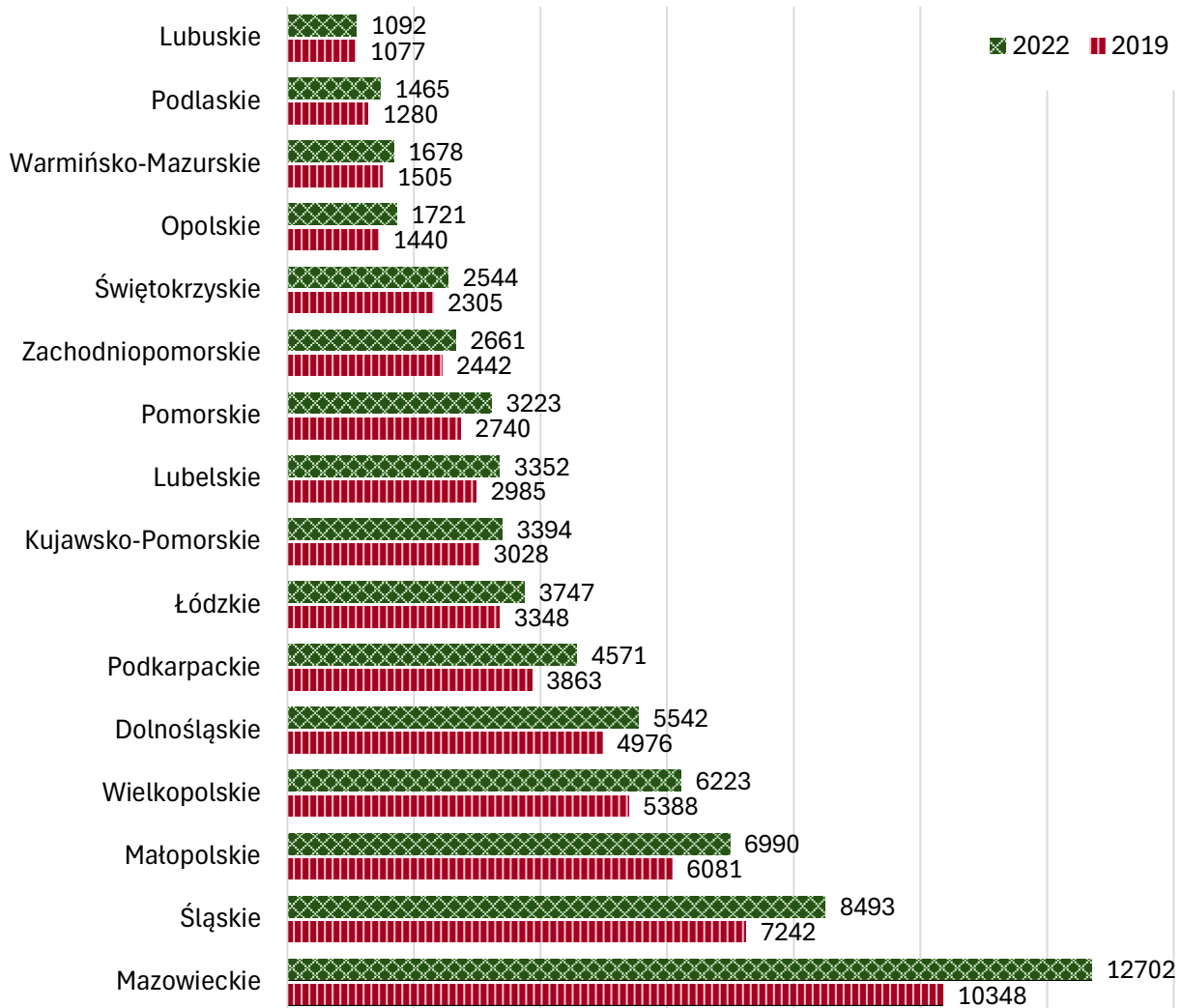


Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Specjaliści](#) (dostęp: 13.04.2024).

W latach 2006–2023 w całej Polsce kursy kwalifikacyjne w dziedzinie geriatry ukończyło 1 811 pielęgniarek. Najwięcej osób taki kurs ukończyło w województwach mazowieckim – 284 pielęgniarki, kujawsko-pomorskim – 243, a także wielkopolskim – 236. Niekorzystnie na tle innych województw wypada województwo podlaskie, w którym w latach 2016–2023 zaledwie 30 pielęgniarek ukończyło kurs kwalifikacyjny w dziedzinie geriatry. Gorzej w tym zestawieniu wypada jedynie województwo małopolskie.

Bardzo ważną rolę w świadczeniu usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym mają także fizjoterapeuci (wykres 39).

Wykres 39. Liczba fizjoterapeutów według województw w latach 2019 i 2022



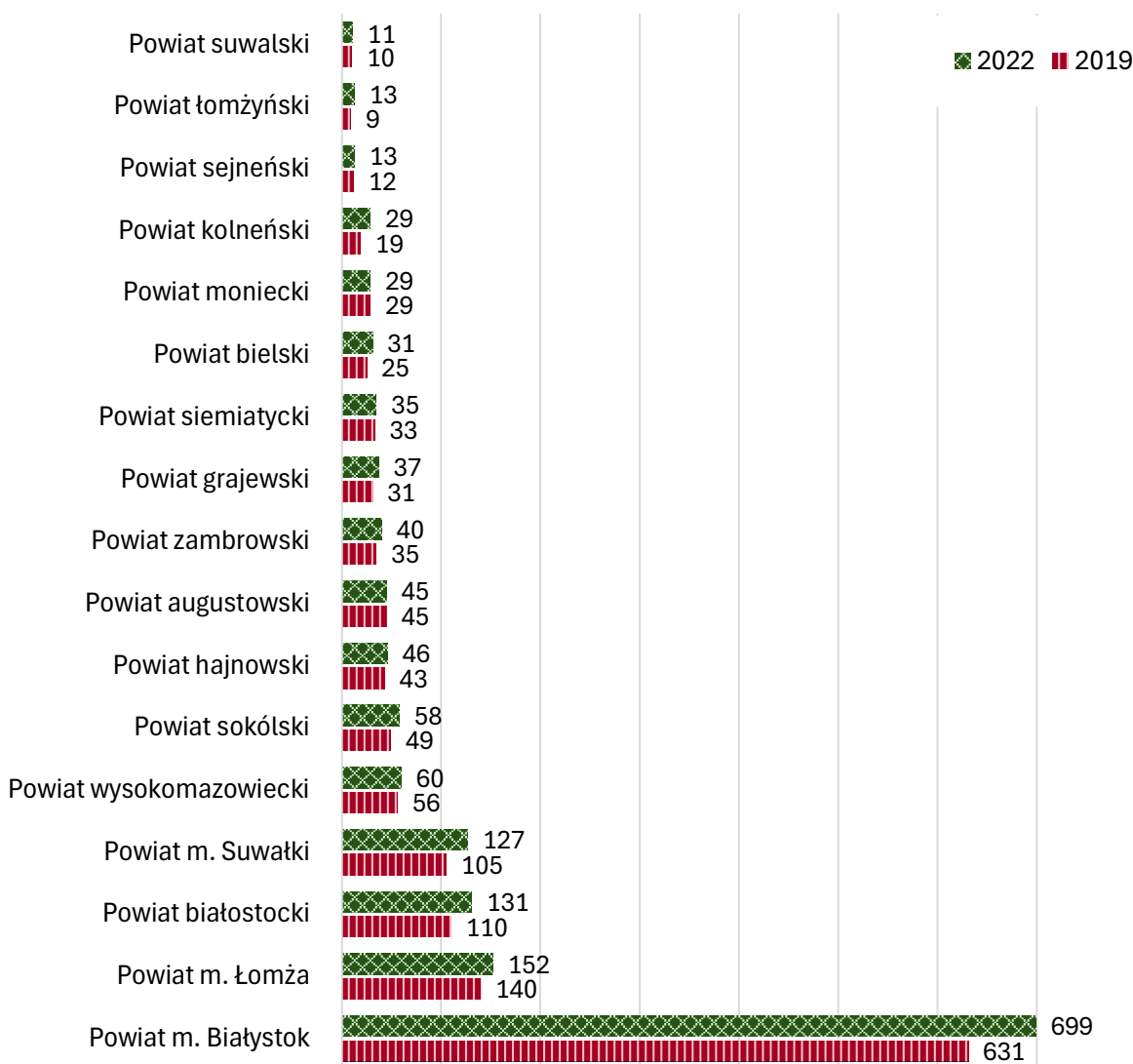
* W związku z tym, że fizjoterapeuci mogą pracować w wielu różnych województwach i powiatach, dane częściowe nie sumują się do wskazanej liczby fizjoterapeutów pracujących w całej Polsce.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 13.04.2024).

W 2022 roku w całej Polsce pracowało 66 370 fizjoterapeutów. Dla porównania – w 2019 było ich 56 832. Najwięcej w 2022 roku było ich zatrudnionych w województwie mazowieckim – 12 702, czyli o 2 354 więcej niż w 2019 roku. Przodowały także województwa: śląskie – 8 493 fizjoterapeutów, małopolskie – 6 990, a także wielkopolskie – 6 223. W województwie podlaskim w 2022 roku pracowało 1 465 fizjoterapeutów. Należy jednak zauważyć wzrost w porównaniu do 2019 roku, kiedy to zatrudnionych było 1 280 fizjoterapeutów. Najmniej fizjoterapeutów w 2022 roku pracowało w województwie lubuskim – 1 092.

Szczegółowa analiza danych z województwa podlaskiego (wykres 40) pozwala zauważyć, że najwięcej fizjoterapeutów w 2022 roku zatrudnionych było w mieście Białystok – 699, czyli o 68 więcej niż w 2019 roku.

Wykres 40. Liczba fizjoterapeutów województwie podlaskim według powiatów w latach 2019 i 2022



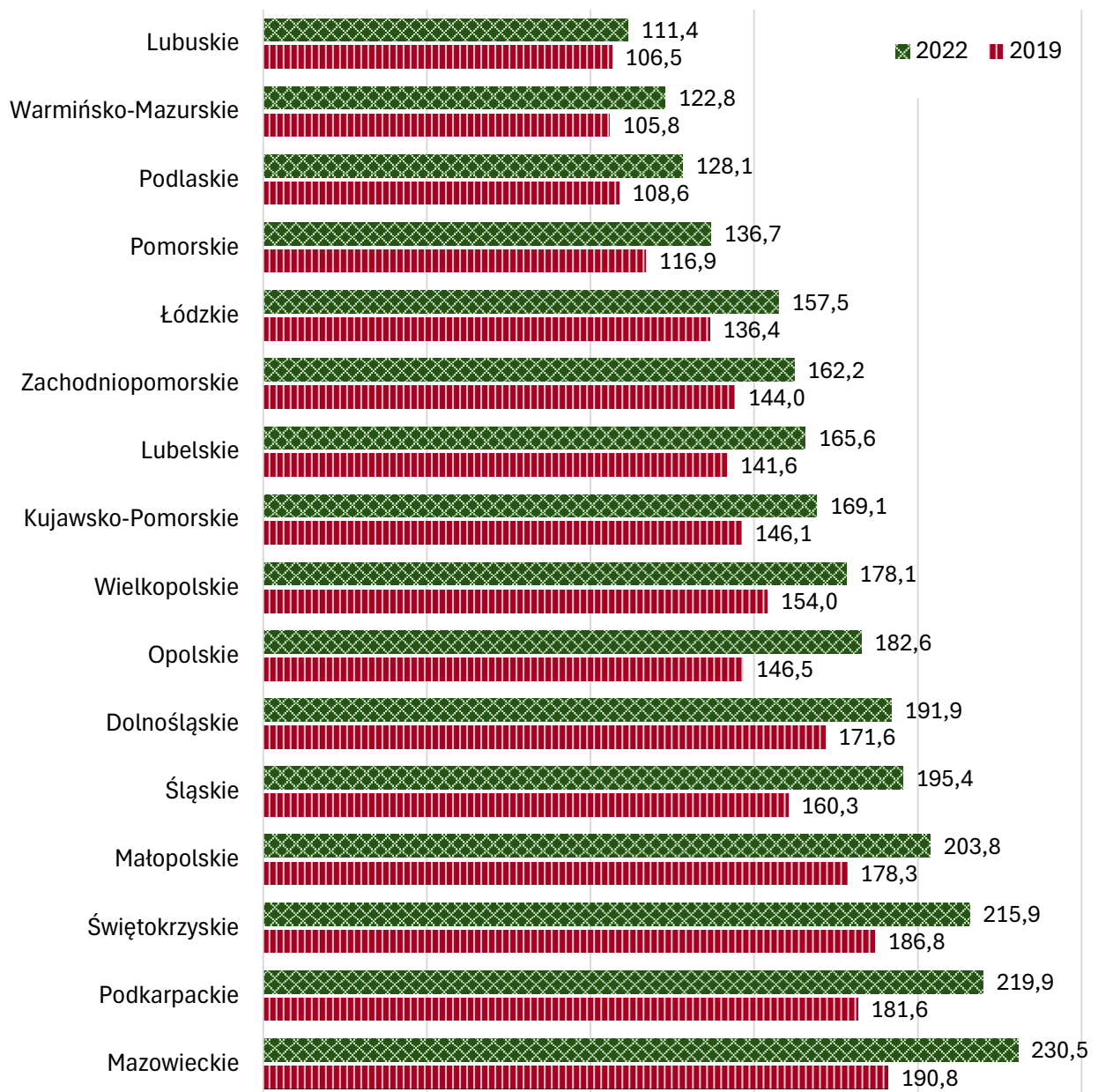
* W związku z tym, że fizjoterapeuci mogą pracować w wielu różnych województwach i powiatach, dane cząstkowe nie sumują się do wskazanej liczby fizjoterapeutów pracujących w całym województwie podlaskim

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 13.04.2024).

Pozostałe powiaty województwa podlaskiego są bardzo zróżnicowane pod względem liczby fizjoterapeutów. W mieście Łomża w 2022 roku pracowało ich 152 (o 12 więcej niż w 2019 roku), w powiecie białostockim – 131 oraz mieście Suwałki – 127. Najmniej fizjoterapeutów w 2022 roku zatrudnionych było w powiatach suwalskim – 11, sejneńskim – 13, a także łomżyńskim – 13.

Analizując dane dotyczące liczby fizjoterapeutów przypadających na 100 tysięcy mieszkańców (wykres 41), należy stwierdzić, że najlepiej pod tym względem w 2022 roku przedstawiała się sytuacja w województwie mazowieckim, gdzie było ich 230,5 na 100 tysięcy mieszkańców.

Wykres 41. Liczba fizjoterapeutów w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2019 i 2022

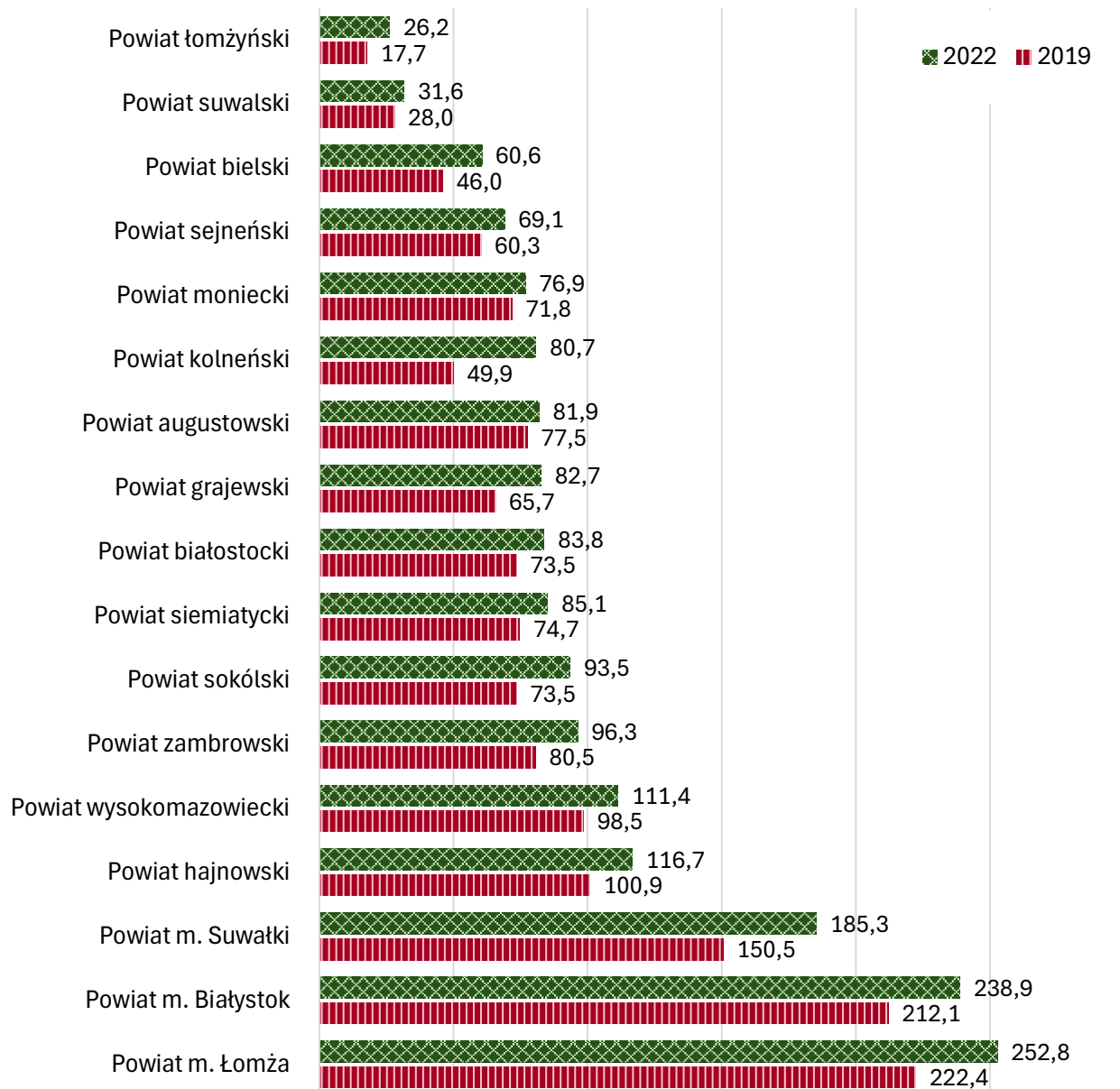


Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 14.04.2024).

Ponad 200 fizjoterapeutów na 100 tysięcy mieszkańców było też w województwach podkarpackim (219,9) i świętokrzyskim (215,9), a także małopolskim (203,8). Najmniej fizjoterapeutów na 100 tysięcy mieszkańców było w województwie lubuskim (111,4)

W województwie podlaskim w 2022 roku na 100 tysięcy mieszkańców przypadało 128,1 fizjoterapeutów. Oznacza to i tak duży wzrost w porównaniu z 2019 rokiem, w którym wskaźnik ten wynosił 108,6 fizjoterapeutów na 100 tysięcy mieszkańców. Poszczególne powiaty województwa podlaskiego zróżnicowane są pod względem liczby fizjoterapeutów przypadających na 100 tysięcy mieszkańców (wykres 42).

Wykres 42. Liczba fizjoterapeutów w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności w województwie podlaskim według powiatów w latach 2019 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 13.04.2024).

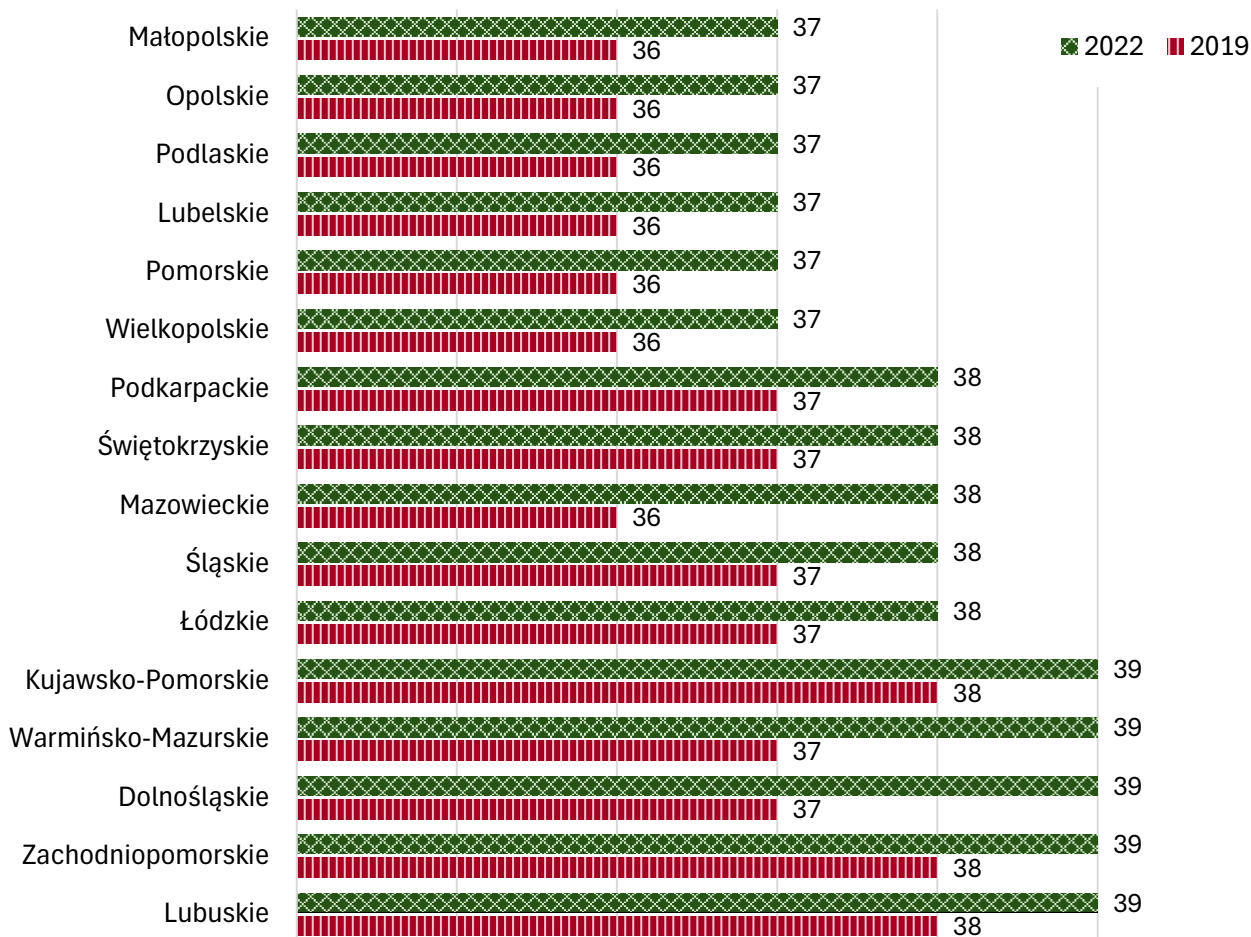
W 2022 roku najwięcej fizjoterapeutów przypadających na 100 tysięcy mieszkańców było w miastach Łomża (252,8), Białystok (238,9) oraz Suwałki (185,3). Taka sytuacja była też w roku 2019. Najmniej fizjoterapeutów na 100 tysięcy mieszkańców przypadało w 2022 roku w powiatach tomżyńskim (26,2), a także suwalskim (31,6). Pomimo znacznego zróżnicowania w poszczególnych powiatach można było zaobserwować wzrost liczby fizjoterapeutów na 100 tysięcy mieszkańców we wszystkich powiatach w stosunku do 2019 roku.

Średni wiek fizjoterapeutów w Polsce w 2022 roku wynosił 38 lat. Dla porównania – w 2019 roku było to 37 lat (wykres 43).

Najwyższy średni wiek fizjoterapeutów w 2022 roku odnotowały województwa: lubuskie, zachodniopomorskie, dolnośląskie, warmińsko-mazurskie, a także kujawsko-pomorskie, w których wynosił on 39 lat. Ich średni wiek zwiększył się tam w porównaniu z 2019 rokiem

o 1 rok (województwa lubuskie, zachodniopomorskie oraz kujawsko-pomorskie) lub 2 lata (województwa dolnośląskie oraz warmińsko-mazurskie). W województwie podlaskim średni wiek fizjoterapeutów w 2022 roku wynosił 37 lat. W 2019 roku było to 36 lat.

Wykres 43. Średni wiek fizjoterapeutów w poszczególnych województwach w latach 2019 i 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie [Map potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia](#) (dostęp: 13.04.2024).

Do zawodów medycznych od 2024 roku zostali włączeni opiekunowie medyczni oraz terapeuci zajęciowi. Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że w Polsce jest ponad 80 tysięcy osób z dyplomem opiekuna medycznego, faktycznie w zawodzie pracuje zaś dużo mniej niż połowa (25–30 tysięcy osób). Większość z nich jest zatrudniona w placówkach stacjonarnych (dane na koniec 2022 roku). W podmiotach leczniczych zatrudnionych było 10 758 opiekunów medycznych, a w zakładach długoterminowej, stacjonarnej opieki – 6 727²²⁸. Przedstawione dane mają charakter szacunkowy. Wynika to z tego, że opiekunowie medyczni, terapeuci zajęciowi oraz osoby świadczące usługi opiekuńcze, takie jak opiekunka środowiskowa, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej oraz opiekun w domu pomocy społecznej, nie są objęci statystykami.

²²⁸ <https://www.prawo.pl/zdrowie/opiekun-medyczny-w-opiece-dlugoterminowej,521663.html> (dostęp: 18.11.2024).

4. Oferta edukacyjna i szkoleniowa w zakresie zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi w województwie podlaskim

Starzenie się społeczeństwa ujawnia silną potrzebę kształcenia wykwalifikowanych kadr profesjonalnie przygotowanych do pracy z seniorami – tym bardziej, że przemiany demograficzne nieuchronnie pokazują, iż seniorzy stają się i będą stawać coraz większą grupą objętą opieką zdrowotną i społeczną²²⁹. Kształcenie w zakresie zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi, które mogą być świadczone osobom starszym w polskim systemie edukacji, realizowane jest na różnych poziomach i w różnych formach edukacji:

- w ramach edukacji formalnej:
 - 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;
- w ramach edukacji pozaformalnej.

Aktualnie kształcenie w zakresie ogólnym, zawodowym oraz w szkolnictwie wyższym odbywa się na podstawie Polskiej Ramy Kwalifikacji (PRK), w której każdy z poziomów opisany jest za pomocą ogólnych charakterystyk zakresu i stopnia skomplikowania wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, wymaganych od osób posiadających kwalifikacje danego poziomu. Oparcie systemu kształcenia na PRK jest wynikiem przejścia od zarządzania bazującego na pojęciu zawodu i stanowiska pracy do systemów opartych na kompetencjach, czyli pożądanym umiejętnościach²³⁰, co oznacza zmianę z „rynku pracy” na „rynek kompetencji”.

4.1. Kształcenie w systemie szkolnictwa wyższego w województwie podlaskim

W województwie podlaskim aktualnie funkcjonuje 14 uczelni wyższych (zarówno publicznych, jak i niepublicznych). Tylko część z nich oferuje kształcenie w zawodach, które mogą być związane ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym (tabela 21).

²²⁹ Agata Chabior, Małgorzata Krawczyk-Blicharska, Kompetencje opiekuna osoby starszej – implikacje europejskie, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” 2016, nr 2, s. 81–88.

²³⁰ Marta Juchnowicz, Łukasz Sienkiewicz, Jak oceniać pracę? Wartościowanie stanowisk i kompetencji, Warszawa 2006.

Tabela 21. Wykaz kierunków kształcących w zawodach, kwalifikacjach i umiejętnościach związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi w ramach szkolnictwa wyższego w województwie podlaskim

Uczelnia i kierunek kształcenia	Poziom kształcenia
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; Lekarski	<ul style="list-style-type: none"> • jednolite studia magisterskie – 6-letnie; • absolwent uzyskuje dyplom i tytuł zawodowy lekarza, po ukończeniu 13-miesięcznego stażu może przystąpić do Lekarskiego Egzaminu Końcowego, którego pozytywny wynik uprawnia do podjęcia pracy w zawodzie lekarza oraz do rozpoczęcia wybranej specjalizacji.
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; Pielęgniarstwo	<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.
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; Fizjoterapia	<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.
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; zdrowie publiczne i epidemiologia	<ul style="list-style-type: none"> • studia pierwszego stopnia – 3-letni etap kształcenia kończy się tytułem licencjata. •
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; zdrowie publiczne	<ul style="list-style-type: none"> • studia drugiego stopnia – 2-letni etap kształcenia kończy się tytułem magistra.
Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku; Pielęgniarstwo	<ul style="list-style-type: none"> • studia pierwszego stopnia – 3-letni etap kształcenia kończy się tytułem licencjata.
Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku; pielęgniarstwo pomostowe	<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.
Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku; Fizjoterapia	<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.
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa imienia Profesora Edwarda Szczepanika w Suwałkach; Pielęgniarstwo	<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.
Akademia Łomżyńska w Łomży; Fizjoterapeuta	<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.
Akademia Łomżyńska w Łomży; Pielęgniarstwo	<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.
Akademia Łomżyńska w Łomży; praca socjalna	<ul style="list-style-type: none"> • studia pierwszego stopnia – 3-letni etap kształcenia kończy się tytułem licencjata.

Uczelnia i kierunek kształcenia	Poziom kształcenia
Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży; Pielęgniarstwo	<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.
Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży; pielęgniarstwo pomostowe	<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.
Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży; praca socjalna	<ul style="list-style-type: none"> • studia pierwszego stopnia – 3-letni etap kształcenia kończy się tytułem licencjata.
Uniwersytet w Białymstoku; praca socjalna	<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: 7.07.2024).

W województwie podlaskim pięć uczelni wyższych oferuje kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na studiach pierwszego stopnia. Na drugim stopniu takie kształcenie w swojej ofercie mają cztery uczelnie. Studia na kierunku fizjoterapia są prowadzone aktualnie wyłącznie jako jednolite studia magisterskie²³¹. Takie kształcenie realizują trzy uczelnie. Kierunek pielęgniarstwo, jak i fizjoterapia mają profil praktyczny. Jedynie Uniwersytet Medyczny w Białymstoku kształci na kierunku lekarskim zarówno na profilu praktycznym, jak i ogólnoakademickim.

Wskazane kierunki kształcą w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze, których odbiorcami są też osoby starsze. W programach studiów są przewidziane przedmioty, których treści zawierają zagadnienia związane z osobami starszymi. Przykładami takich przedmiotów są:

- kierunek lekarski: geriatryka/gerontologia;
- pielęgniarstwo: pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne, opieka paliatywna;
- fizjoterapia: kliniczne podstawy fizjoterapii w geriatryce, fizjoterapia w chorobach wewnętrznych w geriatryce, opieka nad pacjentem z niepełnosprawnością/podstawowe zabiegi medyczne;

²³¹ Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów (t.j. Dz.U. 2018 poz. 1861, art. 8). We wcześniejszym okresie uczelnie wyższe mogły prowadzić również kształcenie na dwóch poziomach. W związku ze zmianą przepisów datą graniczną korzystania z uprawnień do prowadzenia studiów pierwszego stopnia wskazano dzień zakończenia ostatniego cyklu kształcenia rozpoczętego przed 1 października 2017 roku. Aby umożliwić kontynuację kształcenia na studiach drugiego stopnia, przyjęto, że uprawnienia do prowadzenia studiów na tym poziomie kształcenia wygasną 31 grudnia 2022 roku.

- zdrowie publiczne i epidemiologia – przedmiot: geriatrycja.

Dodatkowo studenci odbywają praktyki na oddziałach geriatrycznych i innych oddziałach, gdzie przebywają osoby starsze.

Absolwenci uczelni wyższych są potencjalnymi pracownikami w zawodach świadczących usługi medyczne. Wykaz liczby absolwentów przedstawia tabela 22²³².

Tabela 22. Liczba absolwentów uczelni wyższych na kierunkach kształcących w zawodach medycznych i opiekuńczych w województwie podlaskim w latach 2016–2022

Kierunek kształcenia i uczelnia	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
lekarski; Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	202	210	206	225	202	236	261
pielęgniarstwo pierwszego stopnia; Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	60	74	67	80	95	120	120
pielęgniarstwo pierwszego stopnia; Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa imienia Profesora Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach	42	38	33	33	29	23	24
pielęgniarstwo pierwszego stopnia; Akademia Łomżyńska w Łomży	49	47	62	48	51	35	33
pielęgniarstwo pierwszego stopnia; Wyższa Szkoła Medyczna z siedzibą w Białymstoku	0	19	0	0	51	0	0
pielęgniarstwo pierwszego stopnia; Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży	0	0	19	0	0	0	40
pielęgniarstwo drugiego stopnia; Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	64	60	73	88	75	71	88
pielęgniarstwo drugiego stopnia; Akademia Łomżyńska w Łomży	24	38	33	49	53	42	63
pielęgniarstwo drugiego stopnia; Wyższa Szkoła Medyczna z siedzibą w Białymstoku	0	15	0	0	94	0	94
pielęgniarstwo drugiego stopnia; Międzynarodowa Akademia Nauk Stosowanych w Łomży	71	25	42	232	111	49	29
fizjoterapia pierwszego stopnia; Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	81	67	70	65	0	0	0
fizjoterapia pierwszego stopnia; Akademia Łomżyńska w Łomży	32	45	36	24	0	0	0
fizjoterapia drugiego stopnia; Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	75	71	84	97	79	88	0
fizjoterapia drugiego stopnia; Wyższa Szkoła Medyczna z siedzibą w Białymstoku	0	0	0	0	15	0	0
fizjoterapia – jednolite magisterskie; Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	0	0	0	0	0	0	60
praca socjalna, studia pierwszego stopnia; Akademia Łomżyńska w Łomży	55	40	33	35	27	15	22
praca socjalna, studia pierwszego stopnia; Uniwersytet w Białymstoku	38	68	48	58	39	12	28

²³² Dane opracowane na podstawie Ogólnopolskiego Systemu Monitorowania losów Absolwentów Szkół Wyższych

Kierunek kształcenia i uczelnia	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
praca socjalna, studia drugiego stopnia; Uniwersytet w Białymstoku	48	56	58	48	26	12	20

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 5.07.2024)

W województwie podlaskim liczba absolwentów kierunku lekarskiego 2022 roku wyniosła 261, w tym 215 osób ukończyło kierunek lekarski o profilu praktycznym, a 46 o profilu ogólnoakademickim. Notuje się tu wzrost w porównaniu do 2016 roku o około 29%. Należy jednak podkreślić, że co roku studia kończyło ponad 200 lekarzy.

Dalszy proces kształcenia lekarzy, którzy wybierają specjalizację geriatryczną, trwa 5 lat. Składa się on z dwóch modułów: podstawowego – choroby wewnętrzne (trwa 2 lata) i specjalistycznego – geriatra (trwa 3 lata). Moduł podstawowy może być zastąpiony specjalizacją drugiego stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. W województwie podlaskim jedynie jeden szpital, to jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku, Oddział Geriatrii, posiada miejsca szkoleniowe w zakresie geriatrii. W roku 2024 było ich 9, a w 2023 i 2022 – po 10.

Na kierunku pielęgniarstwo kształcenie odbywa się na studiach pierwszego i drugiego stopnia. Na pierwszym stopniu w roku 2022 liczba absolwentów wyniosła 217, co oznacza wzrost w stosunku do 2016 o prawie 44%. Najwięcej absolwentów odnotowano w roku 2020, bo ponad 220. Podobny wzrost wystąpił na studiach drugiego stopnia, z tym że były lata, w których liczba absolwentów przekroczyła 300. W roku 2019 wyniosła aż 369. Rok później nieco mniej.

Dalszy proces kształcenia pielęgniarek w zakresie specjalizacji związanych z opieką medyczną osób starszych odbywa się w ramach szkoleń specjalizacyjnych oraz kursów kwalifikacyjnych szkolenia geriatrycznego.

Kształcenie na kierunku fizjoterapia aktualnie realizowane jest wyłącznie w systemie studiów magisterskich na terenie województwa podlaskiego w trzech uczelniach: na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, w Akademii Łomżyńskiej oraz w Wyższej Szkole Medycznej w Białymstoku. W roku 2022 jednolite studia magisterskie ukończyli pierwsi absolwenci na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku w liczbie 60. Wcześniej kształcenie odbywało się w ramach systemu dwustopniowego. Ostatni absolwenci studiów pierwszego stopnia uzyskali dyplomy w 2019 roku w liczbie 89. Oznacza to spadek w stosunku do lat wcześniejszych o ponad 20%. Z kolei na drugim stopniu ostatni absolwenci uzyskali dyplomy w 2021 roku w liczbie 88. Są to absolwenci Akademii Medycznej w Białymstoku.

Głównym ośrodkiem, który kształci najwięcej absolwentów na kierunkach medycznych, jest Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

Kształcenie na kierunkach związanych ze świadczeniem usług realizowanych w ramach systemu opieki społecznej odbywa się na dwóch uczelniach w województwie podlaskim. Dotyczy to kierunku praca socjalna. Ofertę studiów pierwszego stopnia posiadają Akademia Łomżyńska oraz Uniwersytet w Białymstoku. Drugi stopień realizuje wyłącznie Uniwersytet w Białymstoku. W roku 2020 liczba absolwentów na studiach pierwszego stopnia wyniosła

łącznie 50 osób. Oznacza to spadek w stosunku do 2019 roku o prawie 50%. Studia drugiego stopnia ukończyło w 2022 roku 20 osób, co oznacza spadek w stosunku do 2019 roku aż o ponad 70%. Kierunek ten cieszy się bardzo niskim zainteresowaniem, co jest wynikiem niskich wynagrodzeń w zawodzie. Wskazuje się, że około 70% pracowników socjalnych zarabia minimalne wynagrodzenie²³³. Ponadto praca ta wiąże się z bardzo dużym obciążeniem obowiązkami.

Analiza ofert edukacyjnych realizowanych w ramach studiów podyplomowych pozwala stwierdzić, że niewiele jest ofert, jeżeli chodzi o zawody medyczne i opiekuńcze. Aktualnie w ofercie w województwie podlaskim są dostępne następujące studia podyplomowe:

- Uniwersytet Medyczny w Białymstoku:
 - psychodietetyka,
 - promocja zdrowia i edukacja zdrowotna,
 - epidemiologia,
 - zdrowie środowiskowe;
- Uniwersytet w Białymstoku:
 - edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością intelektualną;
- Akademia Podlaska w Białymstoku – Akademia Nauk Stosowanych:
 - psychogeriatrya;
- Uczelnia Jańskiego w Łomży:
 - terapia zajęciowa.

Zakres tematyczny organizowanych w województwie podlaskim studiów podyplomowych w większości przypadków nie jest skierowany do osób chcących podwyższyć swoje kwalifikacje w zawodach medycznych i opiekuńczych związanych z osobami starszymi. Analizując ofertę innych uczelni w Polsce w zakresie kształcenia na studiach podyplomowych w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze na rzecz osób starszych, można zauważyć, że takie propozycje występują. Jako przykłady można podać gerontologię i opiekę nad osobami starszymi (Wyższa Szkoła Kształcenia Zawodowego, Wrocław), specjalista do spraw opieki senioralnej (Uniwersytet Śląski w Katowicach), koordynator zespołu opiekuńczo-terapeutycznego osób starszych (Akademia Wychowania Fizycznego imienia Jerzego Kukuczki w Katowicach), psychogerontologia: specjalista do spraw seniorów (Uniwersytet SWPS), psychogerontologia (Akademia Nauk Społecznych i Medycznych w Lublinie), psychogerontologia i aktywizacja seniorów (Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu).

W ramach kształcenia w systemie szkolnictwa wyższego w zawodach medycznych istotne znaczenie ma Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego²³⁴, której słuchacze realizują program specjalizacji oraz medyczne kształcenie ustawiczne. Podyktowane jest to tym, że osoba wykonująca zawód medyczny ma zarówno prawo, jak i obowiązek ustawicznego

²³³ <https://pracodawcagodnyzaufania.pl/wskutek-niskich-plac-i-obciazenia-obowiazkami-praca-w-pomocy-spoecznej-nie-jest-sciezka-kariery-preferowana-przez-studentow> (dostęp: 26.10.2024).

²³⁴ Centrum pełni w krajowym systemie medycznego kształcenia podyplomowego funkcję szkoły wyższej.

rozwoju zawodowego przez aktualizację swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. Akceptują to nowe przepisy regulujące wykonywanie określonych zawodów medycznych²³⁵.

4.2. Kształcenie w systemie oświaty w województwie podlaskim

Kształcenie w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze odbywa się także w ramach systemu oświaty w szkołach policealnych w następujących zawodach medycznych:

- opiekun medyczny (MED.14: Świadczenie usług medyczno-pielęgniacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej²³⁶);
- terapeuta zajęciowy (MED.13: Świadczenie usług w zakresie terapii zajęciowej).

Od 2024 roku są to zawody medyczne²³⁷, 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-semesternej szkoły policealnej, w której nauka zakończona jest egzaminem zawodowym przeprowadzanym w szkole przez okręgową komisję egzaminacyjną. Z kolei uzyskanie zawodu terapeuty zajęciowego wymaga ukończenia 4-semesternej szkoły policealnej, w której nauka zakończona jest egzaminem zawodowym przeprowadzanym w szkole przez okręgową komisję egzaminacyjną.

Szkoły policealne w województwie podlaskim kształcą też w zawodach zaliczanych do branży pomocy społecznej. Zawody zostały wprowadzone rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 29 marca 2001 r. 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 starszym, które nie mają dostatecznego wsparcia ze strony rodziny lub innych osób z otoczenia. Ponadto odpowiednie przygotowanie do wykonywania zawodów świadczących usługi opiekuńcze wpływa na usprawnienie działania systemu pomocy społecznej (tabela 23).

Tabela 23. 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

²³⁵ 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).

²³⁶ 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.

²³⁷ 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).

Zawód	Symbol i nazwa kwalifikacji	Wykształcenie	Semestry
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, które w swojej ofercie mają kierunki kształcące w zawodach medycznych i opiekuńczych. Wykaz szkół wraz z ofertą kierunków przedstawia tabela 24.

W województwie podlaskim szkoły policealne oferują swoim słuchaczom różnorodne kierunki kształcenia, obejmujące zarówno zawody medyczne, jak i zawody opiekuńcze. Mimo szerokiej oferty edukacyjnej, nie wszystkie proponowane kierunki są faktycznie uruchamiane i realizowane w ramach działalności tych placówek. Szczególnie widoczne jest to w przypadku kierunków przygotowujących do wykonywania zawodów opiekuńczych, takich jak opiekun osoby starszej oraz opiekun w domu pomocy społecznej. W praktyce największym zainteresowaniem słuchaczy cieszą się kierunki takie jak opiekun medyczny oraz terapeuta zajęciowy. Zainteresowanie tymi kierunkami wiąże się z faktem, że zawody te zostały formalnie włączone do grupy zawodów medycznych, co może wpływać na ich większy prestiż oraz szersze możliwości zatrudnienia.

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 swojej ofercie mają kształcenie w tym obszarze, znajdują się w Augustowie i Łapach. Warunkiem uzyskania kwalifikacji w zawodach świadczących usługi medyczno-opiekuńcze osób starszych jest nie tylko ukończenie szkoły, ale też zdanie egzaminu zawodowego, składającego się z dwóch części: teoretycznej oraz praktycznej. Treści egzaminów są jednolite dla wszystkich zdających. Za ich przygotowanie odpowiada Centralna Komisja Egzaminacyjna, a za przeprowadzenie okręgowe komisje egzaminacyjne.

Tabela 24. Wykaz szkół i oferta kierunków kształcących w zawodach, kwalifikacjach i umiejętnościach związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi w ramach systemu oświaty w województwie podlaskim

Nazwa szkoły	Kierunki oferowane	Kierunki uruchomione w roku szkolnym 2024/2025
• Szkoła Policealna nr 5 w Augustowie	• opiekun osoby niepełnosprawnej	• opiekun osoby niepełnosprawnej

Nazwa szkoły	Kierunki oferowane	Kierunki uruchomione w roku szkolnym 2024/2025
<ul style="list-style-type: none"> • Centrum Nauki i Biznesu „ŻAK” • Szkoła Policealna Centrum Nauki i 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 • opieka senioralna • terapeuta zajęciowy • opiekun medyczny 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekunka środowiskowa • asystent osoby niepełnosprawnej • opiekun medyczny
<ul style="list-style-type: none"> • Policealna Szkoła Medyczna TEB Edukacja w Białymstoku 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • opieka medyczna 50+ • asystent osoby niepełnosprawnej • terapeuta zajęciowy z elementami dogoterapii 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy z elementami dogoterapii • asystent osoby niepełnosprawnej
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • „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
<ul style="list-style-type: none"> • Policealna Szkoła „Cosinus” w Białymstoku 	<ul style="list-style-type: none"> • asystent osoby niepełnosprawnej • opiekun w domu pomocy społecznej • opiekun osoby starszej • opiekun medyczny • opiekunka środowiskowa • terapeuta zajęciowy 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy
<ul style="list-style-type: none"> • 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"> • opiekun w domu pomocy społecznej
<ul style="list-style-type: none"> • Policealna Szkoła Administracji „Akademia Sukcesu” w Białymstoku 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy • opiekun osoby starszej • opiekun osób starszych i niepełnosprawnych 	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • Policealna Szkoła Detektywów i Pracowników Ochrony w Białymstoku 	<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 2024/2025
<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> Szkoła Policealna Medyczno-Społeczna w Łomży 	<ul style="list-style-type: none"> opiekun medyczny 	<ul style="list-style-type: none"> opiekun medyczny
<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> Centrum Nauki i Biznesu „ŻAK”: Szkoła Policealna Centrum Nauki i Biznesu „Żak” w Suwałkach 	<ul style="list-style-type: none"> asystent osoby niepełnosprawnej opiekunka środowiskowa opiekun medyczny opiekun w domu pomocy społecznej 	<ul style="list-style-type: none"> asystent osoby niepełnosprawnej opiekun medyczny
<ul style="list-style-type: none"> Szkoła Policealna „Akademia Sukcesu” w Suwałkach 	<ul style="list-style-type: none"> opiekun medyczny terapeuta zajęciowy opiekun osoby starszej opiekun osób starszych i niepełnosprawnych 	<ul style="list-style-type: none"> terapeuta zajęciowy opiekun medyczny

Źródło: <https://podlaskie.szkoypolicealne.edubaza.pl/serwis.php?s=1346&pok=23568&c1m=32> (dostęp: 8.10.2024).

W latach 2020–2023 liczba osób, które zdały egzamin potwierdzający kwalifikacje w zawodach medyczno-opiekuńczych²³⁸ w województwie podlaskim, wyniosła 926. Najwięcej osób zdało egzamin w zawodzie opiekun medyczny – 673, natomiast znacznie mniej w pozostałych zawodach: opiekun osoby niepełnosprawnej – 125, terapeuta zajęciowy – 68, opiekunka środowiskowa – 60. Przede wszystkim są to osoby kształcące się w Białymstoku. Jedynie w przypadku opiekunki środowiskowej ponad 60% to osoby kształcące się w Suwałkach.

Tabela 25. Liczba osób, które zdały egzamin potwierdzający w zawodach medycznych i opiekuńczych w powiatach województwa podlaskiego w latach 2020–2023

Kierunek kształcenia	Powiat	Rok 2020	Rok 2021	Rok 2022	Rok 2023
Opiekun medyczny	Powiat bielski	0	5	0	0
Opiekun medyczny	Powiat hajnowski	8	15	0	0
Opiekun medyczny	Powiat białostocki	0	0	30	0
Opiekun medyczny	Miasto Białystok	93	133	56	110
Opiekun medyczny	Miasto Łomża	17	31	32	41
Opiekun medyczny	Miasto Suwałki	11	49	17	25
Opiekun medyczny	Łącznie w woj. podlaskim	129	233	135	176
Opiekun osoby niepełnosprawnej	Powiat augustowski	0	6	7	5
Opiekun osoby niepełnosprawnej	Powiat białostocki	0	0	0	25
Opiekun osoby niepełnosprawnej	Miasto Białystok	16	0	10	12
Opiekun osoby niepełnosprawnej	Miasto Łomża	9	0	5	0

²³⁸ Są to wyniki osób, które uzyskały kwalifikacje w formule 2019.

Kierunek kształcenia	Powiat	Rok 2020	Rok 2021	Rok 2022	Rok 2023
Opiekun osoby niepełnosprawnej	Miasto Suwałki	0	4	12	14
Opiekun osoby niepełnosprawnej	Łącznie w woj. podlaskim	25	10	34	56
Opiekunka środowiskowa	Miasto Białystok	0	7	7	5
Opiekunka środowiskowa	Miasto Łomża	0	0	0	0
Opiekunka środowiskowa	Miasto Suwałki	4	14	17	4
Opiekunka środowiskowa	Powiat moniecki	0	0	2	0
Opiekunka środowiskowa	Razem	4	21	26	9
Terapeuta zajęciowy	Miasto Białystok	0	19	23	26
Terapeuta zajęciowy	Miasto Suwałki	0	0	0	0
Terapeuta zajęciowy	Razem	0	19	23	26
Łącznie wszystkie zawody	Łącznie w woj. podlaskim	158	283	218	267

Źródło: <https://oke.lomza.pl/aktualnosci/informacja-o-wynikach-egzaminu-potwierdzajacego-kwalifikacje-w-zawodzie-3/> (dostęp: 8.07.2024).

Należy też podkreślić, że zawody związane z usługami opiekuńczymi nie należą do najczęściej wybieranych w województwie podlaskim. Wśród przyczyn relatywnie niskiej popularności wskazać można utrudniony dostęp do kształcenia. Kształcenie w zakresie wyżej wymienionych kwalifikacji i zawodów prowadzone jest wyłącznie w szkołach policealnych w cyklu 2-letnim (opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej, terapeuta zajęciowy) lub rocznym (opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa, asystent osoby niepełnosprawnej). Kształcenie to jest zatem oferowane wyłącznie dla osób dorosłych, które rzadziej korzystają z edukacji formalnej.

Tabela 26. Liczba osób, które zdały egzamin potwierdzający w zawodach medycznych i opiekuńczych w powiatach województwa podlaskiego z podziałem na szkoły w latach 2020–2023

Nazwa Szkoły	Zawód	2020	2021	2022	2023
Szkoła Policealna nr 5 w Augustowie	• opiekun osoby niepełnosprawnej	• 0	• 6	• 7	• 5
Centrum Kształcenia Zawodowego w Łapach	• opiekun medyczny	• 0	• 0	• 30	• 0
	• opiekun osoby niepełnosprawnej	• 0	• 0	• 0	• 25
Szkoła Policealna w Bielsku Podlaskim Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Białymstoku	• opiekun medyczny	• 0	• 5	• 0	• 0
Policealna Szkoła „Eduktor” w Hajnówce	• opiekun medyczny	• 8	• 15	• 0	• 0
Centrum Edukacji „Mentor” w Mońkach Leszek Twarowski	• opiekunka środowiskowa	• 0	• 0	• 2	• 0
Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoła Policealna Województwa Podlaskiego w Białymstoku	• opiekun medyczny	• 17	• 13	• 0	• 28
	• opiekun osoby niepełnosprawnej	• 16	• 0	• 0	• 0
	• terapeuta zajęciowy	• 0	• 10	• 9	• 7

Nazwa Szkoły	Zawód	2020	2021	2022	2023
Akademicka Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku	• opiekun medyczny	• 9	• 5	• 5	• 16
„Educentrum” Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku	• opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy	• 5 • 0	• 10 • 9	• 0 • 11	• 20 • 13
Policealna Szkoła Detektywów i Pracowników Ochrony w Białymstoku	• opiekun medyczny	• 22	• 44	• 4	• 14
Policealna Szkoła „Cosinus” w Białymstoku	• terapeuta zajęciowy • opiekun medyczny	• 0 • 10	• 0 • 22	• 3 • 19	• 2 • 12
Zaoczna Szkoła „Policealna COSINUS I” w Białymstoku	• opiekunka środowiskowa	• 0	• 7	• 1	• 0
Policealna Szkoła Administracji „Akademia Sukcesu” w Białymstoku	• opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy	• 6 • 0	• 6 • 0	• 7 • 0	• 12 • 4
Policealna Szkoła Centrum Nauki i Biznesu „Żak” w Białymstoku	• opiekun osoby niepełnosprawnej • opiekunka środowiskowa	• 0 • 0	• 0 • 0	• 10 • 6	• 12 • 5
Szkoła Policealna Opieki Medycznej „Żak” w Białymstoku	• opiekun medyczny	• 18	• 25	• 11	• 3
Policealne Studium Zawodowe „Ekspert” w Białymstoku	• opiekun medyczny	• 0	• 0	• 10	• 5
NOVA Policealna Szkoła Zawodowa w Białymstoku	• opiekun medyczny	• 6	• 8	• 0	• 0
Szkoła Policealna Centrum Nauki i Biznesu „Żak” w Łomży	• opiekun osoby niepełnosprawnej	• 9	• 0	• 5	• 0
Szkoła Policealna Opieki Medycznej „Żak” w Łomży	• opiekun medyczny	• 17	• 15	• 17	• 26
Szkoła Policealna Medyczno-Społeczna w Łomży	• opiekun medyczny	• 0	• 16	• 15	• 15
Szkoła Policealna Centrum Nauki i Biznesu „Żak” w Suwałkach	• opiekunka środowiskowa • opiekun osoby niepełnosprawnej	• 4 • 0	• 14 • 4	• 11 • 12	• 4 • 14
Szkoła Policealna nr 4 w Akademickim Zespole Szkół przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej imienia Profesora Edwarda E. Szczepanika w Suwałkach	• opiekun medyczny • terapeuta zajęciowy	• 11 • 0	• 14 • 0	• 0 • 0	• 0 • 0
Szkoła Policealna „Akademia Sukcesu” w Suwałkach	• opiekun medyczny • opiekunka środowiskowa	• 0 • 0	• 35 • 0	• 17 • 6	• 25 • 0

Źródło: <https://oke.lomza.pl/aktualnosci/informacja-o-wynikach-egzaminu-potwierdzajacego-kwalifikacje-w-zawodzie-3/> (dostęp: 8.07.2024).

Reasumując, kształcenie w zawodach medycznych i opiekuńczych odbywa się w województwie podlaskim w ramach uczelni wyższych oraz szkół policealnych znajdujących się głównie w większych ośrodkach miejskich: w Białymstoku, Łomży i Suwałkach. Uczelnie

wyższe oraz szkoły policealne stanowią dwa filary, na których opiera się kształcenie w zawodach medyczno-opiekuńczych.

Kształcenie może się też odbywać w ramach kolegiów pracowników służb społecznych. Jest to instytucja edukacyjna kształcąca w zawodzie pracownik socjalny oraz w zakresie organizacji pomocy społecznej. Słuchaczem może być tylko osoba posiadająca świadectwo dojrzałości. Nauka trwa 3 lata, odbywa się w systemie dziennym lub zaocznym. Absolwenci otrzymują dyplom zawodowy pracownika socjalnego, który daje pełne uprawnienia do wykonywania tego zawodu²³⁹. Dyplom ukończenia kolegium potwierdza nadanie kwalifikacji na poziomie 5 PRK. Obecnie funkcjonuje pięć kolegiów: w Lublinie, w Czeladzi, w Skarżysku-Kamiennej, w Poznaniu i w Biłgoraju.

4.3. Kształcenie w ramach edukacji pozaformalnej w województwie podlaskim

Kształcenie w ramach szkolnictwa wyższego oraz realizowane w ramach oświaty w zawodach związanych ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych wyposaża absolwentów przede wszystkim w kwalifikacje i umiejętności zawodowe. Biorąc pod uwagę aktualne ukierunkowanie w kształceniu w ramach szkolnictwa wyższego i systemu oświaty, ważną rolę powinien odgrywać system edukacji pozaformalnej realizowany za pomocą kursów i szkoleń. Podyktowane jest to tym, że funkcjonuje usztywniony model edukacji ustawicznej, który „ma swoje źródło w niedostosowaniu ofert edukacyjnych wielu uczelni 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 w nauce”²⁴⁰.

Kursy i szkolenia wychodzą naprzeciw potrzeb kształcących się i rynku pracy. Dają możliwość rozwoju umiejętności i zdobywania kompetencji zawodowych oraz specjalistycznych, a także tych dotyczących rozwoju osobistego, czyli tzw. kompetencji i umiejętności miękkich. Wspomagają rozwój kariery zawodowej, zwiększają szansę na znalezienie lub zmianę pracy, przebranżowienie się bądź doskonalenie swoich umiejętności. Dostępne są one zarówno w formule kursów stacjonarnych, jak też kursów on-line. Te ostatnie oferowane są zarówno w formie zajęć w czasie rzeczywistym (logowanie w określonym czasie do wirtualnej sali szkoleniowej), jak i kursów e-learningowych.

Specyfika pracy z osobami starszymi, które oprócz wielochorobowości i polipragmazji często posiadają również różnego stopnia zaburzenia zachowania, wymaga specyficznych umiejętności pielęgniarских. Zdobywane są one w trakcie szkoleń specjalizacyjnych, a także kursów kwalifikacyjnych. Celem szkolenia specjalizacyjnego jest zdobycie przez pielęgniarki specjalistycznej wiedzy z zakresu geriatry i pielęgniarstwa geriatrycznego oraz uzyskanie

²³⁹ Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (t.j. Dz.U. 2024 poz. 737).

²⁴⁰ Małgorzata Baran, Monika Kłos, Innowacyjny model kształcenia ustawicznego na przykładzie uczelni wyższych, „Handel wewnętrzny” 2014, nr 6(353), s. 3–12.

wysokich kwalifikacji w dziedzinie pielęgnowania osób w podeszłym wieku umożliwiających zapewnienie profesjonalnej opieki geriatrycznej i uzyskanie tytułu specjalisty w tej dziedzinie²⁴¹.

W celu zbadania oferty szkoleń i kursów służących rozwojowi kompetencji w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze przeanalizowano szkolenia i usługi rozwojowe w Rejestrze Instytucji Szkoleniowych²⁴² oraz w Bazie usług Rozwojowych, jak również kursy komercyjne niezarejestrowane w państwowych instytucjach, które są realizowane w województwie podlaskim (tabela 27).

Tabela 27. Kursy i szkolenia kwalifikacyjne w zawodach świadczących usługi opiekuńcze realizowane w województwie podlaskim

Nazwa instytucji / miejscowość	Nazwa kursu / szkolenia	Typ kursu / szkolenia	Liczba godzin
Centrum Nauki i Biznesu „Żak” Sp. z o.o., Białystok	• opieka senioralna	• kurs kwalifikacyjny	60 godz.
Przedsiębiorstwo Handlowo-Ustugowe „PRESTIGE”, Białystok	• opiekun społeczno- medyczny opiekun osób starszych i dzieci	• kurs kwalifikacyjny • kurs kwalifikacyjny	80 godz. 80 godz.
Stowarzyszenie na rzecz Rodziny i Osób Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym HOLOS, Białystok	• dzienny opiekun • opiekun osób starszych	• kurs kwalifikacyjny • kurs kwalifikacyjny	160 godz. 120 godz.
Podlaski Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża, Białystok	• kurs „Siostra PCK”	• kurs kwalifikacyjny	80–150 godz.
Podlaska Fundacja K&K, Stanisławowo	• opiekun osoby starszej	• kurs kwalifikacyjny	139 godz.
Centrum Kształcenia Zawodowego, Łapy	• opiekun osób starszych	• kurs kwalifikacyjny	140 godz.
Zakład Doskonalenia Zawodowego, Białystok	• opiekun osób starszych	• szkolenie specjalizacyjne	60–80 godz.
Ośrodek Kształcenia Zawodowego, Grajewo	• asystent osoby starszej i niepełnosprawnej • opiekun osób starszych	• szkolenie specjalizacyjne • szkolenie specjalizacyjne	90 godz. 40 godz.
Placówka Kształcenia Ustawicznego „LOGOS” Centrum Edukacyjne, Łomża	• opiekunka osób starszych • opiekun medyczny	• kurs kwalifikacyjny • kurs kwalifikacyjny	40 godz. 40 godz.
Stowarzyszenie Wspierania Edukacji i Rynku Pracy, Łomża	• opiekunka osób starszych	• kurs kwalifikacyjny	72 godz.
Ośrodek Kształcenia Zawodowego, Sokółka	• opiekun osoby starszej	• kurs kwalifikacyjny	80 godz.
Ośrodek Kształcenia Zawodowego, Zambrów	• opiekunka osób starszych	• kurs kwalifikacyjny	80 godz.

²⁴¹ Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, [Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego](#) (dostęp: 13.04.2024).

²⁴² W województwie podlaskim w 2023 roku zarejestrowanych było 29 publicznych instytucji szkoleniowych i 410 instytucji niepublicznych.

Nazwa instytucji / miejscowość	Nazwa kursu / szkolenia	Typ kursu / szkolenia	Liczba godzin
Akademia Sukcesu, Białystok, Suwałki	<ul style="list-style-type: none"> • opiekun osób starszych i niepełnosprawnych • opiekun w domu opieki społecznej 	<ul style="list-style-type: none"> • szkolenie specjalizacyjne • szkolenie specjalizacyjne 	<p>70 godz.</p> <p>70 godz.</p>

Źródło: <https://bialystok.zak.edu.pl/oferta-edukacyjna/kursy-online/opieka-seniora-online>;
<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5734611-Opiekun-spoeczno-medyczny-opiekun-osob-starszych-i-dzieci.htm>;
<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/4960747-Dzienny-opiekun.htm>;
<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5068455-Opiekun-osob-starszych.htm>;
<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5213689-Kurs-Siostra-PCK.htm>;
<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5534680-Opiekun-osoby-starszej.htm>;
<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5534687-Opiekun-osob-starszych.htm>;
<https://grajewo.zdz.bialystok.pl/szkolenia/planowane-szkolenia.html>;
<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/4408244-Opiekunka-osob-starszych.htm>;
<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/4594098-KKZ-Opiekun-medyczny.htm>;
<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/4494727-Opiekunka-osob-starszych.htm>;
<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/4407544-Opiekun-osoby-starszej.htm>;
<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5565997-Opiekunka-osob-starszych.htm> (dostęp: 18.09.2024)

Kształcenia specjalizacyjne pielęgniarek w zakresie opieki medycznej osób starszych odbywa się w ramach szkoleń specjalizacyjnych oraz kursów kwalifikacyjnych szkolenia geriatrycznego. W województwie podlaskim²⁴³ realizowane jest przez Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Na Rzecz Rozwoju, Promocji i Doskonalenia Zawodowego w Łomży (możliwość dofinansowania z EFS) oraz przez Centrum Edukacji „EKSPERT” w Białymstoku (brak możliwości dofinansowania z EFS).

Realizowane szkolenia specjalizacyjne:

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

Kursy kwalifikacyjne:

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

Osoby pracujące z osobami starszymi, które chcą się rozwijać, podnosić kwalifikacje, poszerzać wiedzę oraz poszukiwać motywacji i inspiracji do dalszej pracy, mogą skorzystać z dodatkowych kursów/szkoleń. Jako przykłady warto podać:

- Polskie Stowarzyszenie Pedagogów i Animatorów KLANZA Oddział w Białymstoku:
 - studium przygotowujące do pracy z seniorami;
- EDUGROW Sp. z o.o. W Białymstoku:

²⁴³ <https://bialystok.studentnews.pl/s/4400/80223-kursy-szkolenia.htm?c2=28299> (dostęp: 25.07.2024).

- zarządzanie wiekiem i współpracą międzypokoleniową;
- T-Matic Grupa Computer Plus Sp. z o.o. Białystok:
 - komunikacja interpersonalna;
- Instytut Rozwoju Gospodarczego w Białymstoku:
 - efektywna komunikacja w grupie.

Nieco więcej takich kursów bądź szkoleń oferowanych jest w formule on-line. Organizują je między innymi:

- Akademia Czas Seniora²⁴⁴:
 - jak zacząć pracę z seniorami?
 - pierwsze kroki w pracy z seniorami;
 - pakiet terapeutyczny: 1) terapia zajęciowa: gry i zabawy w pracy z seniorami, 2) gry i zabawy dla seniorów, 3) terapia pamięci dla seniorów;
 - terapia zajęciowa: gry i zabawy w pracy z seniorami;
 - terapia zajęciowa: gry i zabawy w pracy z seniorami (część 2);
 - terapia pamięci dla seniorów;
 - stres w świecie opiekuna – jak sobie z nim poradzić?
 - 10 ćwiczeń dla osób z demencją;
 - komunikacja pracy z seniorami;
 - gry i zabawy – w treningu umiejętności społecznych dla seniorów;
 - złość – jak nad nią zapanować?
- Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu²⁴⁵:
 - aktywizacja i metody pracy z seniorami;
 - żywienie osób starszych;
 - grupowe treningi poznawcze dla seniorów – projektowanie;
 - gry i zabawy terapeutyczne w pracy z dziećmi i dorosłymi;
 - dietoterapia i profilaktyka żywieniowa.
- Centrum Szkoleń i Certyfikacji Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy²⁴⁶:
 - kierownik placówki opieki dziennej / klubu seniora / dziennego domu popytu;
 - opiekun w klubie seniora;
 - opieka nad dzieckiem, osobą starszą lub/i z niepełnosprawnościami;
 - opiekun osób starszych i niepełnosprawnych.
- Akademia Super Senior. Aktywacja i komunikacja Senior+²⁴⁷:
 - budowanie wizerunku klubu seniora / placówki dziennej w środowisku lokalnym;
 - seniorzy w świecie mediów – jak uczyć ich świadomego odbioru treści?
 - marketing i promocja placówki opiekuńczej;
 - aktywizacja poznawcza – jak stymulować umysł w wieku senioralnym?

²⁴⁴ [Akademia Czas Seniora](#) (dostęp: 24.07.2024).

²⁴⁵ [Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu](#) (dostęp: 24.07.2024).

²⁴⁶ [Centrum Szkoleń i Certyfikacji Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy](#) (dostęp: 24.07.2024).

²⁴⁷ [Super Senior. Aktywizacja i Komunikacja 60+](#) (dostęp: 24.07.2024).

- skuteczna komunikacja z seniorem;
- aktywizacja seniorów z demencją;
- pomyślny start w pracy z seniorami;
- aktywizacja seniorów.
- Studium Prawa Europejskiego w Warszawie²⁴⁸:
 - terapia i wsparcie seniora;
 - zarządzanie w opiece senioralnej.
- ProFi Fitness School²⁴⁹:
 - PFS aktywny senior w treningu personalnym.
- Niepubliczna Placówka Kształcenia Ustawicznego „Psychodia” w Lubaczowie²⁵⁰:
 - pakiet kursów dla opiekuna osób starszych: 1) opieka nad pacjentem w przebiegu choroby neurodegeneracyjnej – choroby Parkinsona i Alzheimerera, 2) dietoterapia i żywienie osób starszych, 3) trening poznawczy i aktywizacja seniorów;
 - akademia profesjonalnego opiekuna.

Obszar edukacji pozaformalnej w zakresie kursów oraz szkoleń dotyczących zawodów, kwalifikacji i umiejętności świadczących usługi medyczne i opiekuńcze, w tym na rzecz osób starszych, nie jest dostatecznie rozwinięty – szczególnie dotyczy to usług opiekuńczych. Panuje duże rozdrobnienie oferty przy jednoczesnym braku standardów kształcenia i zapewniania jakości kształcenia, a także certyfikowania²⁵¹. Nie istnieje centralna baza kursów oraz szkoleń, która pozwoliłaby na pełną inwentaryzację oferty. Powoduje to, że ich wyszukiwanie ma charakter intuicyjny.

²⁴⁸ [Studium Prawa Europejskiego](#) (dostęp: 24.07.2024).

²⁴⁹ [Profi](#) (dostęp: 24.07.2024).

²⁵⁰ [Niepubliczna Placówka Kształcenia Ustawicznego „PSYCHODIA”](#) (dostęp: 24.07.2024).

²⁵¹ Stanisław Stawiński, Horacy Dębowski, Agnieszka Chtoń-Domińczak et al., Raport Referencyjny. Odniesienie Polskiej Ramy Kwalifikacji na rzecz uczenia się przez całe życie do Europejskiej Ramy Kwalifikacji, Warszawa 2013.

5. Diagnoza zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności związane z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim (badania jakościowe)

5.1. Charakterystyka respondentów

Indywidualne wywiady pogłębione z wykorzystaniem częściowo ustrukturyzowanego scenariusza były przeprowadzane w okresie maj–czerwiec 2024 roku w 16 placówkach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym. Badanie realizowano w podziale na podregiony białostocki, łomżyński, suwalski, przy czym podmioty zlokalizowane w podregionie białostockim stanowiły 43,75% badanej próby, łomżyńskim – 31,25%, zaś suwalskim – 25% (tabela 28).

Tabela 28. Struktura badanych podmiotów i zrealizowanych wywiadów pogłębionych w podziale na podregiony

Podregion	Szpitala, w tym z oddziałami lub pododdziałami geriatrycznymi*	ZOL*	DPS*	Prywatne domy opieki*	Łącznie*
białostocki	3 / 6	1 / 1	1 / 2	2 / 3	7 / 12
łomżyński	1 / 3	1 / 1	1 / 2	2 / 4	5 / 10
suwalski	1 / 3	1 / 1	1 / 1	1 / 1	4 / 6
Łącznie	5 / 12	3 / 3	3 / 5	5 / 8	16 / 28

* liczba placówek / liczba wywiadów

Źródło: opracowanie własne.

W związku z tym, iż usługi medyczne i opiekuńcze są świadczone osobom starszym przez różne typy placówek, podmioty do badania wybierano w ten sposób, aby dotrzeć do różnych ich typów w każdym podregionie. Do badania wybrano następujące kategorie instytucji: szpitale, w szczególności z oddziałami i pododdziałami geriatrycznymi, zakłady opiekuńczo-lecznicze, domy pomocy społecznej oraz prywatne domy opieki. Badanie wykonano w 16 podmiotach:

- w 2 szpitalach powiatowych: w Sokółce na oddziale internistycznym oraz w Kolnie na oddziale internistycznym z pododdziałem geriatrycznym;
- w 2 szpitalach psychiatrycznych: w Suwałkach na oddziale psychogeriatrycznym oraz na oddziale dziennym geriatrycznym, a także w Choroszczynie na oddziale geriatrycznym oraz na oddziale psychogeriatrycznym;
- w szpitalu MSWiA w Białymstoku na oddziale geriatrycznym, w którym mieści się również Klinika Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, oraz w poradni geriatrycznej szpitala;

- w 3 zakładach opiekuńczo-leczniczych: w 2 funkcjonujących w strukturze szpitali powiatowych (Bielsk Podlaski oraz Dąbrowa Białostocka) oraz w zespole Zakładów Opieki Długoterminowej w Augustowie;
- w 3 domach pomocy społecznej: w Brańsku, Uhowie i Mońkach;
- w 5 prywatnych domach opieki: w Zaściankach, Sokole, Koszewie, Śniadowie i Przerośli.

Przebadano łącznie 5 szpitali, w tym wszystkie w województwie podlaskim prowadzące oddziały i pododdziały geriatryczne, 3 ośrodki ZOL, 3 ośrodki DPS oraz 5 prywatnych domów opieki.

W ramach poszczególnych instytucji, w zależności od możliwości, wywiady przeprowadzono zarówno z kadrą menadżerską, jak też z przedstawicielami zawodów świadczących usługi medyczne i opiekuńcze. W podmiotach leczniczych (szpitale i ZOL-e) głównymi respondentami była kadra zarządzająca: dyrektorzy podmiotów leczniczych, ordynatorzy oddziałów szpitalnych, pielęgniarki oddziałowe, pielęgniarki koordynujące oddziały dzienne geriatryczne oraz lekarze świadczący usługi skierowane do osób starszych w formule szpitalnej bądź ambulatoryjnej (poradnie). W domach pomocy społecznej oraz prywatnych domach opieki rozmawiano z dyrektorami/właścicielami oraz z przedstawicielami zawodów, którymi byli opiekunowie medyczni, fizjoterapeuta oraz ratownik medyczny pełniący obowiązki pielęgniarki w badanej placówce.

Zrealizowano łącznie 28 wywiadów w 16 placówkach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym, z czego 42,9% wywiadów w podregionie białostockim, 35,7% – w podregionie łomżyńskim i 21,4% – w podregionie suwalskim. Szczegółowe dane dotyczące podmiotów, w których zrealizowano badanie, liczby zrealizowanych wywiadów oraz kategorii badanych podmiotów w podziale na podregiony przedstawia: tabela 29, tabela 30 i tabela 31.

Tabela 29. Podmioty objęte badaniami IDI w podregionie białostockim

Placówka	Charakterystyka respondentów	Liczba wywiadów
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce	<ul style="list-style-type: none"> • dyrektor SPZOZ oraz zastępca dyrektora do spraw lecznictwa, ordynator oddziału internistycznego – diada • pełniący obowiązki pielęgniarki oddziałowej oddziału internistyczno-kardiologicznego 	2
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku imienia Mariana Żyndrama-Kościałkowskiego	<ul style="list-style-type: none"> • lekarz geriatra pracująca w poradni geriatrycznej/konsultantka wojewódzka województwa podlaskiego w dziedzinie geriatryi • lekarz geriatra, ordynator oddziału geriatrycznego MSWiA, kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku 	2
Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej imienia Doktora Stanisława Deresza w Choroszcy	<ul style="list-style-type: none"> • lekarz geriatra, ordynator oddziału geriatrycznego • lekarz psychiatra, ordynator oddziału psychogeriatrycznego 	2
Dom Pomocy Społecznej w Uhowie	<ul style="list-style-type: none"> • dyrektor DPS • opiekun medyczny 	2
Dom Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Lawendowy Zaścianek	<ul style="list-style-type: none"> • osoba koordynująca pracę placówki 	1

Placówka	Charakterystyka respondentów	Liczba wywiadów
Dom Pogodnej Starości Sokół, Sokole	<ul style="list-style-type: none"> • dyrektor • ratownik medyczny 	2
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, Dąbrowa Białostocka	<ul style="list-style-type: none"> • dyrektor ZOL 	1

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 30. Podmioty objęte badaniami IDI w podregionie łomżyńskim

Placówka	Charakterystyka respondentów	Liczba wywiadów
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	<ul style="list-style-type: none"> • lekarz neurolog, kierownik Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy SPZOZ 	1
Szpital Ogólny w Kolnie	<ul style="list-style-type: none"> • dyrektor szpitala • lekarz internista Oddziału Wewnętrznego z Pododdziałem Geriatrycznym • pielęgniarka oddziałowa Oddziału Wewnętrznego z Pododdziałem Geriatrycznym 	3
Dom Opieki Senioralnej „Dwa Serca”, Śniadowo	<ul style="list-style-type: none"> • właścicielka • opiekun medyczny 	2
Dom Pomocy Społecznej imienia Jana Pawła II, Brańsk	<ul style="list-style-type: none"> • dyrektor DPS • fizjoterapeuta 	2
Domowe Zacisze, Koszewo	<ul style="list-style-type: none"> • dyrektor • opiekun osoby starszej 	2

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 31. Podmioty objęte badaniami IDI w podregionie suwalskim

Placówka	Charakterystyka respondentów	Liczba wywiadów
Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach	<ul style="list-style-type: none"> • lekarz geriatra oddziału psychogeriatrycznego • pielęgniarka koordynacyjna pododdziału dziennego geriatrycznego • zastępca dyrektora do spraw leczenia SPSPZOZ i ordynator Oddziału Psychogeriatrycznego 	3
Dom Pomocy Społecznej Mońki	<ul style="list-style-type: none"> • dyrektor DPS 	1
Dom Seniora Aura Przerośl	<ul style="list-style-type: none"> • właściciel 	1
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy / Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Augustowie	<ul style="list-style-type: none"> • dyrektor ZOL 	1

Źródło: opracowanie własne.

Badanie realizowano techniką wywiadu pogłębionego (IDI) bezpośredniego i telefonicznego. Jeden wywiad pogłębiony IDI był zrealizowany w formule tzw. diady, czyli wywiadu prowadzonego jednocześnie z dwiema osobami, które reprezentowały tę samą instytucję. Diada w badaniu została uwzględniana jako jeden wywiad, a jej zastosowanie wynikało z inicjatywy

osób biorących udział w badaniu jakościowym i gotowości udzielenia możliwie najbardziej wyczerpujących odpowiedzi.

Przebadanie podmiotów różnych kategorii świadczących usługi medyczne i opiekuńcze seniorom pozwoliło uzyskać różnorodne odpowiedzi oraz szeroką perspektywę do interpretacji i wyciągania wniosków.

5.2. Ocena rynku, zawodów, kwalifikacji i umiejętności z perspektywy możliwości realizacji popytu na usługi medyczne i opiekuńcze osób starszych

W przypadku oceny rynku na usługi medyczne skierowane do osób starszych w badaniach głównie skoncentrowano się na opiece geriatrycznej oraz opiece długoterminowej. Jak ważne jest to, by geriatryka rzeczywiście stała się priorytetową dziedziną medycyny, pokazują statystyki związane ze strukturą społeczeństwa. Wskazywali na to lekarze, z którymi były przeprowadzone wywiady pogłębione. Podkreślali oni kwestię starzejącego się polskiego społeczeństwa i ich rosnących potrzebach zdrowotnych:

Od 30 lat obserwowane jest w Polsce spowolnienie rozwoju demograficznego i znaczące zmiany w strukturze wieku jej mieszkańców (...) z kolei prognoza rozwoju demograficznego pokazuje, że w 2050 roku ponad 32% Polaków będzie miało 65 lat lub więcej.

Badani poproszeni zostali o ocenę, czy obecny system opieki zdrowotnej jest dostosowany do potrzeb osób starszych. Większość z nich odpowiadała negatywnie:

Nasz system nie jest dostosowany absolutnie do potrzeb, które są olbrzymie i które wciąż rosną i o których potrzebach to mówi się bardzo szeroko i dużo od lat.

Pielęgniarka oddziałowa w jednym ze szpitali powiatowych stwierdziła:

Powiem pani, że mam problem wielokrotnie z tym, żeby umieścić pacjenta gdzieś na oddziale geriatrycznym.

Na potwierdzenie słów respondentów można przywołać raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) „Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej”, który został przedstawiony w 2022 roku. Kontrola wykazała, że w badanym okresie (od 1 stycznia 2017 roku do 6 października 2021 roku) w pięciu województwach najważniejsze wskaźniki określające dostępność do leczenia geriatrycznego nie zmieniły się albo wręcz uległy pogorszeniu. Seniorzy chętnie korzystają z opieki geriatrycznej, jeśli jest dostępna w pobliżu ich miejsca zamieszkania.

Natomiast badani różnie ocenili dostępność opieki geriatrycznej w województwie podlaskim. Oceny respondentów były zróżnicowane. Jeden z lekarzy pracujący na oddziale internistycznym z pododdziałem geriatrycznym w szpitalu powiatowym stwierdził:

W Kolnie to dostęp osób starszych, jak i w każdym wieku jest wyśmienity. Pracowałem w wielu miejscach w różnych częściach Polski i uważam, że same osoby nie są świadome mieszkające tutaj, jak mają łatwy dostęp do opieki zdrowotnej, jak szybko, dzięki temu właśnie, że jest to nieduży szpital, mogą gdzieś tam te usługi dostać (...) Naprawdę pacjenci, którzy tutaj dostają opiekę, nie zdają nawet sobie sprawy, jak dużo trudniej by im było w dużym mieście dostać. Na takim poziomie, na jakim tutaj, a widzę, że nie są tego świadomi, nie doceniają tego.

Zwrócił też uwagę na jakość opieki zdrowotnej oferowanej w mniejszych ośrodkach medycznych:

Szczególnie pod kątem internistycznym, takim kompaktowym, i tutaj już mówiąc szczegółowo – geriatrycznym, to jestem przekonany, że w szpitalach mniejszych, gdzie lekarze jednak mają doświadczenie bardziej internistyczne, może nawet czasami mniej szczegółowo wyspecjalizowane, to ta opieka jest lepsza.

Część respondentów dostępną do opieki geriatrycznej w województwie podlaskim oceniła bardzo nisko, szczególnie poza dużą aglomeracją białostocką. Kolejki do istniejących oddziałów i poradni geriatrycznych są długie, co świadczy o dużym zapotrzebowaniu. Według badanych wiodącą poradnią geriatryczną jest ta mieszcząca się w szpitalu MSWiA w Białymstoku, która jest czynna tylko 28 godzin w tygodniu. Liczba godzin zakontraktowanych w poradni wynika jedynie z ograniczonej dostępności kadry. W poradni Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego (USK) liczba porad w porównaniu do poradni MSWiA jest 4-krotnie mniejsza, choć pracuje 3 razy krócej – jedynie 10 godzin w tygodniu. W Siemiatyczach poradnia jest otwarta tylko w soboty, ponieważ lekarz dojeżdża jedynie na ten jeden dzień w tygodniu. W Suwałkach była poradnia geriatryczna, lecz w wyniku braku kadry nie została na rok 2024 zakontraktowana. Jak stwierdziła konsultant wojewódzka do spraw geriatry, z którą był przeprowadzony wywiad, problem ten wynika z tego, że

(...) poradnie geriatryczne idą za lekarzem.

Z kolei w Mońkach była poradnia, ale geriatrycy przenieśli się do szpitala w Choroszczy, gdzie od 1 lipca 2022 roku otworzony został oddział geriatry.

NFZ nie płaci za porady wyjazdowe, geriatryczne. Jedna z respondentek podkreśliła, że takie wizyty wyjazdowe mogłaby realizować przeszkolona pielęgniarka.

Kluczowym i dotychczas nierozwiązanym problemem w rozwoju geriatry jest zbyt mała liczba specjalistów w tej dziedzinie. Na wyszacowaną przez konsultanta krajowego z geriatry liczbę docelową potrzebnych 87 geriatrów w województwie podlaskim, zatrudnionych jest około 15, w tym połowa z tych geriatrów w niepełnym wymiarze godzin. Jedna z respondentek wspomniała o ekspertyzie przygotowanej dla NIK, z której wynika, że w krajach Unii Europejskiej liczba geriatrów przypadająca na 1 milion mieszkańców wynosi od 16 do 50, w Polsce – jedynie 12,8. To właśnie brak geriatrów jest przyczyną tak małej liczby oddziałów geriatrycznych czy poradni geriatrycznych w województwie podlaskim.

Większość rozmówców lekarzy oraz pielęgniarki wskazywało, że system opieki zdrowotnej w Polsce nie jest wystarczająco dostosowany do rosnących potrzeb osób starszych, wymieniając w pierwszej kolejności brak środków finansowych oraz brak odpowiednio wykwalifikowanego personelu, który byłby odpowiednio przeszkolony do opieki nad osobami starszymi, szczególnie pielęgniarek i fizjoterapeutów geriatrycznych. Jak stwierdził ordynator oddziału geriatrycznego:

I to jest cały czas jeden problem, bo potrzeby są, każdy o nich wie, tylko brakuje środków, żeby je realizować, i brakuje środków, żeby wyedukować personel, który będzie się opiekował pacjentem starszym, pacjentem, nawet tak szczegółowo powiedziane, osobą starszą, która niekoniecznie musi mieć potrzeby przede wszystkim opieki medycznej, nie musi mieć tylko potrzeby zdrowotne, ale potrzeby socjalne.

W opinii respondentów – lekarzy geriatrów – polityka senioralna powinna w szczególności zwrócić uwagę na specyfikę złożonych potrzeb pacjenta geriatrycznego – pacjenta, który wymaga bardzo często zarówno opieki medycznej, jak i opiekuńczej. W przypadku pacjenta senioralnego powinny się zbiegać działania z zakresu polityki zdrowotnej jak i polityki społecznej. Wydłużanie się ludzkiego życia i wzrost liczby osób starszych stwarzają konieczność odpowiedniej organizacji opieki zdrowotnej i socjalnej, w ramach usług medyczno-opiekuńczych. Osoby te należą do najtrudniejszych i najdroższych pacjentów w systemie opieki zdrowotnej z powodu złożoności problemów socjalnych, ekonomicznych, zdrowotnych i społecznych, jakie występują w trakcie opieki nad nimi. Jak podkreśliła jedna z rozmówczyń – lekarz geriatra:

W sytuacji pacjenta seniora wiodących problemów zdrowotnych jest średnio około pięciu. Najczęściej występujące to: problemy układu krążenia, z wiodącym nadciśnieniem, z chorobą niedokrwienną serca, z różnymi powikłaniami choroby niedokrwiennej, cukrzyca, otępienie, depresja, stany poudarowe, problemy z układem moczowym – nietrzymanie moczu czy też problemy z przewodem pokarmowym – uchyłki, aż po zapalenie ucha. W sytuacji gdy taki pacjent nie znajduje jednego specjalisty (np. geriatry), krąży po systemie opieki zdrowotnej, generując koszty, a poza tym zwrotna informacja od pięciu specjalistów (np. neurologa, diabetologa, kardiologa, reumatologa, urologa) powoduje zamęt w ich głowach i później, nawet jak trafią do geriatry, to nie są wyedukowani, że powinni trzymać się już tylko geriatry, i to geriatra wskaże, który z tych specjalistów, kiedy jest potrzebny.

Geriatra należy do tych dyscyplin medycznych, która całościowo patrzy na pacjenta i na podstawie całości obrazu, jak i z badań szczegółowych: neurologicznych, reumatologicznych, kardiologicznych wyłuskuje istotne problemy – te, które wymagają leczenia, kontynuacji, zmiany leczenia bądź jego zaprzestania. Precyzyjnie to zostało określone w wywiadzie z lekarzem internistą, który stwierdził, że:

Lekarze geriatry bardziej stawiają się na uzyskanie komfortu tego pacjenta, w jego przeżyciu niż takim siłowaniu się na wydłużenia o tych parę miesięcy jego życia. Uważam, że to jest bardzo dobre z mojej perspektywy, bo my często jako interniści nie potrafimy odpuścić. Ok i dokładamy ten kolejny lek, bo dobrze, żeby miał jeszcze na to. A to widzę, że właśnie z pojęcia jakby geriatrycznego, to może bardziej celowym by było odstawienie tego poprzedniego leku niż wydłużenie tego kolejnego.

Konsultantka wojewódzka do spraw geriatry wyraziła podkreśliła:

To jest naprawdę najtrudniejsza dziedzina medycyny, bo mój pacjent średnio ma 82 lata, najczęściej w tym wieku przychodzą, to jak noworodek u pediatri.

Badany lekarz geriatra stwierdził:

Pacjent senior zamiast do pięciu specjalistów, powinien chodzić do niego. Taki 80-letni czy 90-letni pacjent sam nie pójdzie do specjalisty, tylko będzie prosić córkę, syna czy wnuczkę, aby zabrać go do lekarza.

Inna z rozmówczyń podkreśliła znaczenie opiekunów w leczeniu osób starszych:

Ja jako praktyk geriatry absolutnie spotykam się z opiekunem pacjenta, jemu poświęcam najwięcej czasu.

W przedstawionym kontekście badani podkreślali, że wizyty osoby starszej u wielu specjalistów rodzą również duplikowanie badań ambulatoryjnych. Jedna z rozmówczyń stwierdziła:

Błędem systemowym jest sytuacja, w której pacjent nie otrzymuje wyników swoich badań, tylko trafiają do tej poradni, która zleca badanie. Zatem pacjent może być kłuty kilkakrotnie, ponieważ na platformie medycznej P1 lekarz na ten moment nie ma możliwości podejrzeć wyników badań zleconych przez innego lekarza.

Kolejnym problemem, który podkreślali badani, jest to, że młodzi lekarze nie wybierają specjalizacji z geriatry: na 311 miejsc specjalizacyjnych zajętych jest 101, w tej chwili specjalistów w dziedzinie geriatry jest 550. Wskazując możliwe przyczyny tej sytuacji, jeden z rozmówców wskazał:

Teraz myślenie młodych lekarzy jest troszkę inne niż to, które gdzieś ja tam sobie wyobrażałem. No jest nastawienie jednak na pracę, pracę jak najlżejszą i związane z najlepiej dobrze płatną. Więc nie mam tutaj w sobie optymizmu zbyt dużego.

Inny respondent podkreślił:

Jest to specjalizacja, powiedzmy, która pewnie zbyt dużo satysfakcji może nie dawać pod kątem takiej satysfakcji zawodowej. Bo jednak praca z geriatrycznymi pacjentami nie są to spektakularne efekty leczenia, które są widoczne od tak. Są takie dziedziny, już nie mówię o estetyce, ale nawet już takie, które są faktycznie, nawet w kardiologii czy chirurgia..., to naprawdę są miejsca, w których po prostu godzinny zabieg może spowodować, że człowiek był chory, a wychodzi zdrowy.

Jak podkreśliła konsultantka do spraw geriatry, nie wszyscy specjaliści geriatry pracują jako geriatrzy. W województwie podlaskim są przykłady lekarzy ze specjalizacją z geriatry, którzy są zatrudniani w ramach swojej drugiej lub nawet trzeciej specjalizacji. Są również przykłady pracy specjalistów geriatrów poza sektorem finansowym ze środków publicznych: na przykład internistka geriatra, która zrobiła specjalizację z medycyny estetycznej i otworzyła swój prywatny gabinet medycyny estetycznej.

Ponadto lekarze geriatrzy, z którymi były przeprowadzane wywiady, podkreślali, że funkcjonujący system opieki zdrowotnej nie uwzględnia szczególnych potrzeb osób starszych. Rozwój nauk medycznych, ale i całej wiedzy oświaty zdrowotnej, angażuje wszystkich potencjalnych i prawdziwych pacjentów do poszukiwania pomocy opieki zdrowotnej. A zatem osoby cierpiące na jedną–dwie choroby szybko znajdują swojego docelowego specjalistę. Natomiast sytuacja pacjenta seniora wygląda z gołą inaczej: tych głównych problemów zdrowotnych jest średnio około pięciu. Istotna kwestia została poruszona przez lekarzy pracujących w szpitalach, którzy podkreślili, że:

Często ci pacjenci geriatryczni wracają częściej, jest jednak ograniczenie czasowe bodajże raz w roku chyba można skorzystać ze stacjonarnych świadczeń geriatrycznych.

Osoby, z którymi były prowadzone wywiady pogłębione, poproszone zostały o wskazanie, w której grupie kadry medycznej istnieje według ich opinii największe zapotrzebowanie z punktu widzenia świadczenia usług medycznych związanych z osobami starszymi. W pierwszej kolejności często wskazywano na lekarzy geriatrów, również opiekunów medycznych:

Ci pacjenci potrzebują takiego właśnie nadzoru, tej opieki... typu karmienie.

Z kolei jedna z pielęgniarek stwierdziła, że pielęgniarki w POZ są niewykorzystane:

Obok realizowanych wizyt patronażowych noworodków mogłyby wykonywać patronaż osób starszych. Takie wizyty pielęgniarka mogłaby realizować z udziałem opiekuna medycznego, który – jeśli byłaby taka potrzeba – wspomógłby seniora w realizacji podstawowych potrzeb pielęgnacyjnych.

Badani podkreślali też potrzebę zatrudniania na oddziałach geriatrycznych pracownika socjalnego, który mógłby pomóc w zorganizowaniu opieki po wypisie pacjenta ze szpitala. Wskazywali też, że czasem pacjenci muszą być dłużej hospitalizowani, ponieważ nie ma możliwości przekazania ich do środowiska domowego z powodu braku zaplecza rodzinnego:

Starsi ludzie, rodzice zostają, a dzieci emigrują. Emigrują do innych miast, emigrują do całego świata. I już tutaj jest ten problem po prostu nieunikniony.

Brakuje kompleksowej opieki nad osobami starszymi, w tym dostępu do rehabilitacji geriatrycznej. Ponadto lekarz geriatra, z którą przeprowadzany był wywiad, przyznała: Zabezpieczone potrzeby poza zdrowotne osoby starszej pozwalają paradoksalnie ograniczyć problemy zdrowotne, bo duża ich część często bierze się z samotności.

W tym kontekście badani odnieśli się do problemu opieki senioralnej. Respondenci zgłaszali problemy z zapewnieniem dalszej opieki po zakończeniu leczenia choroby podstawowej, często z powodu dysfunkcji rodziny bądź trudności z umieszczeniem pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych z powodu braku świadczeń tego typu. Ponadto na potrzebę większego zaangażowania pracowników socjalnych w proces opieki nad pacjentem starszym w polskim systemie opieki nad pacjentem geriatrycznym wskazała między innymi biorąca udział w badaniu pielęgniarka geriatryczna.

Osoby starsze to także odbiorcy rynku usług opiekuńczych. Według prognoz statystycznych liczba osób starszych wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu w 2030 roku wyniesie 4 miliony. Prognozy te stanowią wyzwanie dla systemu zabezpieczenia społecznego w zakresie zapewnienia tym osobom opieki i maksymalnego przedłużenia wysokiego poziomu jakości ich życia.

Wszyscy badani, niezależnie od reprezentowanego typu placówki czy zajmowanego stanowiska, wskazywali na bardzo wysokie i stale rosnące zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze w regionie. Jeden z przedstawicieli prywatnej placówki opiekuńczej podkreślił:

Coraz mniejszym problemem jest presja społeczna sekująca osoby, które decydują się na powierzenie opieki nad seniorem wyspecjalizowanej placówce.

Przeprowadzone wywiady pozwoliły zidentyfikować przyczyny rosnącego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze w województwie podlaskim, gdyż jest to zjawisko wielowymiarowe wykraczające poza czynniki demograficzne. W województwie podlaskim na postępujący proces starzenia się społeczeństwa dodatkowo nakłada się tendencja migracji młodszych pokoleń do większych ośrodków miejskich lub za granicę. W efekcie tego znaczny odsetek osób starszych mieszka samotnie na terenach wiejskich. Kwestię migracji podkreślali przede

wszystkim przedstawicielom placówek opiekuńczych zlokalizowanych w małych miejscowościach, na co wskazują między innymi następujące wypowiedzi:

[W naszym regionie to mało kto zostaje. Gdzieś tam kończą dzieci studia i wyjeżdżają. Bardzo dużo ludzi jest za granicą, dzieci są daleko, rodzice zostają sami.](#)

Wśród przyczyn respondenci wskazywali także na zanik modelu rodziny wielopokoleniowej, w którym opieka nad osobami starszymi była naturalnym elementem życia rodzinnego, a także na uwarunkowania ekonomiczne wymuszające aktywność zawodową wszystkich dorosłych członków rodziny. Ogranicza to możliwości sprawowania bezpośredniej opieki nad seniorami, a wręcz wymusza korzystanie z usług opiekuńczych.

W opinii respondentów zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze w województwie podlaskim rośnie z uwagi na wzrost liczby osób cierpiących na choroby przewlekłe, w szczególności Alzheimera, różne zaburzenia psychiczne, a także na wiele chorób jednocześnie. Wymaga to specjalistycznej, całodobowej opieki, której rodzina nie umie zapewnić. Jak zauważyła jedna z respondentek:

[Rzadko zdarza się, że ktoś oddaje swojego rodzica takiego w pełni sił czy sprawnego. Zazwyczaj do nas przynajmniej trafiają ludzie, którzy są albo z chorobą Alzheimera, albo po udarze, albo z jakimś otępieniem w ogóle, z Parkinsonem \(...\), wymagający dużej opieki i poświęcenia z naszej strony.](#)

W wywiadach pojawił się również wątek pogorszenia zdrowia seniorów po pandemii COVID-19, w szczególności powikłań poudarowych, co także zwiększa zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze.

Na problemy chorobowe nakładają się kwestie finansowe. Według jednego z rozmówców:

[Problemy finansowe, zwłaszcza w naszym regionie, to rzeczywistość, która ludzi dogania.](#)

Zwraca on uwagę, że wielu jego podopiecznych jest z rodzin rolniczych, gdzie osoby w podeszłym wieku zostają same ze świadczeniem w wysokości 1 700 złotych:

[One nie są w stanie sobie poradzić finansowo same, pomijając to, że często są osobami niedołącznymi.](#)

Dodatkowo, jak wskazuje jeden z badanych:

[Osoby, które do nas trafiają, często jest sytuacja, że trzeba również wyjaśniać ich sprawy socjalno-bytowo-finansowe, ponieważ mają jakieś długi.](#)

Rośnie także społeczna świadomość dotycząca potrzeby zapewnienia profesjonalnej opieki nad osobami starszymi, zwłaszcza nad osobami dotkniętymi chorobami wieku starszego. Rodziny coraz częściej zdają sobie sprawę, iż same nie są w stanie zapewnić takiej opieki w warunkach domowych, i poszukują wsparcia instytucjonalnego.

Z przeprowadzonych wywiadów pogłębionych wynika, że zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze w województwie podlaskim jest duże i będzie rosnąć, co jest przede wszystkim wynikiem starzenia się społeczeństwa. Wśród innych czynników determinujących popyt na usługi opiekuńcze osób starszych badani wskazywali emigrację młodych ludzi, konieczność pracy zarobkowej rodzin, samotność osób starszych oraz zwiększającą się liczbę osób

cierpiących na choroby przewlekłe i neurodegeneracyjne, w tym szczególnie chorobę Alzheimera, które wymagają całodobowej, profesjonalnej opieki. Jednocześnie pojawiają się wyzwania związane z rosnącym zapotrzebowaniem na usługi opiekuńcze w województwie podlaskim. Koncentrują się one głównie na aspektach finansowych, wśród których kluczowe znaczenie ma dysproporcja między rosnącymi kosztami pobytu w placówkach opiekuńczych a możliwościami finansowymi podopiecznych oraz ich rodzin.

Badani jednoznacznie wskazywali na niewystarczającą liczbę placówek świadczących usługi opiekuńcze w stosunku do potrzeb w województwie podlaskim:

[Takich placówek jest za mało, o czym świadczą kolejki w placówkach samorządowych oraz liczne zapytania, nawet codzienne, o wolne miejsca na przykład w placówkach prywatnych.](#)

W przypadku placówek samorządowych funkcjonujących w województwie podlaskim czas oczekiwania na miejsce może wynosić nawet do 2 lat, zaś w placówkach prywatnych rotacja miejsc jest niewielka. Jak wskazywali respondenci, miejsca zwalniamy się głównie w przypadku zgonu podopiecznych lub gdy rodzina nie jest w stanie dłużej finansować pobytu. Jeden z rozmówców zauważa, iż o ile w prywatnych placówkach można dostrzec wahania w liczbie miejsc uzależnione od sezonów, to

[\(...\) w placówkach samorządowych jest cały czas głód miejsc.](#)

Pojawiają się inne rozwiązania finansowane ze środków publicznych, na przykład dzienne domy pobytu, które są postrzegane i oceniane jako ciekawe pomysły, jednak one nie pomagają tym ludziom, którzy są w najtrudniejszych sytuacjach, to jest schorowanym, leżącym, wymagającym całodobowej opieki. Badani podkreślają szczególną rolę placówek państwowych, które powinny być dostępne dla osób o niższych dochodach. Jak wskazuje jedna z respondentek:

[Do państwowych oczywiście powinny się dostawać osoby, których nie stać na prywatne placówki, gdzie rodzina jest niewydolna.](#)

Niemniej jednak potrzebne są zarówno prywatne, jak i publiczne podmioty świadczące usługi opiekuńcze, gdyż jest i nadal będzie istnieć

[\(...\) grupa ludzi, którzy nie mają środków finansowych, nie mają rodzin, a wymagają opieki.](#)

Respondenci podkreślali, że mimo powstawania nowych placówek, zwłaszcza prywatnych, popyt na usługi opiekuńcze wciąż znacząco przewyższa podaż.

Respondenci zwracali również uwagę na niewystarczającą liczbę miejsc w przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych, które często funkcjonują w ramach szpitali i dysponują bardzo ograniczoną liczbą miejsc (około 40). Specjalistyczne placówki typu ZOL czy hospicjum są niezbędne, aby zapewnić odpowiednią opiekę osobom starszym. Jedna z respondentek kierująca ZOL-em stwierdziła:

[Moim zdaniem jest stanowczo za mało takich ośrodków \(...\) widać to z perspektywy czasu, widząc, ile osób czeka na przyjęcie do zakładu \(...\) wyznacznikiem pobytu jest skala Bartel i opinia lekarza.](#)

Jedna z respondentek podnosiła kwestię braku specjalizacji placówek opiekuńczych, wskazując, iż nie ma (nie tylko w województwie podlaskim, ale także w skali ogólnopolskiej) wystarczającej liczby miejsc dla osób wymagających szczególnej opieki, na przykład pacjentów z zaawansowaną demencją czy uzależnieniami. Placówki często nie są przygotowane na przyjmowanie takich osób – zarówno pod względem infrastrukturalnym, jak i kompetencji personelu.

Istotnym aspektem problemu dostępności usług opiekuńczych jest również kwestia rozmieszczenia geograficznego placówek. Respondenci zwracali uwagę na nierównomierny dostęp do usług opiekuńczych wśród mieszkańców województwa podlaskiego, ze wskazaniem na szczególnie utrudniony dostęp mieszkańców z terenów wiejskich. Problem ten jest dodatkowo pogłębiany przez trudności komunikacyjne i transportowe, szczególnie dotyczące rodziny osób starszych mieszkających w oddalonych miejscowościach. W kontekście dostępności usług opiekuńczych istotnym problemem jest również bariera finansowa. Prywatne placówki pozostają poza zasięgiem finansowym wielu rodzin, szczególnie z obszarów wiejskich. Jednocześnie właściciele prywatnych jednostek opiekuńczych podnosili kwestię braku mechanizmu dofinansowania pobytu w ich placówkach ze środków samorządowych, pomimo iż koszty pobytu w placówce prywatnej są dużo niższe niż w placówkach samorządowych:

Mimo rosnącego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze problemem będzie finansowanie, ponieważ wzrost kosztów utrzymania, kosztów pobytu jest zupełnie nieproporcjonalny do wzrostu świadczeń, jakie ludzie otrzymują.

Z punktu widzenia dostępności usług świadczonych osobom starszym ważną kwestią są znaczące braki kadrowe, szczególnie widoczne wśród wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego. Respondenci wskazują na szczególnie dotkliwe niedobory pielęgniarek i fizjoterapeutów. Problem ten jest potęgowany przez nieatrakcyjne warunki finansowe oferowane w placówkach opiekuńczych – wynagrodzenia są znacząco niższe niż w ochronie zdrowia, co sprawia, że wykwalifikowani pracownicy wybierają pracę w szpitalach lub wyjeżdżają za granicę.

Przedstawiciele placówek są zgodni, że rozwiązaniem problemu dostępności do usług opiekuńczych nie powinno być zwiększanie liczby miejsc w istniejących ośrodkach, a raczej tworzenie nowych, mniejszych jednostek. Takie podejście, choć potencjalnie mniej efektywne ekonomicznie, pozwala na utrzymanie wysokich standardów opieki i zapewnienie pensjonariuszom bardziej spersonalizowanego podejścia. Jak zauważyła jedna z badanych osób:

Większy dostęp osób starszych byłby możliwy poprzez zakładanie kolejnych placówek. Kolejnych, ale małych placówek, wtedy drogich. Ale ja ciągle mówię, ja chcę, żeby jakość opieki dla człowieka była dobra. To nie jest ekonomiczne, ja wiem o tym, ale nie może być ekonomicznie wysoka jakość.

Podsumowując tę wypowiedź, priorytetem powinna być wysoka jakość świadczonych usług, nawet kosztem ekonomicznej efektywności. W dużych placówkach, jak zauważył inny rozmówca:

(...) człowiek po prostu ginie.

Przeprowadzone wywiady pozwoliły zdiagnozować bariery, które ograniczają zwiększenie dostępności seniorów do usług opiekuńczych w województwie podlaskim. Mają one złożony charakter, obejmujący zarówno aspekty finansowe, jak i organizacyjno-prawne. Bariery finansowe ograniczają powstawanie i rozwój szczególnie prywatnych placówek. Wynika to z rosnących kosztów prowadzenia działalności prywatnej z uwagi na inflację i wzrost cen energii oraz presji płacowej ze strony pracowników, co przy ograniczonych możliwościach finansowych placówek prowadzi do pogłębiania się problemów kadrowych. Jak podkreśla jeden z respondentów:

Nie tylko profesjonalizacja zawodu i wymagania ustawowe, ale również kwestie związane z cenami energii, z inflacją, z kosztami prowadzenia działalności, no i presja wynagrodzeń pracowników jest olbrzymia.

Drugi ze wskazanych przez respondentów aspektów to złożone wymogi formalno-prawne związane z prowadzeniem placówek opiekuńczych. Szczególnie problem ten dotyczy prywatnych placówek opiekuńczych. Przedstawiciele tych placówek podkreślali trudności w spełnieniu licznych wymogów ustawowych, szczególnie w zakresie kwalifikacji personelu. Wysokie standardy, choć same w sobie pożądane, w połączeniu z ograniczonym finansowaniem i brakami kadrowymi stają się istotną przeszkodą w rozwoju sektora usług opiekuńczych. Proces uzyskiwania niezbędnych pozwoleń i spełniania wymogów technicznych jest czasochłonny i kosztowny, co zniechęca potencjalnych inwestorów. Jak zauważyła jedna z właścicielek prywatnego domu opieki:

Samo w ogóle prowadzenie domu nie jest też takim prostym zajęciem i niewiele osób..., a zresztą to naprawdę trzeba być trochę takim zwariowanym człowiekiem, żeby otwierać jakiś dom, ponosić własne środki (...). Też trochę powstało w naszym regionie, chociaż niektórzy twierdzą, że to się nie opłaca, że jednak koszty są duże.

Kolejną kwestią, na którą wskazywali badani, jest brak efektywnej współpracy między sektorem publicznym a prywatnym przejawiający się ograniczonym wsparciem ze strony samorządów lokalnych, które są często niewystarczające skłonne do współpracy czy wsparcia inicjatyw prywatnych. Przykładem jest sytuacja opisywana przez jednego z respondentów, kiedy to samorząd nie wyraża zgody na sprzedaż budynku, w którym prowadzony jest dom opieki, ani nie wspiera koniecznych inwestycji, co uniemożliwia rozwój istniejącej placówki. Dodatkowo respondenci wskazywali na niewykorzystany potencjał istniejących, nieużywanych budynków, które mogłyby zostać zaadaptowane na cele opiekuńcze. Jednak proces ten często napotyka na trudności administracyjne i brak porozumienia z władzami lokalnymi.

Problemem jest też ograniczona liczba personelu do świadczenia usług osobom starszym w województwie podlaskim oraz trudności w pozyskaniu wykwalifikowanej kadry – szczególnie brak młodych ludzi, trudność w pozyskaniu kadry do placówek opiekuńczych ze względu na różnicę w wynagrodzeniach. Ponadto badani jednoznacznie wskazywali na potrzebę tworzenia nowych placówek opiekuńczych, zarówno państwowych jak i prywatnych, podkreślając jednocześnie liczne bariery i wyzwania związane z ich powstawaniem. Szczególnie istotne wydaje się wypracowanie rozwiązań systemowych, które ułatwiłyby proces tworzenia nowych placówek przy jednoczesnym zachowaniu odpowiednich standardów opieki. Dodatkowo polityka społeczna jest niedostosowana do zachodzących zmian demograficznych.

Brak długofalowej strategii rozwoju sektora usług opiekuńczych, uwzględniającej zarówno potrzeby obecne, jak i prognozowane, utrudnia planowanie i rozwój placówek, szczególnie prywatnych. System nie nadąża za zmieniającymi się potrzebami społecznymi i nie oferuje adekwatnych rozwiązań dla rosnącej grupy osób wymagających opieki.

Do prawidłowego funkcjonowania placówek opiekuńczych niezbędny jest odpowiedni personel składający się z kilku zasadniczych grup zawodowych, których kompetencje i zadania wzajemnie się uzupełniają. Pierwszą podstawową grupę stanowi personel medyczny, w tym przede wszystkim pielęgniarki, które są niezbędne ze względu na realizację farmakoterapii oraz ogólną opiekę medyczną nad mieszkańcami. Usługi medyczne świadczą także lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, chociaż nie są oni zatrudnieni w poszczególnych placówkach, zaś mieszkańcy domów korzystają z ich usług w formie wizyt domowych. Do grupy tej należą także fizjoterapeuci, którzy odgrywają kluczową rolę w usprawnianiu ruchowym podopiecznych, szczególnie osób po urazach i z niepełnosprawnością. Świadczy to o tym, że usługi medyczne i opiekuńcze są ze sobą ściśle powiązane. Zawody medyczne są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania placówek opiekuńczych.

Drugą zasadniczą grupę stanowi personel opiekuńczy, składający się głównie z opiekunów medycznych, opiekunów w domach pomocy społecznej oraz opiekunów osób starszych. Są oni odpowiedzialni za podstawową opiekę nad podopiecznymi, w tym higienę osobistą, pielęgnację oraz wsparcie w codziennych czynnościach. Ta grupa zawodowa stanowi trzon personelu placówek opiekuńczych, zapewniając ciągłość opieki i bezpośredni kontakt z mieszkańcami.

Kolejną ważną grupę stanowi kadra terapeutyczna i wspierająca. W jej skład wchodzi terapeutycy zajęciowi, instruktorzy organizacji czasu wolnego oraz psycholodzy. Ich rola koncentruje się na zapewnieniu dobrostanu psychicznego mieszkańców, aktywizacji oraz organizacji czasu wolnego. Respondenci wskazywali również na rosnące znaczenie terapeutów uzależnień, co wiąże się ze zwiększającą się liczbą podopiecznych z problemami alkoholowymi.

Funkcjonowanie placówek opiekuńczych wymaga także wsparcia personelu pomocniczego (kucharzy, personel sprzątający, pracownicy techniczni), pracowników socjalnych zajmujących się formalnościami administracyjnymi oraz utrzymujących kontakt z rodzinami mieszkańców i instytucjami zewnętrznymi oraz wsparcia duchowego zapewnianego przez kapelanów współpracujących z placówkami.

W województwie podlaskim w większości badanych prywatnych placówek opiekuńczych zapewniona jest minimalna kadra wymagana uregulowaniami prawnymi. Jednak nie dotyczy to wszystkich. Jedna z przedstawicielek prywatnej placówki opiekuńczej stwierdziła:

Uważam, że są braki kadrowe przede wszystkim w domach opieki, bo o ile w placówkach państwowych typu szpitale, ZOL ta opieka jest jakoś wypośredkowana i podział obowiązków jest jakoś troszkę inaczej rozłożony, o tyle w domu opieki ta praca w większości spada na ten personel niższy, typu opiekun, niekoniecznie opiekun medyczny.

Także usługi związane z rekreacją i organizacją czasu wolnego są często realizowane w ramach obowiązków na innych stanowiskach pracy. Placówki te, chociaż potwierdzają zasadność swojego istnienia, to nie zatrudniają terapeutów zajęciowych, instruktorów

kulturalno-oświatowych, gdyż wiązałoby się to z podniesieniem kosztów funkcjonowania placówki i koniecznością ich przeniesienia na rodziny podopiecznych.

Badani podczas przeprowadzonych wywiadów podkreślali też, że w województwie podlaskim istnieje duże i stale rosnące zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze. W tym aspekcie wskazali na bardzo duży problem jaki jest obserwowany wyraźny spadek zainteresowania pracą w tego typu placówkach w ostatnich latach. W pierwszej kolejności dotyczy to pielęgniarek. Jak zauważyła jedna z przedstawicielek DPS:

Pielęgniarek brakuje wszędzie: na oddziałach szpitalnych, na SOR-ach, na blokach operacyjnych, ale brakuje też w domach pomocy społecznej, z różnych powodów.

Pielęgniarki nie chcą pracować w placówkach opiekuńczych dla seniorów z uwagi na znacznie niższe wynagrodzenia w porównaniu do placówek medycznych (szpitali). Wynika to z faktu, iż ich wynagrodzenia są regulowane przez dwa różne akty prawne. W domach pomocy społecznej obowiązują przepisy dotyczące pracowników samorządowych, a nie ochrony zdrowia, podczas gdy siatka płac w ochronie zdrowia dla pielęgniarki jest zdecydowanie bardziej korzystna niż dla pielęgniarek zatrudnionych w domach opieki społecznej. Prywatne placówki radziły sobie z brakiem etatowych pielęgniarek, współpracując z pielęgniarkami kontraktowanymi przez NFZ – rolę pielęgniarki pełnił ratownik medyczny bądź właścicielką była czynna zawodowo pielęgniarka. Jedna z rozmówczyń podkreśliła, iż praca w placówkach opiekuńczych jest traktowana jako praca dodatkowa:

Pielęgniarki po prostu sobie dorabiają, mają swoją macierzystą pracę, którą jest często, a właściwie przede wszystkim szpital, a to traktują jako drugie źródło dochodu.

Problemem też są opiekunowie medyczni. Mimo rosnącej liczby osób podejmującej kształcenie w tym zawodzie kadra wykwalifikowanych pracowników nie zaspokaja rosnącego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze. Jak twierdził jeden z rozmówców:

(...) brakuje zmotywowanych pracowników medycznych.

Z uwagi na podniesienie wynagrodzeń i zmianę zakresu obowiązków w 2024 roku zawód opiekuna medycznego stał się atrakcyjny. Jednakże opiekunowie medyczni są zainteresowani przede wszystkim pracą w szpitalach, gdzie mają możliwość zarobienia najwięcej, w ostateczności w DPS-ach czy placówkach prywatnych:

Bardziej ambitni wolą szpitale. Więcej się dzieje.

Jeden z przedstawicieli DPS-ów wyraźnie wskazywał:

Wśród młodych widzę niechęć do pracy z osobami starszymi, gdzie trzeba być czułym, uważnym, gdzie trzeba pielęgnować.

Kolejny rozmówca stwierdził:

To po pierwsze jest problem taki socjologiczny, związany z aspiracjami, związany z wizją siebie jako osoby pracującej, wykonującej określone czynności. I tutaj świat mediów społecznościowych na przykład i to, co ja robię w tej pracy, to się zupełnie nie zgrywa. Jest to związane z tym, że te wszystkie młodsze roczniki mają również na wstępie wyższe wymagania finansowe. (...) Jest im trudniej, praca jest ciężka. I ona jest od razu ciężka. (...) i w tej pracy ciężko jest mówić o rozwoju. można zwiększyć swoje doświadczenie, kompetencje. Ale trudno jest mówić o ścieżce kariery.

Jedna z przedstawicielek zawodu opiekuna medycznego w placówce opiekuńczej podkreśliła, że jako opiekun medyczny pracują kobiety:

(...) w średnim wieku, tak około pięćdziesiątki, no bo swoje już przeszły i chcą jakoś dopracować do emerytury. A w innych zawodach około pięćdziesiątki nie chce też nikt przyjąć.

Brakuje także fizjoterapeutów, jak podkreślała jedna z osób reprezentujących DPS-y, nie tylko w placówkach, ale też w środowisku. Zapotrzebowanie na nich jest duże z uwagi na rosnącą liczbę seniorów zmagających się z problemami poudarowymi.

W placówkach opiekuńczych ważne są także osoby odpowiedzialne za zapewnianie czasu wolnego seniorom, chociaż jest to często zgodnie z opinią jednego z rozmówców deprecjonowane, ale niezwykle ważne jego zdaniem. W placówkach prywatnych dużą rolę odgrywają zaangażowani w życie placówki członkowie rodzin. Niemniej jednak brakuje terapeutów zajęciowych, nawet w ośrodkach państwowych, a są oni niezbędni między innymi do przystosowania osób:

(...) przeniesionych ze środowiska własnego do domu pomocy społecznej, żeby jak najmniej odczuwali to przejście i ten smutek.

Jedna z przedstawicielek DPS-ów zauważyła:

Jeden czy dwóch terapeutów na około 120 osób to zdecydowanie za mało.

Odrębną kwestią są braki kadrowe odnośnie do terapeutów od uzależnień. Dotyczy to szczególnie placówek, w których przebywają osoby z problemem różnego rodzaju uzależnień, w szczególności alkoholowych:

Chcemy tej osobie pomóc. A żeby pomóc, to pracownik powinien wiedzieć, jak pomóc. I na dziś widzę, że brakuje nam tej wiedzy.

Badani podkreślili, że jest to szeroki problem. Nie dotyczy on pojedynczych zawodów. Problem dotyczy ogólnie zmniejszania się zainteresowanie pracą w zawodach związanych z usługami opiekuńczymi osób starszych. Jest to skutkiem tendencji obserwowanych w innych częściach rynku pracy, w szczególności wyższych wynagrodzeń oraz „łżejszej” pracy. Jak stwierdził jeden z respondentów, o spadku zainteresowania świadczy między innymi liczba przesyłanych odpowiedzi na ogłoszenia o pracę:

Jakieś 12 lat temu na ogłoszenia o pracę przychodziło w ciągu doby 80 odpowiedzi, z czego większość to były osoby z wyższym wykształceniem pedagogicznym najczęściej. Obecnie sytuacja wygląda w ten sposób, że ogłoszeń w ciągu doby przychodzi trzy, pięć może, z czego są pewne osoby, które aplikują cały czas. Najczęściej są to osoby bez wymaganego wykształcenia opisanego w ogłoszeniu.

Na ogłoszenia o pracę w zakresie usług opiekuńczych odpowiadają osoby, które pracowały w tym zawodzie albo pracują w konkurencyjnych placówkach i chcą to zmienić. Rzadko pojawiają się osoby czyste, że tak powiem, które nie pracowały w tej branży wcześniej.

Jedna z badanych osób podkreśliła:

Dzisiaj w świecie kultury piękna, wyglądu i modnego ubrania i dobrego samopoczucia gdzieś na dalszy plan podchodzi ta świadomość, że ten stary człowiek potrzebuje pomocy.

Pracę w zawodzie opiekuna medycznego z seniorami lub opiekuna osoby starszej podejmują osoby w średnim wieku, co podkreślało wielu rozmówców. Jeden z nich stwierdził:

Większość osób, które poszukują pracy bądź są w ogóle zainteresowane pracą w takim zawodzie, to są osoby około 40. roku życia albo wzwyż.

Badani zgodnie też uważali, iż takim osobom jest łatwiej niż młodym, gdyż najczęściej posiadają już pewne życiowe doświadczenie (np. ze swoimi rodzicami, dziadkami), które pozwala lepiej zrozumieć osobę starszą. Osoby te dodatkowo często traktują tę pracę jako ostateczny wybór zawodowy przed emeryturą.

Respondenci wskazywali też na szczególnie trudną sytuację kadrową w placówkach zlokalizowanych w małych miejscowościach i w prywatnych domach osób starszych. Wiele osób starszych mieszka samotnie:

Potrzebują, żeby ktoś się nimi zajął, nawet kąpielą, takimi podstawowymi rzeczami, usługami opiekuńczymi, jak przy osobie starszej czy posiłek, żeby jakiś tam przygotować im czy właśnie higieniczne usługi wykonać.

Są duże możliwości znalezienia zatrudnienia do domowej opieki nad osobami starszymi, co wynika ze stałej obsady personelu w DPS-ach czy placówkach prywatnych. W DPS-ach dyrektorzy nie wskazują na rotację pracowników, zwolnienie miejsc następuje w zasadzie w przypadku odchodzenia na emeryturę lub zdarzeń losowych. W ośrodkach prywatnych z kolei nie są zainteresowani zwiększaniem zatrudnienia z uwagi na rosnące koszty i konieczność podnoszenia opłat dla rodziny. Brakuje opiekunów osób starszych, szczególnie do pracy z osobami chorymi, niesamodzielnymi, których jest coraz więcej w społeczeństwie. Wskazanego problemu nie rozwiązują też obcokrajowcy. Mimo bliskości geograficznej w województwie podlaskim utrudnione są też możliwości zaspokajania braków kadrowych opiekunów emigrantami ze Wschodu. Emigranci zarobkowi, mimo iż są chętni do pracy, nie spełniają wymagań ustawowych: nie posiadają udokumentowanego doświadczenia zawodowego ani też wykształcenia, gdyż „bariera językowa nie za bardzo pomaga w szkole”.

Tendencje dotyczące zapotrzebowania rynku pracy na pracowników w zawodach związanych usługami opiekuńczymi będą zdaniem jednego z rozmówców uzależnione od tego,

(...) w jakim kierunku pójdzie, po pierwsze, rozwój finansowania, a po drugie, jak będzie rozwiązywany problem, forma, na jaką zdecyduje się państwo, czyli jak będzie wyglądała ta słynna deinstytucjonalizacja.

Całkowita eliminacja placówek stacjonarnych, nie tylko w województwie podlaskim, ale także w całej Polsce, nie jest możliwa. Przenoszenie ciężaru usług opiekuńczych z instytucji „do środowiska” w sytuacjach, w których jest to możliwe wywoła zapotrzebowanie na takie zawody jak opiekun osoby starszej czy opiekunka środowiskowa. Respondenci uważają też, że ważne jest podniesienie prestiżu zawodów związanych z opieką. Jak zauważyła jedna z przedstawicielek zawodów:

Nasze zawody nie są doceniane: opiekun, fizjoterapeuta, pielęgniarka. A to są bardzo ważne zawody, przyszłościowe zawody.

Respondentka podkreśliła, że bez odpowiedniego dowartościowania tych zawodów problem braku chętnych do pracy będzie się pogłębiał, a młodzi specjaliści będą wybierać pracę za granicą.

Świadczenie usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym wymaga odpowiednich kwalifikacji i umiejętności. Respondenci potwierdzili, iż fundamentalne znaczenie mają formalne kwalifikacje medyczne i opiekuńcze, potwierdzone odpowiednimi dyplomami lub certyfikatami, co jest wymagane przepisami prawa.

W świadczeniu usług medycznych przez lekarzy geriatrów i pielęgniarki geriatryczne szczególnie istotne są zarówno kwalifikacje, jak i umiejętności zawodowe. Ważne jest też doświadczenie zawodowe oraz umiejętności specjalistyczne. W zakresie kompetencji czy umiejętności miękkich respondenci wskazywali też na kompetencje oraz umiejętności personelu medycznego pracującego z osobami starszymi, takie jak umiejętność pracy w zespole oraz radzenie sobie w sytuacjach trudnych. Szczególnie ta pierwsza była odnoszona zarówno w stosunku do lekarza, pielęgniarki, jak i do fizjoterapeuty. Ordynator oddziału psychogeriatrycznego wskazała, że:

Priorytetową umiejętnością, którą powinni charakteryzować się przedstawiciele grupy medycznej, to odporność na sytuacje trudne i stresowe. Bo my jesteśmy non stop narażeni na stres. Na wypalenie, na przeciążenie (...) ale również dojrzałość emocjonalna to jest dla mnie *number one*.

Potwierdza to też wypowiedź pielęgniarki, która stwierdziła:

Dojrzałość emocjonalna jest chyba podstawą w ogóle zawodu pielęgniarki, ale każdego innego zawodu, który ma kontakt z drugim człowiekiem, ale ja myślę, że ogólnie każdego zawodu medycznego jest to istotny element, dlatego że pozwala spokojnie funkcjonować w swojej pracy zawodowej, czyli zdecydowanie tak.

Z kolei w świadczeniu usług opiekuńczych szczególnie istotne są kwalifikacje pielęgniarskie, które można uzyskać poprzez ukończenie studiów wyższych, oraz kwalifikacje opiekunów medycznych, które można zdobyć poprzez ukończenie odpowiedniej szkoły lub kursu zawodowego.

Niezależnie od zawodu respondenci wskazywali przede wszystkim na znaczenie wiedzy merytorycznej niezbędnej w pracy z osobami starszymi oraz doświadczenia zawodowego. Zgodnie z jedną z wypowiedzi:

Wiedza merytoryczna to jest podstawa (...). Doświadczenie zawodowe i wiedza merytoryczna, bo bez tego dalej nigdzie nie pójdziemy.

Według wielu respondentów mimo formalnych wymogów dotyczących wykształcenia to właśnie praktyka zawodowa i wieloletnie doświadczenie są najcenniejszymi kwalifikacjami w pracy z osobami starszymi. Jest to szczególnie istotne w kontekście umiejętności radzenia sobie z różnorodnymi sytuacjami, które mogą wystąpić w codziennej pracy opiekuńczej.

Podczas wywiadów szczególnie podkreślana była umiejętność wykonywania podstawowych czynności pielęgnacyjno-medycznych oraz obsługi sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego. Na podstawie przeprowadzonych wywiadów można także stworzyć zestaw praktycznych umiejętności związanych ze świadczeniem usług opiekuńczych, w szczególności w odniesieniu do opiekuna medycznego. Są nimi: zmiana pieluchomajtek, kąpiel, obsługa

urządzeń typu podnośnik czy wózki specjalistyczne, umiejętność podnoszenia z łóżka, podawanie leków:

Często podopieczni są w takich etapach choroby, że niestety powie, że on nie weźmie leków, że chce się go otruć (...), więc trzeba w jakiś sposób te leki jednak podopiecznemu podać.

Respondenci uznali empatię i cierpliwość jako jedną z najważniejszych umiejętności miękkich w pracy z osobami starszymi. Jedna z osób wprost stwierdziła:

Wrażliwość i empatia to w ogóle na pierwszym miejscu powinna być.

Jedną z kluczowych postaw jest także dojrzałość emocjonalna oraz odporność na stres, co jest szczególnie istotne w kontekście częstego kontaktu z cierpieniem i śmiercią podopiecznych. Aspekt śmierci podopiecznych jest szczególnie trudny w świadczeniu usług opiekuńczych. Jak zauważył jeden z dyrektorów:

Im dłużej pracujemy, [tym mocniej] związujemy się emocjonalnie z tymi ludźmi, a oni w tego typu placówkach zwyczajnie umierają. (...) To jest coś, co niszczy ludzi po prostu pracujących w tym zawodzie.

Respondenci wielokrotnie wskazują na znaczenie umiejętności komunikacyjnych, które są kluczowe zarówno w relacjach z podopiecznymi, jak i ich rodzinami. Niezbędna jest umiejętność nawiązywania kontaktu z pacjentami psychicznie chorymi, aby nie wprowadzić ich w jeszcze gorszy nastrój.

Z punktu widzenia organizacji pracy przy świadczeniu usług opiekuńczych ważnym aspektem jest umiejętność pracy zespołowej. Badani podkreślają, że opieka nad osobami starszymi wymaga ścisłej współpracy między różnymi specjalistami, w tym opiekunami, pielęgniarkami, fizjoterapeutami i lekarzami. Umiejętność współpracy ze specjalistami jest niezwykle istotna i dotyczy wszystkich zawodów świadczących usługi opiekuńcze. Osoby te muszą umieć współpracować zarówno ze specjalistami z innych placówek (np. osobami z przychodni, szpitala czy też urzędów), jak i między sobą w danej placówce (np. w DPS-ach). Jak stwierdziła jedna z badanych osób:

Trzeba umieć współpracować z innymi, żeby rozumieć się praktycznie bez słów.

Istotna jest także umiejętność zarządzania czasem i organizacji pracy, co pozwala na zapewnienie odpowiedniej jakości opieki wszystkim podopiecznym. Respondenci zwracali również uwagę na konieczność posiadania umiejętności adaptacyjnych i elastyczności w działaniu. Jest to związane ze zmiennym charakterem pracy i koniecznością dostosowywania się do indywidualnych potrzeb podopiecznych.

Szczególnie podkreślana była kwestia umiejętności związanych z zachowaniem godności osób starszych. Respondenci wskazywali na potrzebę wykazywania szacunku i zrozumienia dla sytuacji podopiecznych, szczególnie w momentach ich największej niesamodzielności. W tym kontekście istotna jest również umiejętność motywowania seniorów do aktywności i wspierania ich w zachowaniu jak największej samodzielności.

Analiza wypowiedzi wskazuje również na znaczenie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, szczególnie w pracy z osobami cierpiącymi na choroby neurodegeneracyjne czy zaburzenia psychiczne. Respondenci podkreślali, że oprócz wiedzy

specjalistycznej kluczowa jest umiejętność zachowania spokoju i profesjonalizmu w trudnych sytuacjach.

Bardzo ważną kwestią jest rozwój zawodowy osób świadczących usługi medyczne i opiekuńcze. Osoby świadczące usługi medyczne, szczególnie lekarze, mają ustrukturyzowaną ścieżkę rozwoju zawodowego. Po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu większość decyduje się na uzyskanie tytułu specjalisty. W przypadku lekarzy świadczących usługi osobom starszym najbardziej adekwatną ścieżką jest specjalizacja z geriatry, interny bądź specjalizacja z medycyny rodzinnej z uwagą na duży zakres interny. Podobnie wygląda sytuacja u pielęgniarek. Muszą mieć ukończony szkolenie specjalizacyjne w zakresie geriatry i pielęgniarstwa geriatrycznego. W przypadku różnego rodzaju kursów i szkoleń pracowników medycznych i opiekuńczych mających na celu podnoszenie kwalifikacji sytuacja jest zróżnicowana, na co wskazuje analiza wypowiedzi respondentów. Część instytucji aktywnie wspiera rozwój zawodowy pracowników, partycypując w kosztach szkoleń:

Ostatnio też wysyłałyśmy panie na szkolenie odnośnie reagowania na stres w trudnych sytuacjach. Są to szkolenia płatne, zakład pracy płacił.

Badane jednostki wysyłały też swoich pracowników na szkolenia z zakresu pierwszej pomocy, które są uznawane za fundamentalne w pracy z osobami starszymi:

Moi pracownicy podwyższają kwalifikacje, jeśli chodzi o kursy typu pierwsza pomoc, (...) bo uważam, że to niestety trzeba przypominać sobie. Uważam, że to jest bardzo ważne. Ja sama osobiście nawet na własną rękę próbuję sobie co dwa lata odnowić, ale mamy też taką możliwość w naszej placówce.

Niektórzy respondenci wskazywali na ograniczenia finansowe placówek, które nie zawsze mogą wspierać rozwój zawodowy pracowników. Problem stanowi również brak czasu na uczestnictwo w dodatkowych szkoleniach, co jest związane z dużym obciążeniem pracą. Niektórzy respondenci zwracają również uwagę na zjawisko odchodzenia wykwalifikowanych pracowników do lepiej płatnych miejsc pracy po odbyciu szkoleń:

Mam świadomość, że im większe są kwalifikacje, tym bliżej jest odejście pracownika. Natomiast nie jest to przyczyna, przez którą chcielibyśmy ograniczać pracowników. Wracając do kwestii rozwoju tej ścieżki zawodowej, jest to po prostu konieczne. Z drugiej strony nie wszyscy odchodzą i fajnie jest pracować w zespole, który jest przygotowany nie tylko swoim doświadczeniem własnym, ale również kompetencjami, które nabył z zewnątrz.

Jedna z rozmówczyń wskazała na uczestnictwo jej podopiecznych w „modnych kursach online”. Jej zdaniem nie jest to dobra forma szkoleń, jednak stwierdziła, że:

Młodzi mówią, że dla nich to jest OK, że dobrze sobie z tym radzą i podwyższali kwalifikacje między innymi w zakresie komunikacji.

5.3. Bariery rozwoju zawodów, kwalifikacji i umiejętności świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym

Podstawową barierą rozwoju zawodów medycznych związanych z osobami starszymi jest to, że geriatra jest najtrudniejszą dziedziną medycyny. Pacjent geriatryczny ma średnio 82 lata,

najczęściej w tym wieku przychodzą pierwszy raz do geriatry. Jak stwierdził jeden z respondentów:

To jak noworodek u pediatry. (...) Niestety, każdy internista uważa, że może leczyć wszystkich swoich pacjentów do końca ich życia. To samo dotyczy kardiologa czy diabetologa.

Takie podejście wśród innych specjalistów niż geriatra prowadzi do sytuacji, że specjalizacja z geriatry nie jest traktowana wśród medycznej kadry priorytetowo.

Często leczenie w podeszłym wieku ma za zadanie poprawiać jakość życia, leczyć częściowo objawowo, zmniejszyć dolegliwości, poprawić nastrój, żeby te ostatnie lata były przeżyte w komforcie. Jak podkreślił jeden z badanych:

Z racji 50-letniej praktyki lekarskiej moje stanowisko jest takie: nie stresujemy tych naszych starszych pacjentów, tylko raczej wspieramy naszych 90-latków i cieszymy się, że żyją. Czasem pacjent senior żyje z otępieniem, co jeszcze utrudnia poruszanie się pacjenta seniora po systemie opieki zdrowotnej, bo już koniecznie musi być opiekun przy pacjencie, bo inaczej się zgubi, nie zapamięta zaleceń; wszystko trzeba zapisywać i współpracować z lekarzem POZ.

Na podstawie wywiadów z grupą lekarzy ze specjalnością geriatryczną można postawić wniosek, że lekarz POZ obecnie, w ramach swojej ścieżki specjalizacyjnej, ma bardzo mało kursów i szkoleń w obszarze geriatry. Lekarz specjalizujący się w ramach medycyny rodzinnej ma jedynie miesięczny staż na oddziale geriatrycznym, wtedy tymi pacjentami się zajmuje. Warto podkreślić, że wcześniej, w ramach specjalizacji chorób wewnętrznych, był 2-tygodniowy staż, teraz został zniesiony. W opinii lekarzy geriatrów to duży błąd. Zapewne jest to efekt małej liczby oddziałów geriatrycznych w skali całego kraju. Jedna z rozmówczyń podkreśliła:

Okolo 30% specjalizujących się lekarzy w medycynie rodzinnej podejmowało specjalizację z geriatry i oni już są w systemie opieki zdrowotnej; oni już wiedzą, jak z tym pacjentem postępować, i częściej kierują do szpitala, gdy nie są w stanie w warunkach ambulatoryjnych ocenić na przykład endoskopowo swojego pacjenta. Pracują jednak często jako lekarze rodzinni w systemie opieki zdrowotnej, wykorzystując oczywiście swoją wiedzę geriatryczną, natomiast nie decydują się szukać zatrudnienia jako lekarze geriatry. Ta sytuacja jest jedynie konsekwencją lepszej wyceny punktowej podstawowej opieki zdrowotnej przez publicznego płatnika NFZ.

To wyraźnie wskazuje, że główną barierą w możliwości zwiększenia liczby geriatrów w systemie opieki zdrowotnej finansowej ze środków publicznych są finanse. Niska wycena świadczeń geriatrycznych przy konieczności dłuższej wizyty w poradni geriatrycznej czy też dłuższej hospitalizacji na oddziale geriatrycznym (niż w przypadku jednochorobowych oddziałów szpitalnych) prowadzi do sytuacji braku specjalistycznej kadry, jak i miejsc świadczenia opieki geriatrycznej. Jak podkreśliła jedna rozmówczyń, lekarz geriatra:

Nakłady finansowe na opiekę geriatryczną w Polsce są zbyt niskie w stosunku do potrzeb i udziału osób starszych w społeczeństwie.

Niedobór lekarzy geriatrów był główną barierą w organizowaniu prawidłowej opieki nad osobami starszymi. W 2024 roku funkcjonowały dwa oddziały geriatryczne – w Białymstoku i Choroszcy oraz dwa oddziały psychogeriatryczne – w Choroszcy i w Suwałkach. Jednakże specyfika oddziału psychogeriatrycznego jest taka, że rozliczane są tu głównie świadczenia z obszaru psychiatrii, a nie geriatry.

Niewątpliwie podstawową barierą rozwoju zawodów świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym jest szeroko rozumiana bariera finansowa. Po pierwsze, nie ma jednej podstawy prawnej regulującej wynagrodzenia w zawodach medycznych. Wynagrodzenie zależy od miejsca zatrudnienia. I tak w szpitalach kwestię wynagrodzeń lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów czy opiekunów medycznych reguluje ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, zaś w DPS-ach rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 października 2021 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych, a w prywatnych ośrodkach – wolny rynek. Sytuacja ta sprawia, że najkorzystniejsze wynagrodzenia otrzymują osoby zatrudnione w podmiotach leczniczych, szczególnie szpitalach. Niższe wynagrodzenia osób świadczących usługi medyczne i opiekuńcze w placówkach opiekuńczych ogranicza zainteresowanie pracą w tej sferze wśród pielęgniarek, opiekunów medycznych oraz fizjoterapeutów. Jak stwierdził jeden z rozmówców odnośnie do pielęgniarek:

Nie jestem w stanie zagwarantować jej tego typu wynagrodzenia, które dostanie w szpitalu, gdzie wakaty na pielęgniarki są cały czas.

Placówki opiekuńcze mają także ograniczone możliwości podnoszenia wynagrodzeń swoim pracownikom oraz zwiększania zatrudnienia, pomimo że dostrzegają taką potrzebę. Zarówno podnoszenie wynagrodzeń, jak też dodatkowe zatrudnienie wiązałyby się z koniecznością przeniesienia rosnących kosztów na rodziny podopiecznych w przypadku placówek prywatnych. Z kolei placówki państwowe są finansowane ze środków budżetowych, co oznacza ograniczony budżet na zatrudnienie nowych osób oraz na podniesienie wynagrodzeń. Mówiąc o barierach, jedna z badanych osób wprost stwierdziła:

Ja cały czas twierdzę, że to są finanse, to jest finansowanie pracowników, bo jeśli dany zawód jest dobrze opłacany, myślę, że wtedy jest popyt na to.

Zwiększenie finansowania pozwoliłoby na podniesienie wynagrodzeń i stworzenie lepszych warunków pracy i tym samym zachęciłoby do pracy w usługach opiekuńczych dla osób starszych.

Z barierą finansową wiąże się też kolejna, czyli ograniczona liczba etatów i niestabilne warunki zatrudnienia jako barierę rozwoju zawodów świadczących usługi medyczne i opiekuńcze. Ponadto z uwagi na koszty ograniczana jest liczba etatów medycznych w placówkach prywatnych. Najczęściej placówki utrzymują stały poziom zatrudnienia, który spełnia wymagania ustawowe dotyczące opieki nad osobami starszymi. Dodatkowo wielu rozmówców nie wskazywało na częste rotacje pracowników, co sugeruje, że miejsca pracy będą albo w nowo powstałych placówkach, albo w środowisku, gdzie jest zgłaszane zapotrzebowanie, ale nie ma stabilności i legalności zatrudnienia.

Kolejną barierą są ograniczone możliwości zdobywania wiedzy i umiejętności w obszarze geriatrycznym. Badani respondenci podkreślali niedostateczną liczbę kursów i szkoleń w tym obszarze. Jak stwierdziła jedna z respondentek:

W tej chwili w Polsce – jestem na 100 procent pewna, bo dzwoniłam w tamtym tygodniu – nie ma nigdzie prowadzonej specjalizacji geriatrycznej dla pielęgniarek, która by się w tej chwili odbywała, geriatryczna. Bo ja chcę ją skończyć, osobiście wiem. I w tamtym tygodniu się

orientowałam. Także powinna być w programie szkoleń obowiązkowych, których ministerstwo po prostu finansuje, powinna być taka specjalizacja ujęta.

Wśród barier w zwiększaniu liczebności kadry świadczącej zarówno usługi medyczne, jak i opiekuńcze skierowane do osób starszych respondenci wskazywali też trudność i specyfikę pracy ze starszym pacjentem geriatrycznym, która wymaga szczególnych predyspozycji psychofizycznych. Jedna z respondentek – pielęgniarka oddziałowa ze szpitala powiatowego – podkreśliła:

Na pewno jest problem, bo młoda kadra tam nie chce pracować, bo to jest ciężka bardzo praca. Każdy woli iść gdzieś do poradni, cokolwiek się nim zająć, ale niegeriatrycznym pacjentem. No i trzeba oczywiście mieć wprawne oko i trochę doświadczenia w tym, co się robi. No bo to jest nieuniknione.

Z kolei jeden z badanych reprezentujących zawody opiekuńcze, tak widzi tę sytuację:

Szczególnie kiedy ludzie w dzisiejszych czasach wybierają jednak jakiś komfort bardziej niż często nawet wyższe zarobki. Więc no tutaj chyba jedynym przełamaniem to jest naprawdę, żeby przełamać dyskomfort pracy z osobami starszymi, to są duże wynagrodzenia.

Respondenci zwracali uwagę na wysokie obciążenie fizyczne i emocjonalne związane z opieką nad osobami niesamodzielnymi:

Ta praca jest trudna i wymagająca i często niewdzięczna.

Ta praca wymaga dużej odporności psychicznej i fizycznej, szczególnie w kontekście częstego kontaktu z osobami z demencją, Alzheimerem, otępieniem starczym czy w stanach terminalnych. Wiele osób nie chce się jej podejmować ze względu na obciążenie emocjonalne i brak perspektyw rozwoju.

Kolejną barierą jest niska świadomość społeczna i medyczna na temat roli i zakresu kompetencji geriatry zarówno wśród innych lekarzy specjalistów, jak i całego społeczeństwa. Przedstawiciele badanych zawodów medycznych wskazywali na konieczność zwiększenia działań edukacyjnych związanych z funkcjonowaniem pacjenta geriatrycznego oraz w przypadku personelu medycznego większej wiedzy na temat podejścia geriatrycznego w medycynie. Jak to ujął jeden z lekarzy:

Rozbudowa świadomości tej geriatrycznej poprzez większą ilość. O ile, powiedzmy, świadomość kardiologiczna, która od lat jest budowana, tak jak ja akurat w tej dziedzinie jestem, to wiem, jak to było wypracowywane w Polsce i też jest z tym jest problem, o tyle świadomości geriatrycznej jak gdzieś tam na kilku wykładach. Sam byłem zaskoczony, że zmieniło to moje myślenie troszkę o geriatric. I ja bym chciał na przykład, gdyby takie przeszkolenia geriatryczne albo gdzieś tam były kursy dostępne.

Konieczne jest zatem jest wprowadzenie elementów geriatric już na etapie studiów medycznych, aby przyszli lekarze, pielęgniarki i fizjoterapeuci byli lepiej przygotowani do opieki nad osobami starszymi.

Wśród barier, respondenci wskazywali też na brak działań promujących zawody opiekuńcze. Efektem tego jest postrzeganie zawodów, szczególnie opiekuńczych jako nieatrakcyjnych, tak je widzą przede wszystkim osoby młode. Chociaż jak stwierdziła jedna z przedstawicielek zawodu opiekuna medycznego:

Dla młodych ludzi to w tej chwili to jedyną motywacją byłyby pieniądze.

Z tego względu istotne jest podejmowanie działań mających na celu zwiększenie atrakcyjności pracy opiekunów oraz zapewnienie odpowiednich warunków finansowych i organizacyjnych.

Badani przedstawiciele placówek i zawodów świadczących usługi medyczne i opiekuńcze byli zgodni co do wskazywanych barier rozwoju zawodów świadczących takie usługi. Niemalże jednogłośnie wymieniane były niskie wynagrodzenia świadczących je osób, szczególnie jeśli chodzi o usługi opiekuńcze jako nieadekwatne do pełnionych obowiązków i odpowiedzialności spoczywającej na pracownikach oraz trudność pracy z osobami starszymi. Obie te bariery są ze sobą ściśle powiązane i sprawiają, że wiele osób, szczególnie młodych, widzi w usługach medycznych i opiekuńczych niskie zarobki i duże obciążenie pracą. Aby zmienić ten wizerunek, potrzebne są działania promujące te zawody oraz wsparcie finansowe dla osób, które chciałyby się w tym kierunku przekwalifikować.

5.4. Perspektywy rozwoju zawodów, kwalifikacji i umiejętności świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym

Odnosząc się do zagadnienia perspektyw rozwoju zawodów, kwalifikacji i umiejętności świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym, na wstępie należy podkreślić następujące zmiany w stylu życia polskich rodzin. Coraz mniej jest rodzin wielopokoleniowych, co ogranicza opiekę rodzinną nad osobami starszymi.

W opinii osób reprezentujących placówki i zawody medyczne, z którymi przeprowadzone zostały wywiady, ścieżka osoby senioralnej w opiece zdrowotnej może wyglądać bardzo prosto. Obecnie bazą w systemie opieki zdrowotnej (tzw. *gatekeeper*) jest lekarz rodzinny. Bardzo często lekarze rodzinni to przyuczeni interniści lub lekarze ogólni. Większość to już osoby starsze bądź już nawet w wieku emerytalnym, którzy nie czują potrzeby doksztalcania. Jak wskazał jeden z respondentów:

Każdy lekarz rodziny powinien zwracać uwagę na polifarmakoterapię, na polipragmazję, bo każdy lekarz specjalista przepisuje swoje leki, jeden nie wie, co drugi przypisał, leki często się duplikują, często są już niepotrzebnie przyjmowane, bo sytuacja zdrowotna zmieniła się (np. wyłącznie w wyniku starzenia się). W tej chwili lekarz rodzinny powinien sam z własnej inicjatywy kierować osoby starsze w pierwszej kolejności do lekarza geriatry.

Rozwiązaniem instytucjonalnym, które będzie miało wpływa na zwiększenie zapotrzebowania na zawody medyczne świadczące usługi osobom starszym, jest podwyższenie liczby miejsc, w których świadczone są usługi geriatryczne. Na płaszczyźnie organizacyjnej mogłaby to być zmiana struktury oddziałowej szpitali powiatowych w kierunku tworzenia oddziałów geriatrycznych. To właśnie na tym poziomie referencyjności obciążenie finansowe tych pacjentów w skali całego systemu będzie mniejsze niż gdyby trafiali oni do ośrodka w większym mieście, do szpitala bardziej wyspecjalizowanego, gdzie oddział ogólny internistyczny nie istnieje, a funkcjonują jedynie oddziały wyspecjalizowane, takie jak na przykład nefrologia czy gastrologia. Zdaniem respondentki lekarz geriatry:

Nie zbudujemy nagle oddziałów geriatrycznych tyle, żeby zaspokoić potrzeby wszystkich osób starszych w Polsce.

Z drugiej strony stwierdziła ona, że:

Konsultacje geriatryczne na innych oddziałach? Badania pokazują, że one nie do końca się sprawdzają.

Wpierw wymagałoby to

(...) edukacji kadr medycznych na innych oddziałach, tak żeby poznały specyfikę geriatryczną.

Ponadto badani podkreślali, że powinno się dążyć do tego, aby w miarę możliwości w każdym powiecie występowała poradnia geriatryczna z rozbudowanymi usługami typu fizjoterapia na przykład przy zespole podstawowej opieki zdrowotnej. Wzrost liczby tego typu placówek, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, zwiększyłaby zapotrzebowanie na lekarzy geriatrów i pielęgniarki geriatryczne.

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów pogłębionych z przedstawicielami placówek medycznych i opiekuńczych oraz reprezentantami zawodów zidentyfikowano tendencje dotyczące zapotrzebowania na konkretne zawody związane z usługami opiekuńczymi w przyszłości w województwie podlaskim. Wśród zawodów medycznych bezpośrednio związanych z osobami starszymi respondenci wskazywali lekarza geriatrę i pielęgniarkę geriatryczną. Jedna z pielęgniarek oddziałowych wskazała:

Ja mam sama osobiście dwie specjalizacje i wiem, o czym mówię, bo te specjalizacje mnie dużo nauczyły. I uważam, że geriatryczna byłaby bardzo wskazana, dlatego że tam jest taki profil nauki, który mówi o tym, że typowo zajmuje się opieką, ranami, toaletą, zaopatrzeniem psychicznym pacjenta. I to jest bardzo dużo godzin na tej specjalizacji, i taka specjalizacja powinna być.

Z kolei przedstawiciele placówek opiekuńczych wskazywali, że

(...) największą teraz bolączką to jest brak pielęgniarek.

W kontekście usług opiekuńczych niedobory pielęgniarek są szczególnie dotkliwe w kontekście rosnącej konkurencji ze strony placówek medycznych, które mogą zaoferować lepsze warunki finansowe. Jak zauważył jeden z dyrektorów:

Nie jestem w stanie zagwarantować jej tego typu wynagrodzenia, które dostanie w szpitalu, gdzie wakaty na pielęgniarki są cały czas.

Badani zwracali również uwagę na rosnące zapotrzebowanie na pielęgniarki ze specjalizacjami. Jak podkreśliła jedna z respondentek:

Kiedyś tak było, że pielęgniarka była jedna i na każdym oddziale sobie radziła. Teraz (...) chyba czerpiemy to z Zachodu, żeby pielęgniarka miała specjalizację tylko w swojej dziedzinie.

Wśród zawodów medycznych jako zawodów przyszłości respondenci wskazywali też opiekuna medycznego, przy czym podkreślali rosnący zakres kompetencji tego zawodu:

Ten opiekun medyczny ma coraz szersze kompetencje. można zahaczyć nawet tak delikatnie o lekkie kompetencje pielęgniarskie. (...) Teraz faktycznie uczą się pobierać krew, mierzyć ciśnienie czy inne parametry czy podawać insulinę albo karmić przez PEGA [przezskórna gastrostomia endoskopowa].

Ta ewolucja zawodu wskazuje na trend w kierunku zwiększania samodzielności i odpowiedzialności opiekunów medycznych.

Kolejną grupę zawodową zawodów przyszłości stanowią fizjoterapeuci. Wskazują na to między innymi następujące wypowiedzi:

Jeżeli chodzi o rehabilitację, to też dużo osób potrzebuje tego, ale też jest bardzo mało osób takich, co świadczą (...) dla człowieka starszego, niedołęznego.

Musimy czekać rok prawie czasu w kolejce na rehabilitację, więc to jest też nisza na rynku – osoby, które zajmowałyby się rehabilitacją osób starszych.

Na rehabilitantów to jest z pewnością niż.

Dodatkowo zapotrzebowanie na fizjoterapeutów będzie potęgować rosnąca liczba osób starszych zmagających się ze skutkami udarów. Jak zauważyła przedstawicielka tego zawodu, świadomość społeczeństwa w zakresie skuteczności fizjoterapii jest coraz większa:

Spółeczeństwo jest bardziej świadome, że fizjoterapia pomaga.

W obliczu utrudnionego dostępu do usług fizjoterapeutycznych (w szpitalach, placówkach opiekuńczych) wzrośnie popyt na usługi świadczone w warunkach domowych. Jak stwierdziła jedna z badanych osób:

Jest nisza na rynku na osoby, które zajmowałyby się rehabilitacją osób starszych.

Nisza ta bierze się między innymi z długiego oczekiwania na rehabilitację w szpitalach i placówkach medycznych. Już teraz fizjoterapeuci oprócz stałego miejsca zatrudnienia pracują dodatkowo, najczęściej na podstawie umowy zlecenia w spółkach, które świadczą usługi prywatnym domom opieki nie mającym na stałe zatrudnionego fizjoterapeuty, a także w prywatnych domach.

Jeden z respondentów wskazał na potrzebę powstania swoistych felczerów z opieki społecznej – osób, które będą w stanie samodzielnie rozpoznawać problemy i podejmować podstawowe interwencje medyczne.

Myślę, że będą potrzebne osoby, które będą w stanie same dojechać do osoby potrzebującej albo stacjonarnie przyjąć taką osobę, i myślę, że nie będą to lekarze, ponieważ będzie ich za mało i będą mieli zbyt dużo wymagań finansowych, a z drugiej strony będą to osoby, które będą musiały rozpoznać taki problem i starać się mu zaradzić.

Pojawiły się również wzmianki o potrzebie kształcenia koordynatorów opieki oraz asystentów osób starszych, którzy mogliby wspierać seniorów w codziennym funkcjonowaniu.

Respondenci podkreślali także znaczenie zawodów związanych z organizacją czasu wolnego i aktywizacją seniorów. Wymieniani byli animatorzy czasu wolnego, terapeuci kulturalno-oświatowi oraz osoby prowadzące zajęcia aktywizujące. Jak zauważyła jedna z badanych:

Ci ludzie też potrzebują jednak wyjścia z domu. Wyjścia z domu i w ogóle z drugim człowiekiem obcowanie, żeby ktoś z nimi porozmawiał, się zainteresował nimi.

Jeden z rozmówców skomentował zawody przyszłości następująco:

Generalnie myślę, że będą to takie zawody, które będą rozwinięciem tych zawodów, które mamy teraz w tej branży, z dodatkowymi uprawnieniami, zapewne również z wyższymi wykształceniami kierunkowymi. Nowe zawody w tej branży trudno jest mi sobie wyobrazić.

Przeprowadzone wywiady pogłębione umożliwiły także wskazanie kierunków rozwoju kwalifikacji i umiejętności związanych z zawodami przyszłości. Rozmówcy – nie tylko kadra zarządzająca, ale także przedstawiciele zawodów medycznych i opiekuńczych – zwracali uwagę na potrzebę dalszej edukacji i podnoszenia kwalifikacji:

Ja nie mówię tutaj o jakichś wybitnych szkołach, gdzie nauka potrwa kilka lat, ale o takich doszkalających kursach.

Jako przykład został podany prosty kurs udzielania pierwszej pomocy:

(...) żeby opiekun, podkreślę raz jeszcze, niekoniecznie medyczny, ale opiekun osoby starszej umiał odpowiednio udzielić pomocy.

Wskazywano także na potrzebę powtarzania kursu pierwszej pomocy nawet wśród osób, które już go odbyły:

Chyba najbardziej to ta pierwsza pomoc, którą trzeba ciągle powtarzać.

Pojawiły się też propozycje prostych kursów doszkalających na przykład z wiedzy o wybranej podstawowej jednostce chorobowej czy umiejętności zachowania się w sytuacji wystąpienia choćby udaru, zawału, aby jak najszybciej udzielić pomocy. Respondentka wskazała również optymalny czas trwania takich szkoleń:

Nie 2-letnie, nie 1,5-letnie, tylko, załóżmy, 3-miesięczne, ale w ramach wykonywanej pracy, że pracodawca jest w stanie oddelegować takiego pracownika, sukcesywnie go zamieniając z inną osobą. (...) Zastępujemy siebie nawzajem i sukcesywnie jedni kończą, następni zaczynają.

Pozwoli to zapobiec sytuacji,

(...) żeby nie było tak, że będziemy się szkolić, a nie będzie komu pracować.

To rozwiązanie jest szczególnie istotne w kontekście specyfiki pracy w placówkach opiekuńczych, gdzie często występują długie godziny pracy (od 7.00 do 19.00).

Respondenci wskazali również na znaczenie szkoleń specjalistycznych, takich jak opieka paliatywna, leczenie ran przewlekłych, profilaktyka przeciwoleżynowa czy podstawy psychologii osób starszych. Potrzebę szkolenia w zakresie właściwego postępowania z różnego rodzaju ranami sygnalizowała jedna z osób pracujących w prywatnym domu opieki, stwierdzając:

Na tych ranach naprawdę trzeba się znać. To nie jest wiek XX, gdzie leczyliśmy wodą utlenioną jedynie.

Wraz z rozwojem medycyny pojawiło się bardzo wiele nowych środków aseptycznych, z używania których należy się przeszkolić.

Istotnym aspektem jest także kwestia kształcenia w zakresie opieki nad osobami z konkretnymi schorzeniami, takimi jak demencja czy choroba Alzheimera. Respondenci podkreślali, że tego typu specjalistyczne kwalifikacje są coraz bardziej poszukiwane ze względu na rosnącą liczbę pacjentów z tymi schorzeniami. Zwracano także uwagę na potrzebę szkoleń

personelu z zakresu psychologii z uwagi na częsty kontakt pracowników ze śmiercią. Dodatkowo reprezentanci prywatnych placówek opiekuńczych wskazywali na zainteresowanie szkoleniami organizowanymi przez urzędy pracy czy też finansowanymi ze środków unijnych z zakresu organizowania czasu wolnego pacjentom oraz terapii zajęciowej.

Badani zwracali też uwagę na kwestię niedostatecznego przygotowania zawodowego nowych pracowników. Jak stwierdziła jedna z respondentek:

System powinien być troszkę zmieniony, że więcej zajęć praktycznych, praca z pacjentem, no i to odchodzenie pacjenta, radzenie sobie z jego śmiercią. Ludzie nie są przygotowani. Żadna szkoła tego nie uczy.

Wskazywano także na potrzebę dalszego kształcenia opiekunów zajmujących się seniorami:

Żeby były kursy doszkalające dla opiekunów medycznych, opiekunów osób starszych czy dla osób niepełnosprawnych.

Respondenci byli pytani o doświadczenia z innych krajów w kontekście zawodów, kwalifikacji i umiejętności przyszłości, przy czym nie wszyscy takie doświadczenia posiadali. Podzielili się nimi między innymi przedstawiciele zawodu opiekun medyczny, którzy pracowali za granicą. Powołując się na doświadczenia niemieckie, zwrócono uwagę na większą specjalizację i wyraźny podział obowiązków osób świadczących usługi opiekuńcze w środowisku:

Jak ktoś przychodzi do rehabilitacji, to tylko rehabilituje, jeśli tylko do posiedzenia z tą osobą, to tylko przy kawce. Jeżeli czynności higieniczne, np. opatrunki, pielęgniarstwo do opatrunków, to tylko do opatrunków.

Stanowi to wyraźny kontrast z sytuacją w Polsce, gdzie jak zauważyła respondentka:

U nas z doświadczenia i tak, jak się słyszy, jak chodzą nawet z MOPS-u panie z opieki, to przynoszą i drewno. Coś tam gotują, wykąpią, obetną paznokcie, wyjdą na spacer.

Badani wskazywali też na rozwiązania, które obowiązują w Skandynawii, a w szczególności w Szwecji. Tam opiekę nad seniorem koordynują tak zwane gminne rady, czyli jest ona realizowana w ramach polityki samorządowej opartej na rozbudowanej pomocy społecznej:

Tam pracownik socjalny to guru – ma wysoką pozycję, ma wysoką pensję, wysyła swoich pracowników do konkretnych domów, żeby to pracownik socjalny powiedział, gdzie jest potrzebna pomoc medyczna, bo udział usług opiekuńczych dominuje w zakresie realizowanej tam polityki społecznej.

Jedna z osób zarządzających prywatną placówką opiekuńczą podzieliła się swoimi obserwacjami z domów opieki z Norwegii. Stwierdziła jednoznacznie:

Bardzo duży tam jest nacisk na organizację czasu wolnego. My też zatrudniamy do terapii zajęciowej osoby. Tam jest bardzo to rozbudowane i myślę, że to jest bardzo dobre.

Dodatkowo wskazała na różnice w podejściu do opieki nad chorymi pensjonariuszami w Polsce i Norwegii:

Jeśli człowiek jest chory, to wyjeżdża do szpitala. U nas pacjent jest chory, to zostaje w domu opieki i tutaj jest prowadzone leczenie.

Osoby posiadające doświadczenia z innych krajów wskazywały na istnienie w innych krajach osób oddelegowanych wyłącznie do spędzania czasu z seniorami:

Są też panie wynajmowane, żeby tylko do towarzystwa dla osób starszych (...) żeby ten czas, ta osoba samotna miała z kim spędzić, żeby nie były takie osamotnione w tym domu.

Do głównego zakresu obowiązków takiej osoby należy wychodzenie na spacer z osobą starszą, czytanie jej książek, gazet, oglądanie telewizji, rozmowy oraz inne kulturalne aktywności.

6. Diagnoza zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności związane z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim – perspektywa instytucji edukacyjnych (badania jakościowe)

6.1. Charakterystyka respondentów

Wywiady metodą *individual in-depth interview* (IDI) przeprowadzono w październiku–listopadzie 2024 roku w 11 jednostkach edukacyjnych znajdujących się na terenie województwa podlaskiego: 4 uczelniach wyższych i 7 szkołach policealnych²⁵² kształcących w zawodach związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi, których odbiorcami są też osoby starsze. Badanie realizowano w podziale na podregiony: białostocki, łomżyński, suwalski, przy czym podmioty zlokalizowane w podregionie białostockim stanowią 63,6% badanej próby, łomżyńskim – 9,1%, zaś suwalskim – 27,3% (tabela 32).

Tabela 32. Struktura badanych podmiotów i zrealizowanych wywiadów pogłębionych (IDI) w podziale na podregiony

Podregiony	Uczelnie wyższe*	Szkoły policealne*	Łącznie*
białostocki	2 / 6	5 / 7	7 / 13
łomżyński	1 / 1	0 / 0	1 / 1
suwalski	1 / 1	2 / 2	3 / 3
Łącznie	4 / 8	7 / 9	11 / 17

* liczba placówek / liczba wywiadów

Źródło: opracowanie własne

Zrealizowano łącznie 17 wywiadów w 11 placówkach kształcących w zawodach związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi. Największą liczbę wywiadów (76,5%) przeprowadzono w placówkach podregionu białostockiego z uwagi na lokalizację większości jednostek edukacyjnych, w tym najważniejszych uczelni medycznych, w tej części województwa podlaskiego. Ponadto zrealizowano 17,6% wywiadów w podregionie suwalskim oraz 5,9% w podregionie łomżyńskim. Szczegółowe dane dotyczące podmiotów, w których zrealizowano badanie, oraz liczby tych wywiadów w podziale na podregiony przedstawiają tabela 33, tabela 34 i tabela 35.

Oferta kształcenia związana ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych jest zróżnicowana. Badane uczelnie wyższe oferują przede wszystkim kształcenie w zawodach medycznych. Wszystkie 4 badane uczelnie wyższe kształcą na kierunku pielęgniarstwo, 3 z nich prowadzi fizjoterapię, jeden badany podmiot oferuje kierunek lekarski i zdrowie publiczne. 2 uczelnie w swojej ofercie mają pracę socjalną (Uniwersytet w Białymstoku i Akademia

²⁵² Jedna szkoła policealna w ramach uczestnictwa w badaniu udzieliła pisemnych odpowiedzi na pytania przekazane w scenariuszu wywiadu, przesyłając je drogą e-mailową.

Łomżyńska), jednakże w wywiadach pominięto ten kierunek ze względu na niewielkie zainteresowanie. Oferta edukacyjna badanych szkół policealnych dotyczy zarówno kierunków kształcących w zawodach medycznych, jak i opiekuńczych. Przeważa jednak ta pierwsza, to jest przygotowująca do zawodu opiekuna medycznego i terapeuty zajęciowego. Kierunek opiekun medyczny jest realizowany we wszystkich badanych szkołach policealnych, a kierunek terapeuta zajęciowy – w 6 szkołach. Część badanych szkół ma też w swojej ofercie kierunki kształcące w zawodach opiekuńczych, ale z uwagi na brak kandydatów nie były one uruchomione i nie podlegały badaniu.

Tabela 33. Instytucje edukacyjne objęte badaniami w podregionie białostockim

Instytucja edukacyjne	Kierunki kształcenia – oferta edukacyjna	Charakterystyka respondentów	Liczba wywiadów
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	lekarski, pielęgniarstwo, fizjoterapia, zdrowie publiczne	przedstawiciele wydziałowej komisji programowej: fizjoterapia, pielęgniarstwo, zdrowie publiczne przedstawiciele władz dziekańskich: lekarski	5
Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku	pielęgniarstwo, fizjoterapia	przedstawiciele władz dziekańskich (diada)	1
Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych – Szkoła Policealna Województwa Podlaskiego w Białymstoku	opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa	wicedyrektor i kierownik praktycznej nauki zawodu – opiekun medyczny (diada) wicedyrektor i kierownik praktycznej nauki zawodu – terapia zajęciowa (diada)	2
Akademia Sukcesu, Oddział Białystok	opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, opiekun osoby starszej, opiekun osób starszych i niepełnosprawnych	dyrekcja szkoły	1
TEB Edukacja Sp. z o.o. w Białymstoku	opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, asystent osoby niepełnosprawnej	nauczyciel praktycznej nauki zawodu – opiekun medyczny nauczyciel praktycznej nauki zawodu, fizjoterapeuta – terapia zajęciowa	2
Akademicka Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku	opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy	dyrekcja szkoły	1
EDUCENTRUM Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku	opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy	dyrekcja szkoły	1

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 34. Instytucje edukacyjne objęte badaniami w podregionie łomżyńskim

Instytucja edukacyjne	Kierunki kształcenia – oferta edukacyjna	Charakterystyka respondentów	Liczba wywiadów
Akademia Łomżyńska	pielęgniarstwo, fizjoterapia, praca socjalna	• przedstawiciel władz dziekańskich	1

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 35. Instytucje edukacyjne objęte badaniami w podregionie suwalskim

Instytucja edukacyjne	Kierunki kształcenia – oferta edukacyjna	Charakterystyka respondentów	Liczba wywiadów
Państwowa Uczelnia Zawodowa imienia Profesora Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach	pielęgniarstwo	<ul style="list-style-type: none"> • przedstawiciele władz dziekańskich (diada) 	1
Szkoła Policealna „Akademia Sukcesu” w Suwałkach	opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, opiekun osoby starszej, opiekun osób starszych i niepełnosprawnych, opiekun w domu pomocy społecznej	<ul style="list-style-type: none"> • dyrekcja szkoły 	1
Centrum Nauki i Biznesu „Żak” Sp. z o.o., Oddział w Suwałkach	opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekunka środowiskowa	<ul style="list-style-type: none"> • dyrekcja szkoły 	1

Źródło: opracowanie własne.

Ostatecznie przeprowadzone wywiady dotyczyły następujących kierunków kształcenia: opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, fizjoterapia, zdrowie publiczne, pielęgniarstwo, lekarski. Wywiady były przeprowadzane z osobami odpowiedzialnymi za jakość kształcenia na wyżej wymienionych kierunkach w danej jednostce. W 2 szkołach wyższych w jednym wywiadzie uczestniczyło po 2 przedstawiciele danej uczelni (były to wywiady w formie tzw. diady). W przypadku jednej z nich odpowiedzi jednocześnie były różnicowane dla kierunku pielęgniarstwo i fizjoterapia. Na drugiej uczelni przedmiotem wywiadu był tylko jeden kierunek posiadany w ofercie – pielęgniarstwo. Na największej w regionie uczelni wyższej – Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku – przeprowadzono najwięcej wywiadów: 2 dla kierunku lekarskiego i po jednym dla pozostałych, czyli pielęgniarstwa, fizjoterapii i zdrowia publicznego. W 2 szkołach policealnych przeprowadzono po 2 wywiady z różnymi przedstawicielami oferowanych w szkole kierunków, w tym w jednej z nich 2 diady. W pozostałych rozmawiano z jednym przedstawicielem badanej placówki, a odpowiedzi były różnicowane dla opiekuna medycznego i terapeuty zajęciowego. Łącznie przeprowadzono 17 wywiadów IDI.

Głównym celem badania była diagnoza i ocena zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi skierowanymi do osób starszych od strony podaźowej, to jest instytucji zorientowanych na kształcenie w zawodach związanych z opieką medyczną i opiekuńczą. Zastosowanie IDI polegało na poznaniu indywidualnych opinii, postaw, doświadczeń i potrzeb w badanym zakresie.

6.2. Ocena kształcenia na kierunkach, związanych ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym

Oceniając zainteresowanie oferowanymi przez badane szkoły policealne kierunkami, należy stwierdzić, że jest ono różne – zależnie od kierunku kształcenia. Jak podkreślali przedstawiciele tych szkół, jest duże zainteresowanie kierunkami, które kształcą w zawodach medycznych. Wszyscy wskazywali, że nie mają tu problemu z wypełnieniem limitu miejsc. Jak stwierdził jeden z respondentów:

Jest duże zainteresowanie. Od momentu zmiany podstawy programowej, gdzie doszło do rozszerzenia uprawnień na opiekunie medycznym (...), jest bardzo duże zainteresowanie. Dużo słuchaczy przychodzi praktycznie na każdym semestrze co pół roku. W semestrze co pół roku mamy nabór na pełne klasy.

Znaczenie zmiany podstawy programowej i zwiększenia uprawnień opiekuna medycznego oraz możliwości znalezienia pracy w różnych placówkach po ukończeniu kształcenia na tym kierunku podkreślali też inni rozmówcy. Według jednego z nich:

Opiekun medyczny to jest kierunek, po którym można pracować w szpitalu i w domach opieki, w hospicjach i malutkich, przydomowych takich. Kiedyś były bardzo zawężone właśnie tylko do opiekuna osób starszych, tylko do opiekuna osób niepełnosprawnych czy asystenta osoby niepełnosprawnej, natomiast opiekun medyczny może wykonywać wszystkie te zawody. I był też taki zawód jak opiekun w domu pomocy społecznej, 2-letni. Ale on mógł pracować tylko w domu pomocy społecznej i już jak ktoś chciał opiekę domową sprawować albo wyjechać, to już nie mógł. Natomiast opiekun medyczny i ładnie się nazywa, i wszystko może.

Podobnie sytuacja wygląda w przypadku terapeuty zajęciowego. Jak wskazywali respondenci:

Od paru lat obserwujemy zwiększone zainteresowanie tym kierunkiem kształcenia.

Deklarowali też, że liczba oferowanych miejsc była wystarczająca. Co ciekawe, jak zauważyła jedna z przedstawicielek szkoły policealnej, nabór i uruchomienie danego kierunku zależy głównie od odpowiedniej promocji,

(...) reklamy, marketingu. Nic innego.

Znacznie gorzej przedstawia się sytuacja na kierunkach kształcących w zawodach opiekuńczych. Na kierunki bezpośrednio związane z usługami dla osób starszych, to jest opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekun osób starszych i niepełnosprawnych (inaczej asystent osoby niepełnosprawnej), nie ma wystarczającego zainteresowania i dlatego nie były one uruchamiane. Wynikało to, jak zostało wcześniej podkreślone, z włączenia opiekuna medycznego i terapeuty zajęciowego do grupy zawodów medycznych. Jak podkreślali przedstawiciele szkół, które w swojej ofercie mają takie kierunki, do pracy z osobą starszą uprawnia także ukończenie kierunku opiekun medyczny. Ponadto po kierunku opiekun medyczny są szersze możliwości pracy w różnych placówkach medycznych i opiekuńczych. Zatem opiekun medyczny jest bardziej uniwersalnym kierunkiem i dlatego chętniej wybierany przez kandydatów.

Podobnie sytuacja wygląda na uczelniach wyższych. W przypadku zawodów związanych z opieką społeczną sytuacja przedstawia się znacznie gorzej. Kierunek praca socjalna w swojej ofercie mają wyłącznie dwie uczelnie wyższe w województwie podlaskim, to jest Uniwersytet w Białymstoku i Akademia Łomżyńska. Uniwersytet w Białymstoku realizuje aktualnie kształcenie na tym kierunku, jednak zainteresowanie nim jest bardzo słabe. W przypadku drugiej ze wskazanych uczelni kierunek ten nie jest uruchamiany od 2 lat z powodu niedostatecznej liczby chętnych.

Uczelnie wyższe nie mają natomiast problemu z naborem na kierunki medyczne. Kierunek lekarski cieszy się niestąbną popularnością. Jak zaznaczył jeden z rozmówców:

Liczba kandydatów na jedno miejsce to jest kilkanaście osób, więc tutaj nie mamy kłopotu. Z czego to wynika? Z tego, że praca po ukończeniu studiów jest w zasadzie gwarantowana. I to w każdym obszarze zainteresowań naszych studentów.

Ponadto wśród przestąnek związanych z wyborem studiów lekarskich jeden z respondentów wskazał:

Kierunek lekarski mimo wszystko zapewnia nie najgorszą płacę. Oczywiście tu trzeba zawsze zaznaczyć, że ta nienajgorsza płaca raczej nie wynika z jednego etatu, tylko z kilku etatów.

Jest także bardzo duże zainteresowanie studiowaniem na kierunku pielęgniarstwo oraz fizjoterapia i rośnie liczba kształcących się w tych zawodach. Szczególnie dużą liczbą chętnych na jedno miejsce może pochwalić się Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Badany przedstawiciel kierunku rehabilitacja stwierdził:

W zeszłym roku to było w ogóle siedem osób na miejsce.

Duże zainteresowanie podkreślała też uczestniczka badania z kierunku pielęgniarstwo:

Jeżeli chodzi o zainteresowanie kierunkiem pielęgniarstwa, uważam, że jest coraz większe w całej Polsce, bo obserwuje się wzrost liczby studentów, również i na naszym Uniwersytecie. Zaczynaliśmy wiele lat temu od 60 studentów, w chwili obecnej mamy około 140, co widzimy, że prawie potraja liczbę studentów.

W przypadku kierunku pielęgniarstwo jedna z respondentek podkreśliła też:

Wydaje mi się, że jest to jedyny zawód tak naprawdę, który daje największe możliwości wyboru pracy. Bo kończąc pielęgniarstwo, mamy możliwość pracy w różnych dziedzinach medycyny. Począwszy od pediatrii, przez oddziały internistyczne, zabiegowe, psychiatryczne, oddziały SOR. Co pokazuje, że każdy absolwent, który kończy uczelnię, ma możliwość jakby dostosowania do swoich zainteresowań kierunków medycznych dotyczących pielęgniarstwa.

W przypadku kierunku fizjoterapia przedstawicielka tego kierunku podkreśliła, iż zwiększone zainteresowanie studiowaniem fizjoterapii wynika z tego, że:

Zawód troszeczkę zdobył więcej renomy w przeciągu ostatnich, myślę, 10–20 lat (...) przebiliśmy się w systemie zdrowia, że można się do nas skierować. Pierwsze kroki wcale nie muszą być skierowane bezpośrednio do lekarza czy do innych służb. Ale możemy być to właśnie my. Trochę tak wkradliśmy się w ten system. Musieliśmy, nie ukrywam, trochę walczyć o to. Myślę, że to powstała no chociażby całkiem dawno i niedawno, bo w 2017 roku, ustawa o nas, gdzie zostaliśmy wpisani już w sposób taki bardzo jasny i klarowny, jakie mamy prawa, jakie mamy obowiązki.

Ponadto dodała:

Jeżeli chodzi o fizjoterapeutów, stąd chociażby liczba chętnych, że ten rynek pracy jeszcze się nie wysycił, czyli jeszcze fizjoterapeuci są potrzebni, są też zatrudnione osoby przez placówki, które jeszcze parę lat temu w ogóle nie miały tego gdzieś tam z tyłu głowy nawet.

Rozmówcy zwracali uwagę, że:

Zainteresowanie (...) to nie jest efekt starzenia się społeczeństwa. (...) Efekt jest związany z uposażeniem i płacą. Te zawody zaczynają być wpisywane na listy płacowe według grup zaszerogowania, odpowiednio z wykształceniem. (...) Przede wszystkim jest to zauważalne na kierunku pielęgniarstwo.

Podczas rozmów wyłynął też wątek, iż trudno jest osiągnąć te najwyższe stawki, gdyż:

Należy spełnić te wszystkie pozostałe kryteria, a młodzież widzi stawkę i nie patrzy na kryteria.

Rosnące zainteresowanie jest także na kierunku zdrowie publiczne. Jak stwierdził jeden z rozmówców:

Po dwóch latach akademickich obserwuję wzrost zainteresowania do rekrutowania się na studia pierwszego i drugiego stopnia w zakresie zdrowia publicznego po obserwowanym kilkuletnim spadku tego zainteresowania. Wzrost zainteresowania tym kierunkiem (...) jest wynikiem według mnie całkowitej zmiany programu studiów, planu studiów i przemodelowaniu metod dydaktycznych w całym cyklu.

Wzrost zainteresowania prawdopodobnie jest spowodowany tym, że Uniwersytet Medyczny w Białymstoku jako jedyna uczelnia w Polsce prowadzi bezpłatne stacjonarne studia w dużej części w formule on-line²⁵³. Szczęólnego zainteresowania tym kierunkiem można upatrywać także w uwarunkowaniach społecznych, rosnącymi zagrożeniami różnymi chorobami cywilizacyjnymi czy też zakaźnymi (pandemie).

Liczba miejsc na kierunku pielęgniarstwo, fizjoterapia czy zdrowie publiczne nie wynika z limitów ustalanych centralnie na poziomie Ministerstwa Zdrowia, a jedynie z potrzeb rynku pracy, zainteresowania przyszłych studentów oraz możliwości lokalowych i kadry dydaktycznej na uczelniach. Jak pokazują statystyki dotyczące liczby osób na jedno miejsce, jest to liczba niewystarczająca.

Przedstawiciele badanych szkół policealnych zwracali uwagę na to, że zainteresowanie zależy także od wieku słuchaczy. Na przykład na opiekuna medycznego i terapeutę zajęciowego przychodzą kształcić się dwie grupy osób z odmiennych powodów:

Starsi idą, bo pracodawca wymaga, a młodszy czasem nie mają co ze sobą zrobić i idą, żeby przeczekać.

Występuje zróżnicowanie wiekowe, z przewagą osób dorosłych 30+, które często podejmują naukę w ramach przekwalifikowania zawodowego. Dostrzegane jest to też na uczelniach wyższych. Jeden z przedstawicieli stwierdził:

Głównie też widzimy trend w szczególności na kierunku pielęgniarstwo, że mamy dużo studentów z wykształceniem wyższym innym. To znaczy ci, którzy na chwilę obecną mają swoje zawody już wyuczone, pracują w tych zawodach, aczkolwiek w ramach właśnie przekwalifikowania się, co też głośno tym mówią, że to jest związane w dużej mierze też z płacami i miejscem pracy, możliwościami, bo kolejny punkt to w pielęgniarstwie na pewno to, że jest zapotrzebowanie rynku. Rynek jest jeszcze cały czas niewysyciony, więc wchłania wszystkich studentów. W związku z tym to też jest kolejny punkt taki, dlaczego ten kierunek cieszy się dużym zainteresowaniem.

Można też zauważyć pewien trend, że mężczyźni (choć wciąż mniejszość) coraz częściej wybierają kierunki związane z opieką medyczną, głównie z powodów osobistych, takich jak opieka nad bliskimi. Jako czynnik hamujący ewentualne zwiększenie liczby miejsc badane placówki wskazywały ograniczenia infrastrukturalne, takie jak dostępność odpowiednich sal i wyposażenia.

²⁵³ https://www.umb.edu.pl/wnoz/zdrowie_publiczne/o_kierunku (dostęp: 31.12.2024).

Reasumując, na podstawie przeprowadzonych wywiadów można zaobserwować większe zainteresowanie kierunkami medycznymi niż opiekuńczymi. Wśród przyczyn należy wskazać:

- zapotrzebowanie zgłaszane przez rynek, w szczególności wciąż na zawody medyczne, to jest lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta;
- zmiany podstawy programowej w przypadku kształcenia w zakresie opiekunów medycznych (rozszerzenie ich uprawnień o pewne zabiegi medyczne, np. podawanie leków, pobieranie materiału do badań) oraz na kierunku zdrowie publiczne;
- wzrost wynagrodzeń w zawodach medycznych (opiekun medyczny, pielęgniarstwo, fizjoterapia) oraz możliwości zatrudnienia po ukończeniu edukacji;
- zwiększenie zapotrzebowania na opiekunów medycznych i możliwość zatrudnienia ich w domach opieki, w szpitalach, w tym wzrost liczby osób starszych i większe zapotrzebowanie na opiekę nad nimi (w zakresie opiekuna medycznego kształci się duża część osób w średnim wieku, którzy z jednej strony chcą się przekwalifikować, a z drugiej są to często osoby, które w domu same sprawują opiekę nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i chcą się doszkolić).

Respondenci oceniali także, w jakim zakresie realizowany program kształcenia, dostarcza wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, koniecznych od wykonywania zawodu, w którym kształci kierunek. Poproszono też przedstawicieli jednostek edukacyjnych o ocenę przydatności (według skali: 1 – niewystarczająco, 2 – raczej niewystarczająco, 3 – ani wystarczająco, ani nie wystarczająco, 4 – raczej wystarczająco, 5 – zdecydowanie wystarczająco) następującego zestawu:

1. wiedza teoretyczna,
2. umiejętności praktyczne,
3. umiejętności pracy z pacjentem/klientem,
4. umiejętność uczenia się,
5. umiejętność zarządzania czasem,
6. umiejętność pracy w zespole,
7. umiejętność rozwiązywania konfliktów,
8. umiejętność radzenia sobie z krytyką,
9. skuteczność komunikacji (np. słuchania, udzielania informacji zwrotnej),
10. umiejętność pracy pod presją,
11. umiejętność motywowania,
12. umiejętność dostosowywania się do warunków, sytuacji i wymagań w środowisku pracy,
13. umiejętność radzenia sobie z emocjami.

Na podstawie zgromadzonych odpowiedzi można stwierdzić, że w większości zarówno przedstawiciele badanych szkół wyższych, jak i policealnych oceniają programy kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych w kontekście wykonywania zawodu, w jakim kształci kierunek, jako „raczej wystarczające” lub „zdecydowanie wystarczające”. Najwięcej odpowiedzi we wszystkich badanych cechach udzielono na poziomie 4 – raczej wystarczająco. Tylko w jednym przypadku – szkoły policealnej – większość badanych cech została oceniona jako „niewystarczające”, ale badana osoba wskazała, że jest to

ocena „programów narzuconych przez ministerstwo”. Te negatywne odpowiedzi dotyczyły w szczególności cech wyszczególnionych w pozycjach od 3 do 11 i w pozycji 13.

Większość odpowiedzi wskazuje, że programy dostarczają w wystarczającym stopniu wiedzy teoretycznej oraz umiejętności praktycznych. Ciekawe było spostrzeżenie przedstawicielki kierunku pielęgniarstwo w kwestii kształcenia praktycznego przyszłych absolwentów tego kierunku:

Chyba COVID był największym takim przetłem właśnie w kształceniu w centrach symulacji medycznej. Wydawało się zawsze, że największym, najlepszym miejscem do kształcenia jest szpital (...) żeby wejść do warunków rzeczywistych, niezbędne jest przygotowanie w warunkach pracowni umiejętności pielęgniarstkich. (...) Natomiast kiedy weszły te symulacje, to dało możliwość większego przygotowania studenta do tych warunków rzeczywistych (...) COVID bardziej skłonił nas do tego, żeby jednak bardziej wykorzystać tę symulację medyczną w przygotowaniu studenta do realnych sytuacji w pracy później i w przyszłości. (...) Poza tym to mamy możliwość powtórzenia kilkakrotnie tej samej sytuacji, nie męcząc pacjenta.

Reasumując, na podstawie wypowiedzi przedstawicieli badanych kierunków można założyć, że instytucje edukacyjne realizują odpowiednie programy, które są dobrze dopasowane do potrzeb rynkowych w kontekście kształcenia zawodowego w obszarze usług medycznych i opiekuńczych. Pojawiały się jednak opinie ze strony respondentów z uczelni wyższych, że czasem programy studiów są zbyt mocno nastawione na teorię. Na przykład na kierunku lekarskim jeden z respondentów stwierdził:

Wiedzy teoretycznej na pewno mamy dużo, w moim odczuciu za dużo, a praktycznej na pewno mamy za mało, bo cały czas jest cały program na upraktycznienie, żeby było więcej praktyczności.

Natomiast na kierunku fizjoterapia jedna z respondentek podkreśliła, że:

Standard, który wszedł w 2019 roku bardzo dużo nam pozwolił na taką modyfikację, że ten program rzeczywiście nam narzucono, że tych zajęć praktycznych wręcz może być więcej, a wręcz musi.

W przypadku uczelni medycznej na kierunku fizjoterapia:

(...) zajęcia praktyczne odbywają się w grupach dwunastoosobowych, a część tych zajęć udało się wywalczyć, że tam, gdzie idziemy bezpośrednio do łóżka pacjenta, a nie, że studenci ćwiczą na sobie, odbywa się w grupach sześćosobowych.

Kompetencje, takie jak umiejętność pracy z pacjentem/klientem, umiejętność pracy w zespole, rozwiązywania konfliktów, skuteczność komunikacji, motywowanie czy radzenie sobie z emocjami, również zostały ocenione głównie liczbą punktów 4 lub 5.

Ogólnie jednak na podstawie uzyskanych odpowiedzi można ocenić, że programy kształcenia kładą duży nacisk na przygotowanie uczących się do pracy w zróżnicowanych i często stresujących warunkach środowiska. Jak zauważono w jednej ze szkół policealnych:

Te wszystkie umiejętności są kształtowane właśnie w takim dużym zakresie, gdzie, jeżeli tylko słuchacz chce, to jest wyposażony w wiedzę i umiejętności. Program jest dostosowany, rozbudowany o te wszystkie umiejętności, zarówno wykłady teoretyczne, jak i zajęcia praktyczne, i zajęcia w placówkach medycznych też.

Umiejętności zarządzania czasem, uczenia się oraz radzenia sobie z krytyką w opinii większości badanych trudno jest ocenić. Jedna z respondentek na uczelni wyższej stwierdziła:

Umiejętność zarządzanie czasem? Z tym mają problem. Trudno powiedzieć. Jednym wychodzi to świetnie, drugim nie. Czy umieją ograniczać się czasowo do procedur na przykład, żeby im głośno i wyraźnie powiedzieć, że czasami muszą umieć to zrobić i powiedzieć „nie”. Oni albo się oddają w stu procentach i wtedy jeden pacjent będzie chciał im zająć dwie godziny albo trzy, nie umieją wybierać procedur, z tym może mają problem, które mają zastosować w danym momencie. Fizjoterapia to jeszcze w oczach fizjoterapeutów takich (mówię o trzecim roku, czwarty już mniej, ale jeszcze też)... że jak idą do pacjenta, to z tej fizjoterapii chcą zrobić wszystko.

Wskazuje to na możliwość poprawy w tych obszarach, aby lepiej przygotować studentów i słuchaczy do rzeczywistych wyzwań zawodowych. Na przykład w trakcie wywiadów zwracano uwagę, że w przypadku umiejętności radzenia sobie z krytyką są różne efekty uczenia się w zależności od wieku słuchaczy. Zdecydowanie znacznie łatwiej kształtowanie tych umiejętności odbywa się w przypadku słuchaczy w średnim wieku, to jest takich, którzy zmieniają zawód albo którzy kształcili się w latach dziewięćdziesiątych, niż u słuchaczy młodszych. Młodzi ludzie, wchodzący dopiero na rynek pracy, nie radzą sobie z krytyką. Jak podkreśla jeden z respondentów:

To osoby starsze, które zmieniają zawód albo kształciły się w latach dziewięćdziesiątych, to tak – przyjmują tę krytykę, one są nauczone. Ale młodzież od razu po szkole średniej, 19–20-latkowie, to tak niekoniecznie. I tutaj jeszcze trzeba umiejętnie nauczyć ich przyjmować tę krytykę.

Należy dodać, że w jednej z badanych szkół policealnych zwrócono uwagę, że w programach nauczania nie ma efektów kształcenia takich umiejętności jak na przykład motywowanie, zarządzanie czasem, umiejętność uczenia się czy rozwiązywania konfliktów. Są one:

(...) trudne do oceny i rozwijania w ramach programu kształcenia.

Jednak podkreślono, takie postawy są kształtowane albo w toku realizacji określonych zajęć, albo słuchacze nabywają je ogólnie poprzez naukę.

Ponadto można wyszczególnić, że w niektórych badanych szkołach wyższych na kierunku pielęgniarstwo i fizjoterapia najslabiej, bo na poziomie 2 – raczej niewystarczająco, oceniono „umiejętność rozwiązywania konfliktów”, „umiejętność radzenia sobie z krytyką” i „umiejętność pracy pod presją”. Z kolei na poziomie 3 – ani wystarczająco, ani niewystarczająco oceniono „umiejętność motywowania”, „umiejętność radzenia sobie z emocjami”, „skuteczność komunikacji”, „umiejętność uczenia się” i „umiejętność zarządzania czasem”. Zwrócono tu także uwagę na potrzebę zwiększenia liczby godzin nauczania praktycznego w uczelniach o profilu praktycznym.

Podsumowując, należy stwierdzić, że programy edukacyjne w obszarze usług medycznych i opiekuńczych są dobrze dostosowane do potrzeb rynkowych pod względem wiedzy teoretycznej, ale zdecydowanie postuluje się więcej zajęć praktycznych. Uczelnie i szkoły policealne raczej wystarczająco przygotowują swoich absolwentów do pracy. Istnieje jednak potrzeba dalszego rozwoju kompetencji związanych z zarządzaniem czasem, motywowaniem, radzeniem sobie z krytyką oraz skutecznością komunikacji. Szkoły i uczelnie powinny zwrócić

szczególną uwagę na te aspekty w swoich programach, zwłaszcza w kontekście wyzwań zawodowych, które mogą wystąpić podczas opiekowania się osobami starszymi.

Przedstawiciele badanych jednostek edukacyjnych poproszono też o ocenę przydatności kompetencji miękkich i cech osobowości. Poproszono też o ocenę (w skali: 1 – zdecydowanie nieprzydatna, 2 – raczej nieprzydatna, 3 – ani przydatna, ani nieprzydatna, 4 – raczej przydatna, 5 – zdecydowanie przydatna) następującego zestawu:

- wyszczególnienie,
- dojrzałość emocjonalna,
- odporność na stres,
- umiejętność pokonywania przeszkód i ograniczeń,
- asertywność i odwaga,
- umiejętność nawiązywania kontaktu z ludźmi,
- komunikatywność i otwartość na dialog,
- wrażliwość i empatia,
- tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób,
- odpowiedzialność zdyscyplinowanie i systematyczność,
- podzielność i zdolność koncentracji uwagi,
- zaradność i samodzielność działania,
- umiejętność przystosowania się do zmieniającej się sytuacji,
- zachowanie odpowiednich standardów etycznych,
- potrzeba ciągłego doksztalcania się i aktualizowania wiedzy,
- inne (jakie?).

Wyniki pokazują, że wszystkie wskazane kompetencje i cechy osobowości są oceniane na ogół pozytywnie, z dominującymi odpowiedziami w skali 4 i 5 (czyli „raczej przydatna” i „zdecydowanie przydatna”) na wszystkich badanych kierunkach studiów.

W uzyskanych odpowiedziach można zwrócić uwagę na kierunek fizjoterapia, w przypadku którego respondentka wskazała na potrzebę ciągłego doksztalcania po ukończeniu studiów i aktualizowania wiedzy oraz konieczność powiązania tego z odpowiedzialnością, zdyscyplinowaniem i systematycznością. Natomiast przedstawicielka kierunku pielęgniarstwo stwierdziła:

Musimy pracować zgodnie (...) z etyką zawodową, zgodnie z najbardziej aktualną wiedzą medyczną, czyli *evidence-based medicine*, to jest *evidence-based nurse*. (...) ja za każdym razem to podkreślam studentom. Ponieważ wszystko się zmienia, medycyna się zmienia w takim tempie, że nie ma innej możliwości. (...) Najbardziej nam chodzi o to, żeby ludzie wyrobili w sobie takie potrzeby ciągłego kształcenia się.

Większość odpowiedzi wskazuje na wysoką przydatność cech takich jak dojrzałość emocjonalna, wrażliwość i empatia, asertywność oraz umiejętność pracy z ludźmi. Jedna z respondentek podkreśliła:

Dojrzałość emocjonalna jest chyba podstawą w ogóle zawodu pielęgniarki.

To odzwierciedla specyficzne wymagania zawodów medycznych i opiekuńczych, gdzie kontakt z pacjentami, ich rodzinami oraz kolegami z pracy wymaga empatii, otwartości i zdolności do skutecznej komunikacji.

Dodatkowo przedstawiciele badanych jednostek wskazywali na inne aspekty, które powinny być wzmacniane, wprowadzane w programach kształcenia jako ważne dla wykonywania pracy w danym zawodzie, jak:

- umiejętność radzenia sobie ze stresem (jak wskazał jeden z rozmówców: „niska odporność na stres, a umiejętność radzenia sobie ze stresem” – to wskazywano dla kierunku pielęgniarstwo i fizjoterapia);
- pomysłowość, kreatywność, dostosowanie się do różnych sytuacji (w przypadku terapeuty zajęciowego);
- umiejętności manualne (również w przypadku terapeuty zajęciowego);
- kondycja psychiczna słuchacza (chodzi o obecny stan psychiczny, wskazywany w przypadku opiekuna medycznego i terapeuty zajęciowego);
- umiejętność rozmowy o stanach terminalnych z rodziną, przekazywania złych informacji (wskazywano w przypadku pielęgniarstwa. Zauważano, że takich informacji nawet lekarz nie potrafi odpowiednio przekazać).

Podsumowując, można zauważyć, że zdecydowana większość odpowiedzi wskazuje, iż w pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych kluczowe są umiejętności miękkie, takie jak empatia, komunikatywność i dojrzałość emocjonalna. To sugeruje, że programy edukacyjne powinny kłaść duży nacisk na ich rozwój. Ponadto należy zwrócić uwagę na rozwijanie wśród uczniów zdolności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, stresem oraz wzmocnienie zaradności i samodzielności, co jest niezbędne w pracy w warunkach opieki nad osobami starszymi.

6.3. Poziom dostosowania programów kształcenia w zawodach medycznych i opiekuńczych do świadczenia usług osobom starszym

W wywiadzie IDI badano także, czy w ramach istniejącego kierunku kształcenia istnieją moduły (specjalizacje) ukierunkowane na przygotowanie do świadczenia usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym. W przypadku kierunków w szkołach policealnych (opiekun medyczny i terapeuta zajęciowy) w żadnej z nich nie wykazano takich modułów czy specjalizacji. Podkreślono jednak, że w ramach realizowanego programu kształcenia są realizowane treści dotyczące osób starszych jako część określonych ogólnych zajęć, na przykład w ramach takich przedmiotów, jak: anatomia, fizjologia, patologia, podstawy fizjoterapii, pracownia fizjoterapii, rozpoznawanie problemów opiekuńczych i medycznych w opiece nad osobą chorą i niesamodzielną, aktywizacja z elementami gimnastyki osiowo-symetrycznej, wykonywanie wybranych czynności z zakresu opieki medycznej, patofizjologia, planowanie terapii zajęciowej. W jednym przypadku, szkoły policealnej kształcącej na kierunku opiekun medyczny, wskazano przedmiot dedykowany w szczególności świadczeniu usług osobom starszym, to jest planowanie, organizowanie i wykonywanie czynności opiekuńczych dla osoby chorej niesamodzielnej z uwzględnieniem opieki nad osobą z demencją. Wszyscy respondenci podkreślali, że w przypadku wielu przedmiotów są moduły podzielone na kategorie wiekowe pacjentów, w tym są realizowane treści dotyczące wsparcia osób starszych. Pokazuje to,

że w obszarze usług medycznych i opiekuńczych istnieje próba integrowania treści dotyczących osób starszych z bardziej ogólnymi przedmiotami. Jeden z rozmówców, odnosząc się do zawodu terapeuty zajęciowy, podkreślił:

Tu akurat nie jest ważny wiek osób, do których później jest kierowana terapia, a bardziej sprawność i fizyczna, i intelektualna tej osoby.

Podobnego zdania był inny respondent, który stwierdził:

Przygotowanie takiej terapii dla osoby starszej od terapii dla innych grup wiekowych różni się. Jeżeli senior jest aktywny, sprawny intelektualnie, to zupełnie inaczej przygotowuje się tego typu zajęcia. Jeżeli jest to osoba demencyjna, na przykład z chorobą Alzheimera, to praktycznie metody podobne jak do osób z niepełnosprawnością intelektualną. (...) Bo wiek nie jest wyznacznikiem doboru terapii, tylko stan intelektualny, umysłowy, sprawność fizyczna tej osoby.

Podczas wywiadów przedstawiciele szkół kształcących na kierunkach opiekun medyczny i terapeuta zajęciowy stwierdzili, że co prawda nie są one dedykowane bezpośrednio osobom starszym, to jednak są dla nich ważne. Są to kierunki uniwersalne,

(...) bardzo potrzebne dla osób starszych, które są obciążone wieloma chorobami. To nie są tylko pacjenci geriatryczni, bo pacjent geriatryczny będzie też pacjentem neurologicznym, onkologicznym, kardiologicznym, ortopedycznym, reumatologicznym itd., itd., więc jak najbardziej te kierunki są bardzo, bardzo, bardzo ważne.

Badani respondenci podkreślali też, że pewne braki w kształceniu teoretycznym w zakresie opieki nad osobami starszymi są uzupełniane praktykami. Ponadto badani zwracali uwagę, że słuchacze w szkołach policealnych

(...) bardzo często mają praktyki w domach opieki społecznej, a tam są osoby starsze.

W przypadku uczelni wyższych zarówno na kierunku lekarskim, pielęgniarstwie, jak i fizjoterapii istnieją przedmioty geriatryczne, na przykład: geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne, opieka długoterminowa i pielęgniarstwo w opiece długoterminowej, podstawy kliniczne w geriatryce, fizjoterapia kliniczna w geriatryce. Należy jednak podkreślić, że podczas kształcenia na tych kierunkach obowiązuje standard regulowany rozporządzeniem²⁵⁴. Ponadto dalsze kształcenie w przypadku wybrania specjalizacji odbywa się po zakończeniu cyklu kształcenia na studiach wyższych, a uczelnia nie ma bezpośredniego wpływu na wybór specjalizacji przez studentów. Podczas przeprowadzanych wywiadów jeden z respondentów odniósł się do kwestii pacjenta geriatrycznego, stwierdzając:

We wszelkich specjalizacjach internistycznych też muszą być pewne elementy, no bo przecież w szpitalach nie leżą osoby do 45. roku życia (...). Też elementy są w medycynie rodzinnej, bo wiadomo, że medycyna rodzinna to też jest i pediatria, i geriatryka.

Na balans nauczanych treści w stosunku do różnych grup pacjentów zwracano uwagę przy kształceniu na kierunku zdrowie publiczne. Jego przedstawiciel stwierdził:

²⁵⁴ Rozporządzenie Ministra Nauki zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego z dnia 10 października 2024 r. (Dz.U. 2024 poz. 1514).

W zdrowiu publicznym treści kształcenia zawierają tę samą równowagę dla populacji dzieci i młodzieży, jak i populacji pracującej, jak i dla populacji osób na przykład w wieku poprodukcyjnym czy starszych. Tu nie mogę powiedzieć, żeby program był szczególnie ukierunkowany na którąś z tych grup. My musimy wyważyć, przygotować absolwenta w takim standardzie, aby on na równym poziomie mógł świadczyć usługi zarówno dla grup młodszych jak i grup starszych.

Należy też podkreślić, że specjalizacje geriatryczne występują jedynie w zakresie zawodów lekarza i pielęgniarki, jednak są one realizowane dopiero po ukończeniu studiów. Na pozostałych badanych kierunkach istnieją jedynie pojedyncze przedmioty, które odnoszą się do tematyki opieki nad osobami starszymi. A zatem brak dedykowanych kursów może utrudniać pełne przygotowanie słuchaczy do specyficznych wyzwań, jakie wiążą się z pracą z seniorami. Z kolei edukacja w zakresie opieki nad osobami starszymi, głównie w szkołach policealnych, powinna być bardziej elastyczna i dostosowana do zmieniających się potrzeb grupy docelowej.

Z punktu widzenia realizacji procesu kształcenia istotną kwestią była ocena umiejętności, których – zdaniem przedstawicieli badanych jednostek – rozwijanie powinno zostać uwzględnione podczas edukacji, zwłaszcza w kontekście pracy z osobami starszymi. Zmiany miałyby objąć takie obszary, jak:

- rozwijanie umiejętności emocjonalnych i psychologicznych – kompetencje związane z psychologią i podejściem do pacjenta, jak empatia i dojrzałość emocjonalna, odporność na stres;
- potrzeba ciągłego doksztalcania się i aktualizowania wiedzy;
- umiejętność przystosowania się do zmieniających się warunków;
- redukcja „rozwlekanych” programów kształcenia i zapewnienie szkoleń w zakresie bardziej złożonych umiejętności interpersonalnych.

W związku z powyższym w programach kształcenia powinien być położony większy nacisk na zagadnienia empatii, radzeniu sobie ze stresem, odporności emocjonalnej oraz psychologii, które są niezbędne w pracy z pacjentami w starszym wieku. Umiejętności te wydają się niezbędne w opiece nad osobami starszymi, zwłaszcza w kontekście chorób przewlekłych, demencji czy innych problemów zdrowotnych, które wymagają dużej cierpliwości i zrozumienia. Podkreślono, że należy:

Uczyć umiejętności radzenia sobie ze stresem, ale też umiejętności rozmawiania na przykład z pacjentem, z rodziną pacjenta w sytuacjach trudnych

oraz generalnie kształtować:

(...) umiejętność przystosowania się do zmieniających się sytuacji.

Można zauważyć, że powyższe kompetencje pomagają nie tylko w pracy z osobami starszymi, ale również w lepszym zarządzaniu sytuacjami stresowymi, które często pojawiają się w tym zawodzie.

W kontekście specyfiki i problemów wieku starczego przedstawiciel kierunku lekarskiego wskazywał z kolei, że brakuje w programach zagadnień związanych z umiejętnością komunikacji:

Bardzo często osoby starsze wymagają troszkę innych środków komunikacyjnych (...) zupełnie innej relacji. Poza tym osobie starszej trzeba wielokrotnie coś wyjaśniać, bo może być to osoba niedosłyszająca, niedowidząca, może być to osoba z różnego rodzaju niepełnosprawnościami, które to niepełnosprawności jakby utrudniają ten kontakt bezpośredni.

W związku z tym zasadne jest wprowadzanie w miarę możliwości przedmiotów czy też treści w ramach istniejących dotyczących kompetencji miękkich:

Na przykład byłaby taka zmiana właśnie w programie odgórna, która by wprowadzała ten na przykład przedmiot komunikacja z osobą starszą czy z pacjentem starszym.

Ważny wydaje się także aspekt większego nacisku na ciągłe doksztalcanie się i aktualizowanie wiedzy. Dotyczy to lepszego przygotowania z osobami starszymi. System edukacji powinien zapewniać narzędzia do nauki przez całe życie zawodowe – na przykład poprzez regularne szkolenia, kursy podyplomowe czy wsparcie dla samodzielnego kształcenia. Programy kształcenia powinny zawierać ćwiczenia i scenariusze, które uczą elastyczności i adaptacji do zmieniających się warunków pracy. Należy rozwijać umiejętności pracy w dynamicznie zmieniających się i nieprzewidywalnych sytuacjach, które są częste w opiece nad osobami starszymi, zwłaszcza w kontekście opieki długoterminowej. Podkreślano też, że część umiejętności z zakresu fizjoterapii może być zbyt szeroko rozciągnięta w innych programach kształcenia, na przykład na kierunku opiekuna medycznego. Sprawia to, że opiekunowie medyczni mogą być szkoleni w obszarach, które wykraczają poza ich standardowe kompetencje. Jak stwierdził jeden z respondentów:

Ostatnia podstawa programowa była tak szeroko ustawiona na aktywizację, że nawet niektóre były tak szerokie, że zahaczało o fizjoterapię (...), że wręcz za szerokie. Po prostu w tym zakresie kształcenia to już zbyt dużo dla opiekuna medycznego, bo nawet nie każdy fizjoterapeuta tymi metodami czasami pracuje.

Należy zatem skupić się na kluczowych kompetencjach związanych z opieką medyczną i pielęgnacyjną dla konkretnego zawodu, unikając rozciągania ich na obszary, które wymagają specjalistycznych umiejętności. Pozwoli to na bardziej efektywne przygotowanie słuchaczy czy studentów do pełnienia swoich funkcji zawodowych.

6.4. Bariery podaży w zawodach, kwalifikacjach i umiejętnościach związanych ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym

Oprócz wskazywania braków i słabości w samych programach kształcenia respondenci byli także poproszeni o podanie przyczyn możliwych barier i ograniczeń podaży w zawodach, kwalifikacjach i umiejętnościach związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi skierowanymi do osób starszych. W pierwszej kolejności zauważano, że praca z osobami starszymi jest:

(...) ciężka, trudna i wymagająca. Bez względu czy to pacjent jest starszy, czy młodszy.

Kolejna z respondentek podkreśliła, że z punktu widzenia przyszłych fizjoterapeutów główną barierą jest:

Wynagrodzenie i trudność w pracy z pacjentem samym w sobie. Ludzie uciekają od trudnych wyzwań. A trudność w pracy z pacjentem geriatrycznym oznacza to, że będę pracowała fizycznie, więc jest to fizyczność pracy.

Często pacjenci starsi są dodatkowo chorzy, co także obciąża personel medyczny lub opiekuńczy. Jest to typowa bariera w pracy w tym zawodzie, gdzie osoby muszą być gotowe do pracy z wymagającymi pacjentami, co jest emocjonalnie i fizycznie wyczerpujące. Dlatego też rozmówcy zwracali uwagę, że nie każdy się do tej pracy nadaje, a szczególnie trudno zachęcić do zajmowania się osobami starszymi ludzi młodych:

Może niekoniecznie też młody człowiek, nie każdy młody człowiek, chciałby pracować z osobą starszą. Oni lubią oddziały takie, gdzie coś się dzieje, żeby być w ruchu, żeby czegoś się nauczyć, takiego szybkiego reagowania, bym powiedziała, bardziej z zainteresowaniem. A tutaj nacisk głównie jest na pielęgnację osób starszych.

Na problem ten zwracali uwagę też inni respondenci:

Młodym się cały czas wydaje, że oni zawsze będą młodzi i tej starości, nie mogą zaakceptować. Starsi nie, natomiast młodszy mają barierę odrzucenia takiego psychicznego albo im ten zapach nie odpowiada, bo człowiek stary śmierdzi.

Ponadto badani twierdzili, że:

Te młodsze to tak (...) nie do końca wiedzą, w jakim zawodzie chcą pracować.

Respondenci jako barierę wskazywali na inne wzorce zachowań i wymagań ludzi młodych:

Dzisiejsi absolwenci (...) na pierwszym planie stawiają koncepcję *work-life balance*. Oni chcieliby pracę w określonych godzinach, w jednym miejscu, bez dyżurowania.

W odpowiedziach dość często podejmowano także kwestię niskiego i nierównego wynagrodzenia:

Tam, gdzie – tak jak ostatnio w szpitalach – z racji na to, że jest to zawód teraz medyczny [tzn. opiekun medyczny], wzrosły płace, to dużo, dużo zatrudnienia znajdują. Gorzej w innych placówkach, które jeszcze tego nie dostosowały.

Zauważono także problem z niskim wynagrodzeniem w placówkach prywatnych w porównaniu do instytucji publicznych.

Badani reprezentujący jednostki edukacyjne, które mają w swojej ofercie kierunki kształcące w zawodach opiekuńczych, stwierdzili, że niedostosowanie wynagrodzenia do charakteru wykonywanej pracy są głównym czynnikiem zniechęcającym do pracy w zawodach opiekuńczych, szczególnie w domach pomocy społecznej. Respondenci często podkreślali, że mimo wzrostu wynagrodzeń w ostatnim czasie dla zawodów medycznych i tak praca z nimi związana nie jest na tyle atrakcyjna, aby mogła przyciągać dużą liczbę chętnych, szczególnie mając na uwadze obecne uwarunkowania gospodarcze (inflacja, presja płacowa). Dotyczy to opiekuna medycznego i terapeuty zajęciowego. W przypadku pielęgniarek po wprowadzeniu nowej płacy minimalnej zauważalny jest wzrost zainteresowania studiowaniem na kierunku pielęgniarstwo i uzupełnianiem wykształcenia na drugim stopniu studiów wyższych. W większości uczelni prowadzących ten kierunek zwiększono limity rekrutacyjne.

Jako kolejną barierę respondenci wskazali problem dofinansowania samych placówek edukacyjnych, szczególnie publicznych. Podkreślali, że słuchacze uczą się już na wystużonych sprzętach albo że brakuje wręcz odpowiedniego wyposażenia. Między innymi szkoły policealne mają:

(...) problem z zakupami sprzętów, pomocy dydaktycznych. (...) Organ prowadzący (...) w miarę możliwości dokupuje wszystko (...), ale nie są to takie ilości jak powinny być. Fantomy, na przykład, mamy stare, dziesięcioletnie, jeszcze z innych szkół, bo nowe są drogie.

W dwóch wywiadach przedstawiciele badanych jednostek wskazali także na niejasne regulacje prawne:

Jest tu dużo przepisów prawnych, które mówią, że są pewne ograniczenia w opiece nad pacjentem, możliwości sprawowania opieki nad pacjentem, refundacji tej opieki, ale też jest duże niezrozumienie środowiska, właśnie że są trudności spowodowane trudnościami w pracy z osobami starszymi, z ich powstającymi też zaburzeniami i brak edukacji, szczególnie w środowisku odnośnie tego, co to jest starzenie i jakie niesie ze sobą skutki.

Podsumowując, można stwierdzić, że główną barierą ograniczającą podaż w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym nadal pozostaje wciąż stosunkowo niskie wynagrodzenie w zawodach medycznych i opiekuńczych. Dotyczy to przede wszystkim zawodów opiekuńczych. Pomimo wzrostu minimalnego wynagrodzenia w zawodach medycznych nadal zdaniem osób je wykonujących są one niewystarczające. Są też zróżnicowane w zależności od miejsca pracy, jak i wykształcenia. Można tu przytoczyć przykład pielęgniarek, których w 2024 roku minimalne wynagrodzenie z tytułem magistra i specjalizacją wynosiło 9230,57 złotych, a z wykształceniem licencjackim lub średnim bez specjalizacji – 6726,15 złotych²⁵⁵. Problemem jest w wielu przypadkach nieuznawanie wykształcenia przez pracodawcę, co przedkłada się na niższe wynagrodzenie zasadnicze. Ponadto barierą stanowi pogłębiająca się w zawodach medycznych i opiekuńczych luka kadrowa oraz ogólnie problem finansowania ochrony zdrowia.

Poważną barierą są także trudności emocjonalne w pracy z seniorami, zwłaszcza wynikające z ich demencji i wielochorobowości. Nie każdy ma odpowiednie predyspozycje psychiczne do pracy z osobami starszymi. Demograficzne zmiany w Polsce będą jednak generować potrzebę wykwalifikowanych pracowników w opiece nad osobami starszymi, co wymaga pilnego dostosowania systemu edukacji i szkoleń w tym zakresie.

Przedstawiciele badanych jednostek edukacyjnych wskazywali na potrzebę wprowadzenia rozwiązań instytucjonalnych, które pozwoliłyby kształcić większą liczbę osób w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze dotyczące osób starszych. W pierwszej kolejności zwracano uwagę na kwestie finansowe, ale nie tylko w kontekście wynagrodzeń. Podkreślono, że ogólnie finansowanie jest jednym z głównych problemów, który wpływa na jakość edukacji

²⁵⁵ <https://www.gazetaprawna.pl/praca/artykuly/9671069,piellegniarki-rozpoczynaja-protest-bezpieczenstwo-pacjentow-jest-zagr.html> (dostęp: 24.12.2024). W tym artykule stwierdza się między innymi: „Młode osoby dostają oferty pracy w Polsce za 6 700 złotych brutto, czyli około 4 700 złotych na rękę. Mają system pracy 12-godzinny, a więc pracują w nocy, w święta, odpowiadają za 20–30 pacjentów, co bardzo stresuje, mają kontakt z materiałem biologicznym, często niebezpiecznym dla zdrowia, i są bardzo obciążone fizycznie. Nic dziwnego, że wolą wyjechać na przykład do Niemiec”.

w zawodach opiekuńczych. Zauważono, że szkoły są niedofinansowane, co sprawia, że zakupy sprzętu dydaktycznego i organizacja zajęć praktycznych stają się trudniejsze. Podniesienie nakładów finansowych mogłoby poprawić jakość kształcenia i umożliwić zakup nowoczesnego sprzętu oraz organizację większej liczby praktyk w realnych warunkach opieki nad osobami starszymi. Poruszono też problem niskich wynagrodzeń dla nauczycieli, szczególnie tych, którzy mają doświadczenie praktyczne, na przykład pielęgniarki. Zauważono, że:

Coraz mniej osób jest chętnych do uczenia, do bycia nauczycielem. W zawodach medycznych to jest ograniczenie, dlatego że płaca za chociażby godziny dyżurowe jest większa niż za dydaktyczne. To może spowodować, że nie będzie kim kształcić.

Sprawa to, że nauczyciele z praktyką odchodzą z edukacji. Podniesienie ich wynagrodzeń może zwiększyć ich zaangażowanie i przyciągnąć nowych specjalistów do pracy w edukacji.

Wskazywano także na trudności związane ze współpracą szkół z placówkami opiekuńczymi, co uniemożliwia zapewnienie miejsc na praktyki zawodowe:

Jako szkoła państwowa czasami mamy problem, że nie wszystkie placówki wpuszczają (...), jakies tutaj może rozwiązania, żeby ta szersza współpraca była. Współpraca – czy ze szpitalami, czy z jakimiś innymi instytucjami – bo to są później pracownicy szpitali.

Zgłoszono propozycję, aby placówki opiekuńcze były prawnie zobowiązane do przyjmowania słuchaczy na praktyki, co mogłoby znacznie zwiększyć liczbę miejsc odbywania praktyk i poprawić jakość edukacji. Ponadto postulowano, aby placówki, które przyjmują na praktyki, otrzymywały wynagrodzenie, co mogłoby zwiększyć liczbę instytucji gotowych współpracować z szkołami:

Na przykład dyrektorzy jak nie wyrażą zgody na przyjście słuchaczy na praktyki, to my nie mamy gdzie załatwić im praktyk. Bo dyrektor ośrodka musi wpuścić na praktyki, te praktyki są za darmo. Ośrodek nie pobiera pieniędzy, ale i słuchacze nie dostają pieniędzy. (...) Tęgo słuchacza musi wziąć pracownik pod opiekę, później powypełniać papierki, wszystko pokazać i nie dostaje za to wynagrodzenia. To, jeżeli instytucjonalne – to właśnie wynagrodzenie dla tych osób, w tych ośrodkach, które wzięłyby słuchaczy pod swoją opiekę na czas praktyk. Myślę, że to by było bardzo atrakcyjne, ale to musi być instytucjonalne rozwiązanie.

W jednej ze szkół policealnych zwrócono ponadto uwagę na elastyczność systemu kształcenia:

Obecnie to wygląda tak, że mamy studia stacjonarne i albo te studia mogą być realizowane w tygodniu, albo tak jak u nas – w piątki, soboty, niedziele. Większość ludzi pracuje gdziekolwiek. I jest dość duży program nauczania, jest dużo godzin i bardzo ciężko jest to zrobić w wymaganym obecnie czasie. Więc jeżeli to by mogło być bardziej elastyczne, na pewno by to zwiększyło ilość osób zainteresowanych.

6.5. Perspektywy rozwoju zawodów, kwalifikacji i umiejętnościach związanych ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym

Kolejnymi aspektami badanymi w wywiadach były kwestie związane z perspektywami rozwoju usług medycznych i opiekuńczych dla osób starszych. Jedną z ważniejszych jest odpowiedź na pytanie, czy w związku ze starzeniem się społeczeństwa jednostki edukacyjne będą dostosowywały swoją ofertę edukacyjną w zakresie kształcenia w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze ukierunkowane na osoby starsze i ewentualnie w jakim kierunku będą dokonywane te zmiany. Wszyscy respondenci wskazywali na rosnącą potrzebę edukacji w zakresie opieki nad osobami starszymi. W odpowiedziach pojawiały się stwierdzenia, że zmiany w systemie edukacyjnym już zachodzą, a w przyszłości będą się nasilały. Podkreślali też, że programy edukacyjne powinny się poszerzać o działania w opiece nad pacjentem geriatrycznym i podkreślono, że na przykład szkoły policealne będą wychodziły naprzeciw potrzebom starzejącego się społeczeństwa, tworząc kierunki dedykowane pacjentom geriatrycznym:

Już jakby te zmiany następują, już tworzą się nawet kierunki typowo ukierunkowane na pacjentów geriatrycznych. Więc wydaje mi się, że i szkoły policealne z takimi ofertami też będą wychodzić, ponieważ niestety, nie ukrywajmy, mamy starzejące się społeczeństwo i osób starszych jest dużo i będzie jeszcze więcej.

Badani wskazywali, że w ramach oferty edukacyjnej dostosowującej się do potrzeb starzenia się społeczeństwa są kierunki cieszące się dużym zainteresowaniem i zapotrzebowaniem na zawody medyczne, jak: opiekun medyczny, fizjoterapeuta, lekarz i pielęgniarka. Uzasadniano je głównie tym, że osoby starsze cierpią na różne choroby, mają problemy z poruszaniem się i zapotrzebowanie na takie usługi będzie naturalnie rosnąć. Ponadto wskazywano również na zawody bardziej ukierunkowane na osoby starsze, w tym takie zawody, jak:

- terapeuta zajęciowy – zwrócono uwagę, że osoby starsze generalnie mają problemy z zarządzaniem swoim czasem, często nie wiedzą, co robić, często są samotne;
- opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa – obecnie już w ofercie kilku szkół te kierunki już są obecne, ale nie ma na nie naboru, brakuje zainteresowania. Stwierdzono, że kandydaci głównie wybierają opiekuna medycznego. Jak wyjaśniono, z jednej strony wynika to ze zmian w prawie i zwiększenia uprawnień w ramach tego zawodu, z drugiej zwiększyło się wynagrodzenie w ramach zawodów medycznych.

Na bazie uzyskanych wypowiedzi należy zauważyć, że oferta edukacyjna jest determinowana też rynkiem pracy. Jeden z badanych zauważył, że chociaż istnieje zapotrzebowanie na takie zawody jak opiekunka środowiskowa czy opiekun w domu pomocy społecznej, to w praktyce większy popyt jest na opiekunów medycznych, co może wynikać z ich szerszych kwalifikacji i możliwości zatrudnienia w różnych placówkach (w tym podmiotach leczniczych):

Opiekun w DPS-ie ma trochę inne uprawnienia niż opiekun medyczny. I chętniej pewnie są zatrudniane osoby z szerszymi uprawnieniami.

Ponadto jeden z rozmówców zwrócił uwagę na jeszcze inną kwestię związaną z programami kształcenia:

Jesteśmy związani programem nauczania. Jeżeli w tych programach nauczania nie będzie jakichś zmian, my za dużo tutaj nie możemy się dostosować. Możemy zwracać uwagę lub naciskać. Natomiast musimy, bo jesteśmy pod nadzorem kuratorium, musimy wypełniać programy nauczania. O ile nie będzie zmian ogólnych, nasze możliwości są ograniczone.

Wskazuje się tu na ograniczone możliwości wprowadzania nowych kierunków edukacyjnych, ponieważ wprowadzenie nowych programów zależy od decyzji Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ministerstwa Zdrowia. Dotyczy też to ograniczonej możliwości modyfikacji programów przez same szkoły.

Podsumowując, można stwierdzić, że zdaniem przedstawicieli jednostek edukacyjnych w związku ze starzejącym się społeczeństwem istnieje potrzeba rozszerzenia oferty edukacyjnej o kierunki i specjalizacje związane bezpośrednio z osobami starszymi. W szczególności konieczne jest rozwijanie programów z zakresu geriatricznej, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej. Zwiększające się zapotrzebowanie na opiekunów medycznych pokazuje, że kluczowe będą kierunki kształcenia oferujące szersze kwalifikacje, które umożliwiają zatrudnienie w różnych placówkach medycznych i opiekuńczych. Ważne jest, aby programy kształcenia uwzględniały tę potrzebę i dostarczały absolwentom kompetencji medycznych, które odpowiadają wymaganiom rynku pracy. W związku z rosnącą liczbą osób starszych edukacja powinna być bardziej elastyczna oraz warto rozwijać kursy i programy podyplomowe, które pozwolą na ciągłe doskonalenie kompetencji pracowników w tej dziedzinie.

W powyższym aspekcie poproszono także respondentów o wskazanie sugestii i uwag dotyczących preferowanych kierunków szkoleń i rodzaju uprawnień, studiów podyplomowych, które pozwoliłyby jak najlepiej dostosować kwalifikacje i umiejętności osób świadczących usługi medyczne i opiekuńcze skierowane do osób starszych. Badani wskazywali na potrzebę tworzenia specjalistycznych kierunków kształcenia, jednak według nich jest to uwarunkowane wieloma ograniczeniami. Niedostosowane przepisy oraz zbyt wąski rynek pracy sprawiają, że wiele osób nie widzi dla siebie perspektyw zawodowych w tym zakresie:

Nie ma naborów na te kierunki, które rzeczywiście by zapewniły opiekę taką kompleksową osobom starszym (...). My nie mamy tutaj naboru, ponieważ nie mamy chętnych. Dlaczego nie mamy chętnych? Bo nie ma popytu. Nie mają, gdzie pracować. A dlaczego nie mają, gdzie pracować? Bo pracodawcy nie patrzą na kompetencje. (...) Na przykład asystenci osób niepełnosprawnych – nie mamy w ogóle, mamy w ofercie kierunek, mamy osoby, nauczycieli, którzy są przygotowani, a nie mamy chętnych. Dlaczego nie mamy chętnych? No bo gdzie oni pójdą pracować.

Przedstawiciele jednostek edukacyjnych podkreślali potrzebę rozwijania miękkich kompetencji, takich jak dojrzałość emocjonalna i odporność na stres, kluczowych w pracy z seniorami. Zajęcia praktyczne mogą znacząco podnieść kwalifikacje zawodowe, a takie umiejętności trudno zdobyć w tradycyjnym kształceniu. Wskazywano także na krótkie kursy doszkalające dla pracujących już z seniorami, obejmujące m.in. wiedzę o starzeniu się społeczeństwa. Podkreślono również znaczenie warsztatów z wrażliwości i empatii, uwzględniających humanistyczny wymiar tej pracy.

W świetle powyższego można zauważyć, że istnieje potrzeba oferty dodatkowych kursów, szkoleń, które mogłyby uzupełnić kompetencje i umiejętności, które trudno rozwijać cyklu kształcenia w szkole policealnej czy na uczelni wyższej. Powinna zostać stworzona bardziej elastyczna oferta kształcenia, która pozwoli pracującym osobom dorosłym podnosić swoje kwalifikacje w sposób dostosowany do ich zawodowego harmonogramu.

Respondentów poproszono także o wskazanie głównych zawodów związanych z usługami medycznymi lub opiekuńczymi skierowanymi do osób starszych, na które będzie rosnąć zapotrzebowanie w przyszłości. Badani przedstawiciele placówek edukacyjnych zgodnie wskazywali na takie zawody, jak: opiekun medyczny, fizjoterapia i rehabilitacja, lekarz geriatra i pielęgniarka geriatryczna. Swoje odpowiedzi motywowali starzeniem się społeczeństwa i naturalną konsekwencją wzrostu zapotrzebowania na tego typu usługi w przyszłości.

Pojawiały się także wskazania na terapię zajęciową, w tym na terapeutę osób starszych, który by aktywizował takie osoby. Zasugerowano także, że terapie zajęciowe mogą być profilowane na:

(...) profesjonalne zajęcie się chorobami, takim typowo chorobami wieku starczego: Alzheimer, demencja, ponadto aktywizacja przyłóżkowa, kluby seniora.

Wśród wskazywanych zawodów przyszłości w zakresie usług opiekuńczych i medycznych dla osób starszych znalazły się także: psycholog, neuropsycholog, dietetyk, ratownik, opiekun środowiskowy, opiekun/asystent osoby starszej, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun w domu pomocy społecznej, protetyk słuchu oraz masażysta czy neurolingwista oraz logopeda.

7. Diagnoza podaży, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim – perspektywa potencjalnych pracowników (badania ilościowe)

7.1. Charakterystyka próby badawczej

Badanie przeprowadzono metodą CAWI (*computer assisted web interview*, wywiad wspomagany komputerowo) wśród osób kształcących się na kierunkach medycznych i opiekuńczych w województwie podlaskim w październiku–listopadzie 2024 roku. Wzięto w nim udział 811 respondentów. Ankieta była skierowana do uczniów szkół policealnych kształcących się w zawodach medycznych i opiekuńczych oraz do studentów uczelni wyższych kształcących w zawodach medycznych. Instytucje edukacyjne były zlokalizowane w głównych miastach trzech podregionów województwa podlaskiego: w Białymstoku, Łomży i Suwałkach. Najwięcej szkół policealnych kształcących w zawodach medycznych i opiekuńczych jest zlokalizowanych w Białymstoku, co znalazło odzwierciedlenie w doborze szkół do badania. W przypadku szkół wyższych ankietę skierowano do studentów kierunków medycznych największych uczelni wyższych w województwie podlaskim, to jest Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku, Akademii Łomżyńskiej oraz Państwowej Uczelni Zawodowej imienia Profesora Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach (PUZ). Wykaz instytucji edukacyjnych, w których realizowano badanie ankietowe, zawiera tabela 36.

Struktura próby pod względem płci wskazuje na znaczącą przewagę kobiet, które stanowiły 82% badanych (n=669), podczas gdy mężczyzn było 16% (n=127). Niewielki odsetek respondentów (2%, n=15) nie wskazał swojej płci. Znacząca przewaga kobiet w próbie badawczej odzwierciedla strukturę płci wśród osób kształcących się na kierunkach medycznych i opiekuńczych.

Pod względem struktury wiekowej największą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 18–26 lat (51%, n=412), drugą respondentów powyżej 35. roku życia (36%, n=289), natomiast najmniej liczną grupę reprezentowały osoby w wieku 27–35 lat (14%, n=110). W odniesieniu do kierunku kształcenia najliczniejszą grupę stanowili studenci pielęgniarstwa, którzy reprezentowali blisko połowę badanej populacji (48%, n=387). Kolejne grupy pod względem liczebności to: fizjoterapia (12%, n=97), terapia zajęciowa (10%, n=85) oraz zawód opiekuna medycznego (10%, n=79). Mniej licznie reprezentowane były kierunki: zdrowie publiczne (8%, n=63), lekarski (7%, n=54), asystent osoby niepełnosprawnej (4%, n=33) oraz opiekunka środowiskowa (2%, n=13). Mniejsza liczba ankietowanych na kierunkach asystent osoby niepełnosprawnej czy opiekunka środowiskowa wynikała z faktu, że w wielu szkołach nie zostały one uruchomione ze względu na brak zainteresowania. Docelowo ankieta miała być przeprowadzona także na kierunkach opiekun w domu pomocy społecznej oraz opiekun osoby starszej, jednakże żadna szkoła w momencie realizacji badania nie kształciła w tym kierunku.

Tabela 36. Wykaz instytucji edukacyjnych kształcących na kierunkach medycznych i opiekuńczych w województwie podlaskim objętych badaniami

Lokalizacja	Instytucja edukacyjna – kierunek kształcenia
Białystok	<ul style="list-style-type: none"> • Uniwersytet Medyczny w Białymstoku – lekarski, pielęgniarstwo, fizjoterapia, zdrowie publiczne; • Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku – pielęgniarstwo, fizjoterapia; • Akademicka Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku – opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy; • Akademia Sukcesu w Białymstoku – opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy; • Policealna Szkoła Medyczna TEB Edukacja w Białymstoku – opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy; • Centrum Zawodów Medycznych i Społecznych Szkoła Policealna Województwa Podlaskiego w Białymstoku – opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy; • Policealna Szkoła Opieki Medycznej „Żak” w Białymstoku – opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, opiekunka środowiskowa, asystent osoby niepełnosprawnej; • Educentrum Policealna Szkoła Medyczna w Białymstoku – opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy.
Łomża	<ul style="list-style-type: none"> • Akademia Łomżyńska – pielęgniarstwo.
Suwałki	<ul style="list-style-type: none"> • Akademia Sukcesu w Suwałkach – opiekun medyczny; • Państwowa Uczelnia Zawodowa imienia Profesora Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach (PUZ) – pielęgniarstwo.

Źródło: opracowanie własne

Pod względem rozkładu terytorialnego dominowali respondenci z subregionu białostockiego (67%, n=543), co jest naturalną konsekwencją lokalizacji dużej liczby szkół policealnych i dwóch znaczących uczelni wyższych w Białymstoku. Subregiony łomżyński i suwalski były reprezentowane w zbliżonych proporcjach – odpowiednio: 16% (n=126) i 18% (n=142) badanej populacji.

7.2. Ocena przygotowania do pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych

Absolwenci kierunków medycznych i opiekuńczych stanowią fundamentalną bazę dla przyszłej podaży usług dedykowanych osobom starszym. Ich znaczenie wynika przede wszystkim z kompleksowego przygotowania do świadczenia różnorodnych form opieki. Lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki oraz pozostali specjaliści tworzą zestaw profesjonalistów potrafiących zapewnić pełne spektrum usług medycznych i opiekuńczych, odpowiadających na złożone potrzeby osób w wieku podeszłym. Właściwe przygotowanie kadr medycznych i opiekuńczych na etapie kształcenia ma fundamentalne znaczenie dla jakości i dostępności przyszłych usług dedykowanych osobom starszym. Z tego powodu zbadano, jak oceniany jest poziom kształcenia przez osoby kształcące na kierunkach medycznych i opiekuńczych zarówno pod względem dostarczanej wiedzy, umiejętności i kompetencji, jak i z punktu widzenia zajęć praktycznych.

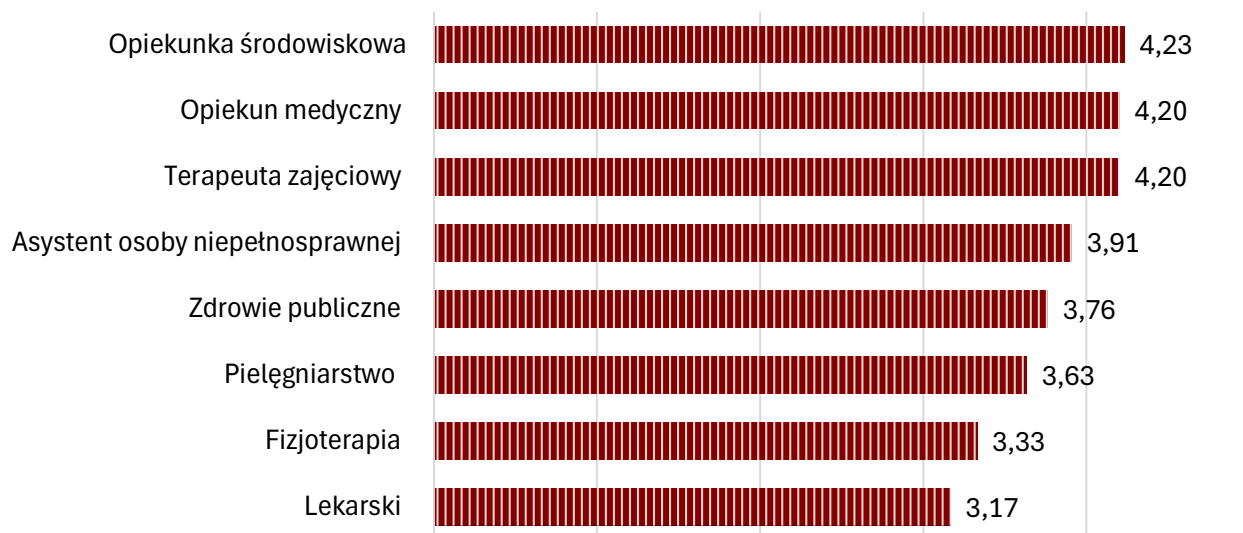
7.2.1. Ogólna ocena programów kształcenia w zawodach medycznych i opiekuńczych

W celu oceny programów kształcenia w zawodach medycznych i opiekuńczych respondentom zadano pytanie: „Czy program kształcenia w ogólnej ocenie spełnił Pani/Pana oczekiwania?” (z kafeterią odpowiedzi w skali Likerta, gdzie: 5 – zdecydowanie tak, 4 – raczej tak, 3 – trudno powiedzieć, 2 – raczej nie, 1 – zdecydowanie nie). Wyniki zaprezentowano jako średnią wartość odpowiedzi udzielonych przez respondentów.

Ogólnie respondenci pozytywnie ocenili poziom przygotowania do wykonywania zawodów medycznych i opiekuńczych, choć jest to ocena nieznacznie większa do wartości neutralnej (3,71). Nieco lepiej oceniają program realizowanego kształcenia kobiety (3,74) niż mężczyźni (3,59). Można dostrzec również zróżnicowanie regionalne – lepiej oceniają programy kształcenia respondenci w subregionach łomżyńskim (3,85) i suwalskim (3,81), wobec nieco niższej oceny w subregionie białostockim (3,65).

Badania wskazują na zróżnicowany poziom oceny programów kształcenia na różnych kierunkach kształcenia (wykres 44).

Wykres 44. Ocena programów kształcenia na poszczególnych kierunkach kształcących w zawodach medycznych i opiekuńczych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Zdecydowanie najlepiej oceniane były programy na kierunkach opiekunka środowiskowa (4,23), opiekun medyczny (4,20) oraz terapeuta zajęciowy (4,20). Z drugiej strony najniższe noty odnotowano dla kierunkach medycznych: lekarskim (3,17), fizjoterapii (3,33) i pielęgniarstwie (3,63), choć nadal są to oceny zadowolające (nieco powyżej oceny neutralnej).

7.2.2. Ocena stopnia wyposażenia w wiedzę, umiejętności i kompetencję do wykonywania zawodu

W celu określenia stopnia, w jakim zakresie realizowane programy kształcenia na kierunkach medycznych i opiekuńczych dostarczają wiedzę, umiejętności i kompetencje do wykonywania zawodu, respondentom zadano pytanie: „Proszę ocenić, w jakim zakresie realizowany program kształcenia dostarcza:

- wiedzy teoretycznej,
- umiejętności praktycznych,
- umiejętności pracy z pacjentem/klientem,
- umiejętności uczenia się,
- umiejętności zarządzania czasem,
- umiejętności pracy w zespole,
- umiejętności rozwiązywania konfliktów,
- umiejętności radzenia sobie z krytyką,
- umiejętności efektywnej komunikacji (np. słuchania, udzielania informacji),
- umiejętności pracy pod presją,
- umiejętności motywowania,
- umiejętności dostosowywania się do warunków i wymagań w środowisku pracy,
- umiejętności radzenia sobie z emocjami”.

Zastosowano kafeterię odpowiedzi w skali Likerta, gdzie: 5 – bardzo dobrze, 4 – dobrze, 3 – średnio, 2 – słabo, 1 – bardzo słabo. Wyniki zaprezentowano jako średnią wartość odpowiedzi udzielonych przez respondentów.

Analiza uzyskanych ocen wskazuje, że badani kształcący się na kierunkach medycznych i opiekuńczych najwyżej oceniali: wiedzę teoretyczną (4,32), umiejętność pracy w zespole (4,13), umiejętność efektywnej komunikacji (4,09) oraz umiejętności praktyczne (4,04). Najgorzej zaś oceniono: umiejętność radzenia sobie z emocjami (3,77), umiejętność radzenia sobie z krytyką (3,80) czy umiejętność motywowania (3,83) (tabela 37). Takie wyniki są zgodne między innymi z wypowiedziami przedstawicieli placówek opiekuńczych, którzy wysoko cenili umiejętności praktyczne pracowników, ale dostrzegali potrzebę wzmacniania kompetencji miękkich u swoich pracowników, w szczególności radzenia sobie z emocjami, między innymi w kontekście śmierci pacjentów.

Wskazuje to, że przyszli absolwenci, którzy będą wykonywali zawody medyczne i opiekuńcze, w procesie kształcenia wyposażani są w umiejętności miękkie w stopniu niedostatecznym.

Porównanie ocen w podziale na płeć nie ujawnia wyraźnych dysproporcji: kobiety zwykle oceniały nieco wyżej wybrane aspekty, takie jak radzenie sobie z emocjami czy umiejętność uczenia się, ale różnice są stosunkowo niewielkie. Z punktu widzenia wieku osoby starsze (powyżej 35 lat) wykazywały tendencję do wyższych ocen w większości kategorii, zwłaszcza w obszarze wiedzy teoretycznej (4,49) i umiejętności praktycznych (4,29). Może to sugerować lepszą umiejętność docenienia wartości kształcenia w kontekście już posiadanego doświadczenia zawodowego czy życiowego.

Analiza danych z uwzględnieniem kierunku kształcenia pokazuje wyraźne różnice (tabela 38). Podobnie jak w przypadku oceny ogólnej tu również najlepsze oceny odnotowano w odniesieniu do kierunków opiekuńczych: opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, opiekunka środowiskowa, asystent osoby niepełnosprawnej. Oceny wiedzy, umiejętności i kompetencji na tych kierunkach wykazywały nie tylko wysokie wartości (w wielu kategoriach uzyskują oceny powyżej 4,2), ale również miały najmniejsze wartości odchylenia standardowego. Wskazuje to

na ogólną komplementarność programów kształcenia na tych kierunkach. Zdaniem respondentów programy kształcenia realizowane w szkołach policealnych są dostosowane do potrzeb przyszłych absolwentów, którzy będą pracować we wskazanych zawodach medycznych i opiekuńczych. Wszystkie oceny kształtowały się średnio powyżej 4,0. Jedynie w przypadku asystenta osoby niepełnosprawnej niżej zostały ocenione umiejętność pracy z pacjentem/klientem (3,91) oraz umiejętność radzenia sobie z emocjami (3,94), a w przypadku terapeuty zajęciowego – umiejętność pracy pod presją (3,96).

Tabela 37. Ocena stopnia w jakim zakresie realizowane programy kształcenia na kierunkach medycznych i opiekuńczych dostarczają wiedzę, umiejętności i kompetencji do wykonywania zawodu

Wiedza, umiejętności i kompetencje do wykonywania zawodu	Średnia ocena
Wiedza teoretyczna	4,32
Umiejętność pracy w zespole	4,13
Umiejętność efektywnej komunikacji (np. słuchania, udzielania informacji)	4,09
Umiejętności praktyczne	4,04
Umiejętność dostosowywania się do warunków i wymagań w środowisku pracy	3,99
Umiejętność uczenia się	3,96
Umiejętność pracy pod presją	3,94
Umiejętność pracy z pacjentem/klientem	3,92
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	3,88
Umiejętność zarządzania czasem	3,86
Umiejętność motywowania	3,83
Umiejętność radzenia sobie z krytyką	3,80
Umiejętność radzenia sobie z emocjami	3,77

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych

Znacznie gorzej realizowane programy kształcenia w zakresie dostarczanej wiedzy, umiejętności i kompetencji oceniają studenci kształcący się na kierunkach medycznych. Najbardziej wypadł kierunek lekarski. Szczególnie źle badani studenci ocenili poziom wyposażenia w umiejętności i kompetencje. Kategorie, takie jak umiejętność motywowania (2,67), umiejętność radzenia sobie z krytyką (2,78), umiejętność radzenia sobie z emocjami (2,78), umiejętności praktyczne (2,83) oraz umiejętność rozwiązywania konfliktów (2,85), zostały ocenione negatywnie (poniżej oceny „średnio”). Podobnie wygląda sytuacja na kierunku fizjoterapia, z tym, że we wszystkich kategoriach średnie oceny kształtowały się poniżej 4,0. Ponadto duża wartość odchylenia standardowego wyników wskazuje na zróżnicowane wyposażenie w wiedzę, umiejętności i kompetencje. Z jednej strony na tle pozostałych ocen dość wysoko oceniono wiedzę teoretyczną (3,84) i umiejętności praktyczne (3,89), z drugiej nisko oceniono umiejętność zarządzania czasem (3,16) oraz zdolność do radzenia sobie z emocjami (3,41).

Tabela 38. Ocena stopnia w jakim zakresie realizowane programy kształcenia na kierunkach medycznych i opiekuńczych dostarczają wiedzę, umiejętności i kompetencje do wykonywania zawodu (według kierunków kształcenia)

Wiedza, umiejętności i kompetencje do wykonywania zawodu	AON*	Fiz*	Lek*	OM*	OŚ*	Pie*	TZ*	ZP*
Wiedza teoretyczna	4,27	3,84	4,04	4,59	4,62	4,14	4,64	4,43
Umiejętności praktyczne	4,03	3,89	2,83	4,43	4,69	4,04	4,52	3,92
Umiejętność pracy z pacjentem/klientem	3,91	3,67	3,33	4,33	4,38	3,95	4,31	3,51
Umiejętność uczenia się	4,18	3,49	3,20	4,29	4,46	3,80	4,35	3,89
Umiejętność zarządzania czasem	4,12	3,16	3,04	4,32	4,62	3,61	4,14	3,90
Umiejętność pracy w zespole	4,27	3,82	3,43	4,33	4,62	3,92	4,52	4,10
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	4,09	3,59	2,85	4,23	4,54	3,70	4,22	3,79
Umiejętność radzenia sobie z krytyką	4,24	3,48	2,78	4,22	4,31	3,60	4,16	3,60
Umiejętność efektywnej komunikacji (np. słuchania, udzielania informacji)	4,30	3,79	3,31	4,37	4,62	3,91	4,40	4,00
Umiejętność pracy pod presją	4,03	3,66	3,30	4,20	4,62	3,74	3,96	3,98
Umiejętność motywowania	4,24	3,49	2,67	4,14	4,38	3,68	4,21	3,79
Umiejętność dostosowywania się do warunków i wymagań w pracy	4,15	3,73	3,31	4,28	4,46	3,78	4,21	4,02
Umiejętność radzenia sobie z emocjami	3,94	3,41	2,78	4,16	4,31	3,68	4,21	3,68
Średnia wartość	4,14	3,62	3,14	4,30	4,51	3,81	4,30	3,89
Odchylenie standardowe	0,13	0,20	0,36	0,12	0,13	0,16	0,18	0,23

* skróty kierunków: AON – asystent osoby niepełnosprawnej, Fiz – fizjoterapia, Lek – lekarski, OM – opiekun medyczny, OŚ – opiekunka środowiskowa, Pie – pielęgniarstwo, TZ – terapeuta zajęciowy, ZP – zdrowie publiczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

7.2.3. Ocena zajęć praktycznych i praktyk zawodowych

W celu oceny zajęć praktycznych realizowanych w toku kształcenia na kierunkach medycznych i opiekuńczych respondentom zadano trzy pytania:

- Jak Pani/Pan ocenia liczbę zajęć praktycznych w trakcie kształcenia? (kafeteria odpowiedzi w skali Likerta, gdzie: 5 – zdecydowanie za dużo zajęć, 4 – raczej za dużo zajęć, 3 – w sam raz, 2 – raczej za mało zajęć, 1 – zdecydowanie za mało zajęć);
- Jak Pani/Pan ocenia czas trwania zajęć praktycznych w trakcie kształcenia? (kafeteria odpowiedzi w skali Likerta, gdzie: gdzie: 5 – zdecydowanie za długi czas, 4 – raczej za długi czas, 3 – w sam raz, 2 – raczej za krótki czas, 1 – zdecydowanie za krótki czas);
- W jakim stopniu wykorzystywała Pani / wykorzystywał Pan wiedzę teoretyczną zdobytą podczas kształcenia, do realizacji zadań w trakcie praktyki zawodowej? (kafeteria odpowiedzi w skali Likerta, gdzie: 5 – w bardzo dużym stopniu, 4 – w dużym stopniu, 3 – w średnim stopniu, 2 – w małym stopniu, 1 – w bardzo małym stopniu);

Zarówno liczba zajęć praktycznych, jak i ich czas trwania zostały przez respondentów ocenione jako nieco niewystarczające (odpowiednio 2,82 i 2,90). Z kolei wykorzystanie wiedzy teoretycznej w trakcie praktyki zawodowej oceniono umiarkowanie pozytywnie (3,51). Należy jednak zauważyć, że średnia odpowiedzi we wszystkich pytaniach oscyluje blisko wartości neutralnej.

Tabela 39. Ocena zajęć praktycznych na poszczególnych kierunkach kształcenia

Wiedza, umiejętności i kompetencje do wykonywania zawodu	AON*	Fiz*	Lek*	OM*	OŚ*	Pie*	TZ*	ZP*
Jak Pani/Pan ocenia liczbę zajęć praktycznych w trakcie kształcenia?	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
Jak Pani/Pan ocenia czas trwania zajęć praktycznych w trakcie kształcenia?	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9
W jakim stopniu wykorzystywała Pani / wykorzystywał Pan wiedzę teoretyczną zdobytą podczas kształcenia, do realizacji zadań w trakcie praktyki zawodowej?	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4

* AON – asystent osoby niepełnosprawnej, Fiz – fizjoterapia, Lek – lekarski, OM – opiekun medyczny, OŚ – opiekunka środowiskowa, Pie – pielęgniarstwo, TZ – terapeuta zajęciowy, ZP – zdrowie publiczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Zróznicowanie oceny zajęć praktycznych można zaobserwować w odniesieniu do poszczególnych kierunków kształcenia (tabela 39). Wyraźne negatywnie na temat liczby i długości trwania takich zajęć wyrażali studenci kierunku lekarskiego, wskazując przede wszystkim na niewystarczającą liczbę tych zajęć, a w mniejszym zakresie na czas trwania poszczególnych zajęć (odpowiednio: 2,17 i 2,46). Nieco bliżej oceny neutralnej, choć nadal wskazując na ich niewystarczającą liczbę, byli badani na kierunku opiekun medyczny (2,69 i 2,73). Taka ocena wskazana przez ankietowanych jest zgodna z wypowiedziami przedstawicieli placówek opiekuńczych, zdaniem których w programach kształcenia powinno być więcej zajęć praktycznych. W opinii pozostałych badanych ich kierunki kształcenia zapewniają względnie optymalną liczbę i czas trwania praktycznej nauki.

Jeśli chodzi o ocenę stopnia wykorzystania wiedzy teoretycznej zdobytej podczas kształcenia do realizacji zadań w trakcie praktyki zawodowej, to jedynie opinie respondentów kierunku lekarskiego były neutralne, zaś pozostali badani cenili ten aspekt umiarkowanie pozytywnie. Największą wartość wskazywali uczący się na kierunkach opiekun medyczny (3,67), terapeuta zajęciowy (3,64) oraz pielęgniarstwo (3,63).

7.3. Percepcja pracy z osobami starszymi wśród osób kształcących się na kierunkach medycznych i opiekuńczych

W celu zdiagnozowania, jak osoby kształcące się w zawodach medycznych i opiekuńczych postrzegają pracę z osobami starszymi, poproszono respondentów o ustosunkowanie się do dwóch zestawów stwierdzeń: pierwszy dotyczył percepcji negatywnych aspektów pracy z seniorami, drugi zaś aspektów pozytywnych (z kafeterią odpowiedzi dla każdego stwierdzenia: 1 – zdecydowanie nie zgadzam się, 2 – raczej nie zgadzam się, 3 – ani się nie zgadzam, ani się zgadzam, 4 – raczej zgadzam się, 5 – zdecydowanie zgadzam się). Stwierdzenia obejmowały zarówno postrzeżenie trudności, obciążeń oraz negatywnych konsekwencji związanych z tą pracą, jak i dostrzeżane korzyści, satysfakcję oraz możliwości rozwoju zawodowego i osobistego (tabela 40). Uzyskane wyniki pozwalają wieloaspektowo scharakteryzować postrzeżenie pracy

z osobami starszymi przez badanych studentów oraz uczniów kierunków medycznych i opiekuńczych.

Tabela 40. Zestaw stwierdzeń dotyczących percepcji pracy z osobami starszymi

Stwierdzenia	Charakter stwierdzenia
Jest wymagająca i odpowiedzialna.	negatywne
Jest obciążająca fizycznie.	negatywne
Jest obciążająca psychicznie.	negatywne
Wiąże się z dużym strasem.	negatywne
Wiąże się z nieregularnymi godzinami pracy.	negatywne
Często prowadzi do wypalenia zawodowego i depresji.	negatywne
Daje możliwość poprawy standardu życia osób starszych.	pozytywne
Daje poczucie spełnienia z niesienia pomocy i wsparcia osób starszych.	pozytywne
To stabilna perspektywa zatrudnienia w Polsce.	pozytywne
To stabilna perspektywa zatrudnienia za granicą.	pozytywne
To możliwość wysokich zarobków w Polsce.	pozytywne
To możliwość wysokich zarobków za granicą.	pozytywne
To możliwość rozwijania empatii, cierpliwości, asertywności, komunikacyjności.	pozytywne

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie oceny poszczególnych aspektów pracy z osobami obliczono również zintegrowany wskaźnik negatywnej oceny, wyrażony jako średnia wartość oceny stwierdzeń negatywnych, oraz pozytywnej oceny, wyrażony jako średnia wartość oceny stwierdzeń pozytywnych.

7.3.1. Negatywne aspekty pracy z osobami starszymi

Badani w większości istotnie zgadzali się ze stwierdzeniami wskazującymi na wymagający charakter pracy z seniorami. Średnie wartości ocen poszczególnych aspektów oscylowały wokół 4,0 lub więcej (wskaźnik zintegrowany wynosi 4,17). Szczególnie wysokie oceny uzyskały stwierdzenia opisujące pracę z osobami starszymi jako wymagającą i odpowiedzialną (4,50), obciążającą fizycznie (4,41) oraz psychicznie (4,33). Najniżej oceniano zaś ryzyko wypalenia zawodowego (3,76) oraz nieregularne godziny pracy (3,93). Jednocześnie wyniki dla poszczególnych grup wiekowych oraz płci były do siebie zbliżone. Postrzeganie pracy z osobami starszymi jako obciążającej fizycznie i psychicznie jest powszechne. W taki sposób odbierają ją nie tylko ankietowani. Osoby uczestniczące we wcześniejszym etapie badania (tzn. wywiadach IDI) wskazywały na trudność takiej pracy jako jedną z głównych barier zwiększania podaży w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze seniorom.

Uzyskane dane ukazują również zróżnicowaną percepcję pracy z osobami starszymi w zależności od kierunku kształcenia. Generalnie panuje przekonanie, że praca z seniorami jest wymagająca i odpowiedzialna. Szczególnie często to przekonanie wyrażały osoby uczące się na kierunkach pielęgniarstwo (4,26), opiekunka środowiskowa (4,23) i opiekun medyczny (4,21), rzadziej zaś – asystent osoby niepełnosprawnej (3,81).

Obciążenia fizyczne i psychiczne łączą się z poczuciem stresu i nieregularnymi godzinami pracy – te aspekty są oceniane stosunkowo wysoko (powyżej 3,6) w odniesieniu do większości

kierunków, przy czym szczególnie nieregularność czasu pracy jest wyraźnie dostrzegana przez studentów opiekunki środowiskowej (4,23) i pielęgniarstwa (4,07). Dość istotne jest także wskazanie na możliwość wypalenia zawodowego i depresji, choć oceny te nieco różnią się w zależności od kierunku. Najwyżej wypalenie zawodowe oceniają osoby z kierunków pielęgniarstwo (3,88) oraz opiekun medyczny (3,86), co może wynikać z ich codziennego zaangażowania w bezpośrednią opiekę nad pacjentami oraz ze świadomości długotrwałego stresu.

Kierunki mniej związane z codzienną, intensywną opieką nad pacjentami, takie jak asystent osoby niepełnosprawnej czy lekarski, wykazują nieco niższe wartości obciążeń, choć nadal pozostają one na relatywnie wysokim poziomie.

7.3.2. Pozytywne aspekty pracy z osobami starszymi

Respondenci dostrzegali również zalety pracy z seniorami (wskaźnik zintegrowany równy 3,95). Najwyższe oceny dotyczyły możliwości poprawy standardu życia osób starszych (4,39) oraz poczucia spełnienia płynącego z niesienia im pomocy (4,29). Wskazuje to na silny aspekt prospołeczny i humanitarny tej pracy. Jednocześnie respondenci relatywnie wysoko oceniali szanse na rozwój takich kompetencji miękkich, jak empatia, cierpliwość, asertywność i komunikatywność (4,18). Praca z osobami starszymi postrzegana jest więc nie tylko jako wyzwanie, ale też okazja do osobistego rozwoju oraz budowania satysfakcji zawodowej.

Kwestie związane ze stabilnością zatrudnienia i wynagrodzeniem były oceniane bardziej umiarkowanie. Praca z osobami starszymi postrzegana jest jako relatywnie stabilna – zarówno w Polsce (3,79), jak i za granicą (3,83), przy czym najniżej oceniono możliwość uzyskania wysokich zarobków w Polsce (3,42).

Analogicznie jak w przypadku negatywnych aspektów pracy z osobami starszymi można dostrzec zróżnicowanie percepcji aspektów pozytywnych, w zależności od kierunku kształcenia.

Najlepiej pozytywne aspekty pracy z osobami starszymi postrzegają badani na kierunkach opiekun medyczny (4,20) oraz opiekunka środowiskowa (4,07), a najniżej – zdrowie publiczne (3,73) i lekarski (3,69). Takie postrzeganie pracy z seniorami przez reprezentantów kierunku opiekun medyczny oraz opiekuna środowiskowa jest niezwykle budujące, ponieważ są to dwa bardzo istotne zawody świadczące usługi seniorom: opiekun medyczny w placówkach opiekuńczych, zaś opiekunka środowiskowa w miejscu zamieszkania starszej osoby.

7.3.3. Ocena pracy z osobami starszymi

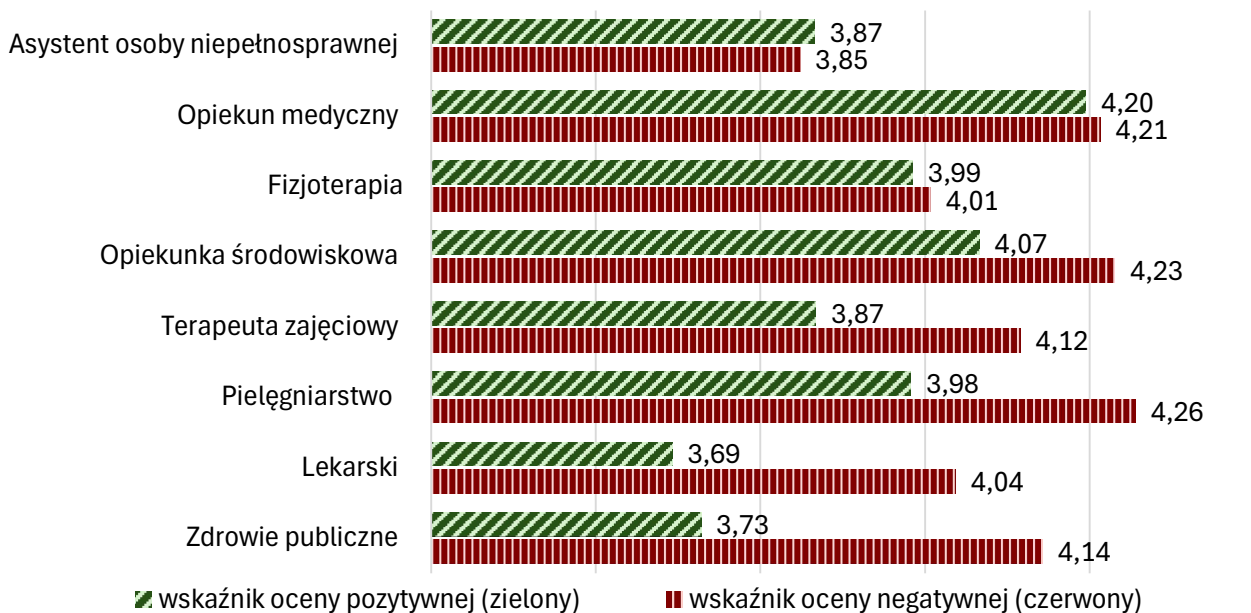
Z porównania zintegrowanego wskaźnika oceny pozytywnej oraz oceny negatywnej wyłania się ogólny obraz oceny pracy z osobami starszymi. Respondenci częściej wskazywali na istotne znaczenie negatywnych czynników takiej pracy (4,17) niż na aspekty pozytywne (3,95). Różnica wyniosła 0,22 punktu, co sugeruje, że w świadomości osób kształcących się w zawodach medycznych i opiekuńczych, dostrzeganie trudności i zagrożeń wynikających z opieki nad seniorami przeważa nad korzyściami i satysfakcją zawodową.

W ujęciu ze względu na płeć kobiety dostrzegają nieco wyższy poziom zarówno aspektów negatywnych (4,19), jak i pozytywnych (3,97) w porównaniu z mężczyznami (odpowiednio 4,10 i 3,87). Różnica między oceną negatywnych a pozytywnych elementów pracy pozostaje jednak

na porównywalnym poziomie. Analiza w podziale na grupy wiekowe wskazuje na pewną tendencję: u osób powyżej 35. roku życia były najwyższe średnie oceny zarówno negatywnych (4,22), jak i pozytywnych (4,04) aspektów pracy z seniorami, przy jednocześnie najmniejszej różnicy (0,18). Oznacza to, że badani z większym doświadczeniem życiowym mogą bardziej świadomie dostrzegać złożoność pracy w opiece nad osobami w podeszłym wieku, odbierając ją jako obciążającą, lecz również niosącą więcej wartości i satysfakcji. Z kolei najmłodsza grupa (18–26 lat) odnotowała największy rozstęp między ocenami (0,25), co może świadczyć o większej niepewności lub obawach co do trudności w tej pracy przy jednocześnie słabszym dostrzeganiu jej pozytywnych stron.

Respondenci reprezentujący różne kierunki kształcenia medyczne i opiekuńcze w zróżnicowany sposób postrzegają pracę z osobami starszymi (wykres 45).

Wykres 45. Wartość zintegrowanego wskaźnika oceny pozytywnej i negatywnej pracy z osobami starszymi w podziale na kierunki kształcenia



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Najmniejszą różnicę między zintegrowanym wskaźnikiem oceny negatywnej a pozytywnej zaobserwowano u osób kształcących się w zawodach asystenta osoby niepełnosprawnej (3,85 wobec 3,87), fizjoterapeuty (4,01 wobec 3,99), opiekuna medycznego (4,21 wobec 4,20) oraz opiekunki środowiskowej (4,23 wobec 4,07). Świadczy to o tym, że w tych trzech grupach dostrzeganie trudności jest niemal równoważone z potencjalnymi korzyściami. Największe dysproporcje w ocenie pracy z seniorami (na niekorzyść aspektów pozytywnych) stwierdzono wśród osób kształcących się na kierunkach: zdrowie publiczne (4,14 wobec 3,73), lekarski (4,04 wobec 3,69) oraz pielęgniarstwo (4,26 wobec 3,89). Niepokojące jest wyjątkowo negatywne postrzeganie pracy z osobami starszymi przez przyszłe pielęgniarki (różnica 0,37) i przyszłych lekarzy (różnica 0,35). Studenci tych kierunków widzą zdecydowanie więcej trudności pracy z osobami starszymi nad pozytywnymi aspektami niż inne grupy zawodowe. Jednocześnie są to zawody, które stanowią podstawę usług medycznych dedykowanych osobom starszym.

7.3.4. Umiejętności/kompetencje niezbędne do wykonywania pracy z osobami starszymi

Aby zdiagnozować postrzeganie poziomu umiejętności/kompetencji niezbędnego do wykonywania pracy z osobami starszymi, respondentom zadano pytanie: „Proszę ocenić poziom przydatności kompetencji i cech osobowości do wykonywania pracy z osobami starszymi:

- dojrzałość emocjonalna,
- odporność na stres,
- umiejętność pokonywania przeszkód i ograniczeń,
- asertywność i odwaga,
- umiejętność nawiązywania kontaktu z ludźmi,
- komunikatywność i otwartość na dialog,
- wrażliwość i empatia,
- tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób,
- odpowiedzialność zdyscyplinowanie i systematyczność,
- podzielność i zdolność koncentracji uwagi,
- zaradność i samodzielność działania,
- umiejętność przystosowania się do zmieniającej się sytuacji,
- zachowanie odpowiednich standardów etycznych,
- potrzeba ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy”.

Oceny dokonywano w skali Likerta, gdzie: 5 - zdecydowanie przydatne, 4 – raczej przydatne, 3 – ani przydatne, ani nieprzydatne, 2 – raczej nieprzydatne, 1 – zdecydowanie nieprzydatne. Wyniki zaprezentowano jako średnią wartość odpowiedzi udzielonych przez respondentów.

Analogicznie proszono respondentów o ocenę tego zestawu umiejętności/kompetencji w odniesieniu do pracy w zawodzie medycznym i opiekuńczym korespondującym z realizowanym przez badanego kierunkiem kształcenia. Pozwoliło to na ukazanie poziomu umiejętności/kompetencji niezbędnych do pracy z osobami starszymi na szerszym tle. W obu przypadkach obliczono również zintegrowany wskaźnik umiejętności/kompetencji, wyrażony jako średnią wartość deklarowanego poziomu wszystkich umiejętności/kompetencji.

Wyniki wskazują, że najwyżej oceniono umiejętność nawiązywania kontaktu z ludźmi (4,72). Bardzo wysokie wartości przypisano również tolerancji i poszanowaniu godności (4,71) oraz komunikatywności i otwartości na dialog (4,71). Kolejnym ważnym obszarem okazała się dojrzałość emocjonalna (4,69). Respondenci dostrzegają znaczenie umiejętności kontroli i wyrażania emocji w sytuacjach obciążających psychicznie, co może łączyć się z równie wysoko ocenianą odpornością na stres (4,66) oraz wrażliwością i empatią (4,66). Nieco niższe oceny uzyskały zaradność i samodzielność w działaniu (4,65) oraz zachowanie odpowiednich standardów etycznych (4,65). Najniżej, choć wciąż uznane za wysoce przydatne, zostały ocenione umiejętność pokonywania przeszkód i ograniczeń (4,64), odpowiedzialność, zdyscyplinowanie i systematyczność (4,64) oraz umiejętność przystosowania się do zmieniającej się sytuacji (4,63). Najmniej istotne w analizowanym zestawieniu okazały się

podzielność i zdolność koncentracji uwagi (4,59), asertywność i odwaga (4,58) oraz potrzeba ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy (4,55).

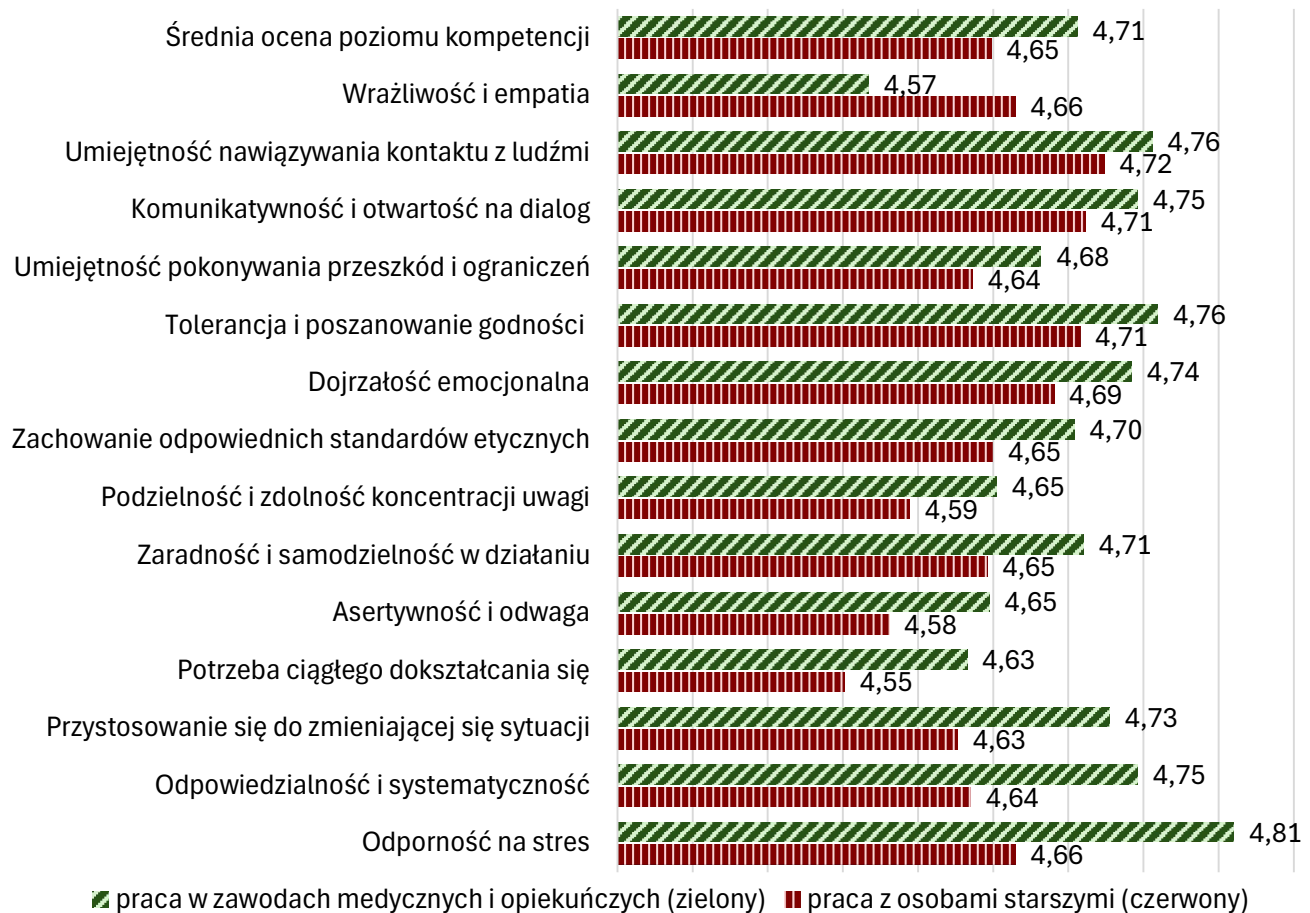
Wyniki wskazują, że kobiety generalnie wyżej oceniają wszystkie analizowane kompetencje niż mężczyźni, przy czym najwyraźniejsze różnice między tymi grupami dotyczą dojrzałości emocjonalnej (4,74 wobec 4,47) oraz tolerancji i poszanowania godności (4,77 wobec 4,46). W odniesieniu do wieku największe wartości występują wśród osób powyżej 35. roku życia, które szczególnie wysoko cenią umiejętność nawiązywania kontaktu (4,79), dojrzałość emocjonalną (4,80) czy odporność na stres (4,77). Grupy 18–26 oraz 27–35 lat prezentują zbliżone, jednak nieco niższe oceny. Można więc wnioskować, że zarówno płeć, jak i wiek mają wpływ na postrzeganie kompetencji: kobiety i osoby powyżej 35. roku życia przypisują im większe znaczenie, szczególnie w obszarach związanych z dojrzałością emocjonalną, komunikacją i wrażliwością na potrzeby innych.

W analizie porównawczej ze względu na kierunek kształcenia wyraźnie wyodrębnia się terapeuta zajęciowy, uzyskując najwyższą średnią ocenę poziomu umiejętności/kompetencji do pracy z osobami starszymi (4,78) oraz pielęgniarstwo (4,66). Najniższe oceny zanotowano zaś u osób kształcących się na kierunkach lekarskim (4,55) oraz asystent osoby niepełnosprawnej (4,44). Zestawienie średniej wartości oceny wszystkich umiejętności/kompetencji dla poszczególnych kierunków kształcenia przedstawia wykres 46.

Ciekawych wniosków dostarcza również porównanie poziomu umiejętności/kompetencji przydatnych do pracy z osobami starszymi z poziomem ich przydatności do pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych (wykres 46).

W przekonaniu badanych poziom umiejętności/kompetencji do wykonywania pracy z osobami starszymi jest generalnie niższy (średni poziom wszystkich kompetencji 4,65) niż w przypadku zawodów medyczno-opiekuńczych (4,71). Największe różnice odnotowano w odniesieniu do takich cech jak odporność na stres oraz odpowiedzialność, zdyscyplinowanie i systematyczność, najniższe zaś w przypadku komunikatywności i otwartości na dialog oraz umiejętności nawiązywania kontaktu z ludźmi. Wyjątkiem jest wrażliwość i empatia, która osiągnęła wyższy wynik w pracy z osobami starszymi w porównaniu do zawodów medycznych i opiekuńczych. Oznacza to, że w opinii ankietowanych praca z osobami starszymi wymaga więcej wrażliwości i empatii niż praca w zawodach medycznych i opiekuńczych w ogóle. Na wrażliwość i empatię jako kluczową kompetencję miękką zwracali uwagę także rozmówcy podczas wywiadów pogłębionych.

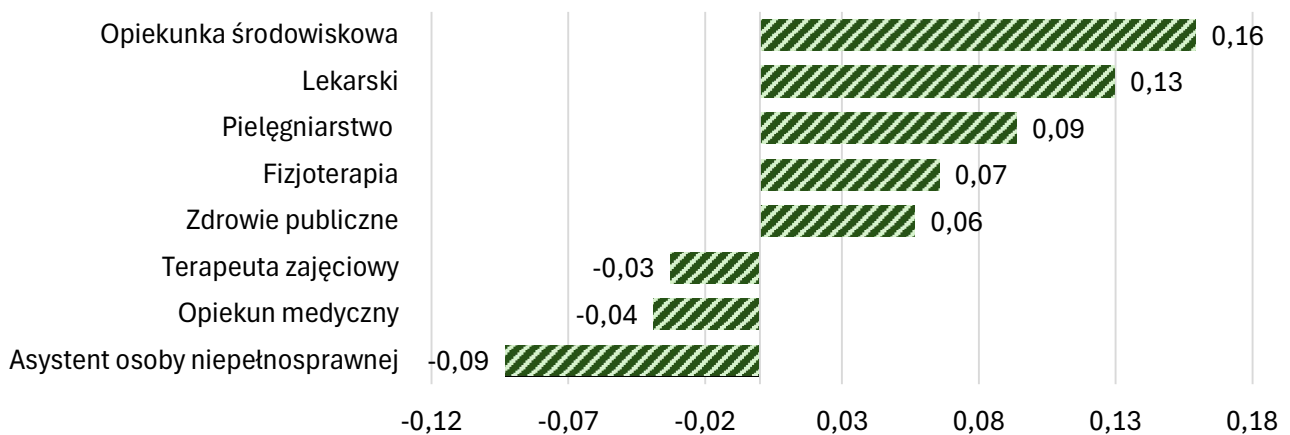
Wykres 46. Ocena poziomu kompetencji niezbędnych do wykonywania pracy z osobami starszymi oraz do wykonywania zawodów medycznych i opiekuńczych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Analizując wyniki w rozbiciu na poszczególne kierunki kształcenia, można wyróżnić dwie grupy (wykres 47).

Wykres 47. Różnica między średnią oceną poziomu kompetencji niezbędnych do wykonywania zawodów medycznych i opiekuńczych a średnią oceną poziomu kompetencji niezbędnych do pracy z osobami starszymi



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Pierwszą grupę tworzą te kierunki, w których studenci/uczniowie wyżej oceniają poziom kompetencji niezbędnych do pracy z osobami starszymi w porównaniu do zadań związanych z wykonywaniem wyuczonego zawodu. Zaliczają się do nich asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun medyczny i fizjoterapeuta. Drugą grupę stanowią pozostałe kierunki, w których oceniono, że poziom kompetencji do wykonywania zawodu przekracza niezbędny poziom kompetencji koniecznych do pracy z osobami starszymi. Oznacza to, że osoby uczące się na tych kierunkach uważają ogólny profil kompetencyjny w swoim zawodzie za na tyle obszerny, że praca z osobami starszymi nie wymaga dodatkowego ich podnoszenia.

7.4. Podaż w zawodach związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi dla osób starszych ze strony osób kształcących się w zawodach medycznych i opiekuńczych

7.4.1. Chęć podjęcia pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych

W celu zdiagnozowania zamiarów podjęcia pracy w zawodach zgodnych z kierunkiem kształcenia respondentów poproszono o odpowiedź na pytanie: „Czy po ukończeniu nauki zamierza Pani/Pan pracować w zawodzie zgodnym z realizowanym obecnie kierunkiem kształcenia?” (z kafeterią odpowiedzi w skali Likerta: 1 – zdecydowanie nie, 2 – raczej nie, 3 – trudno powiedzieć, 4 – raczej tak, 5 – zdecydowanie tak).

Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują na wysoką skłonność osób kształcących się w zawodach medycznych i opiekuńczych do podjęcia (kontynuowania) pracy w obranym kierunku po zakończeniu nauki. Niemal 85% respondentów deklaruowało chęć wykonywania zawodu, przy zaledwie 5% postaw negatywnych i 10% niezdecydowanych.

W odniesieniu do płci zauważalna jest większa determinacja wśród kobiet. W tej grupie odsetek pozytywnych odpowiedzi wynosi 87% i jest on wyższy niż wśród mężczyzn (74%). Mężczyźni wykazują też większą niż kobiety niepewność co do planów zawodowych (odpowiednio 13% i 9%) oraz wyższy udział postaw negatywnych (odpowiednio 12% i 8%).

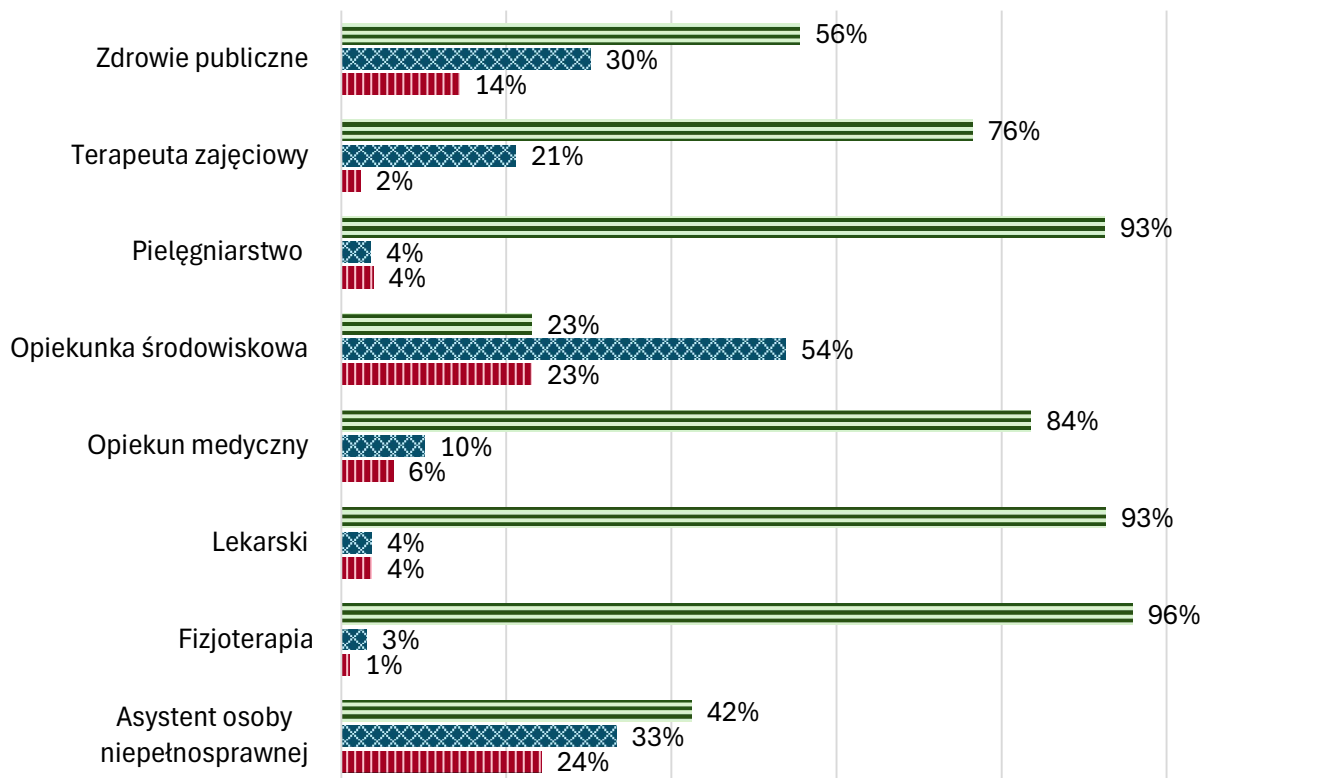
Analiza danych według wieku wskazuje na stosunkowo niewielkie różnice pomiędzy poszczególnymi grupami. Młodszy respondenci (18–26 lat) deklarują wysoką chęć pracy w zawodzie (85% odpowiedzi pozytywnych), przy czym odsetek odpowiedzi „zdecydowanie tak” (58%) jest zbliżony do starszych grup wiekowych. Osoby w wieku 27–35 lat cechuje nieco wyższy poziom niepewności (12% odpowiedzi „trudno powiedzieć”), a jednocześnie stabilny, ponad 80-procentowy udział postaw pozytywnych. Najbardziej stanowcze deklaracje obserwuje się wśród najstarszych respondentów (powyżej 35 lat), gdzie aż 62% badanych odpowiada „zdecydowanie tak”, a łączny odsetek osób chcących kontynuować pracę w zawodzie wynosi 84%.

W podziale na poszczególne podregiony zauważalne są wyraźne różnice w deklarowanych planach zawodowych. Podregion białostocki charakteryzuje się mniejszym entuzjazmem w porównaniu z pozostałymi obszarami. Choć nadal łącznie 82% odpowiedzi wskazuje na chęć pracy w zawodzie (57% „zdecydowanie tak” i 25% „raczej tak”), to jednocześnie jest tu najwyższy wśród analizowanych podregionów odsetek odpowiedzi niezdecydowanych (12%) oraz relatywnie wyższy poziom deklaracji negatywnych (7% łącznie „zdecydowanie nie” i „raczej

nie”). Podregion łomżyński wyróżnia się zdecydowanie najbardziej optymistyczną postawą. Zaledwie 1% respondentów udziela tu odpowiedzi o charakterze negatywnym, a aż 93% badanych planuje pracę w zawodzie, przy czym 63% jest o tym zdecydowanie przekonanych. Jednocześnie odsetek osób niezdecydowanych jest podobny jak w subregionie białostockim (6%). Podregion suwalski plasuje się wyżej od pozostałych obszarów pod względem struktury odpowiedzi. Dominują postawy pozytywne (88% łącznie), z najwyższym odsetkiem deklaracji „zdecydowanie tak” (68%). Jednocześnie poziom niepewności (6%) i negatywnych odpowiedzi (5%) pozostaje stosunkowo niski.

Analiza wyników ze względu na kierunek kształcenia wskazuje na znaczące zróżnicowanie deklaracji dotyczących dalszej pracy w wyuczonym zawodzie (wykres 48). Kierunki o charakterze *stricte* medycznym (lekarski, pielęgniarstwo) oraz fizjoterapia wyraźnie wyróżniają się bardzo wysokim udziałem odpowiedzi zdecydowanie pozytywnych. W grupie lekarskiej aż 78% respondentów deklaruje „zdecydowanie tak”, a łącznie 93% wyraża gotowość pracy w zawodzie, przy minimalnym odsetku odpowiedzi negatywnych i niepewnych. Podobne, choć nieco mniej skrajne tendencje obserwuje się w pielęgniarstwie (74% „zdecydowanie tak” i łącznie 93% odpowiedzi pozytywnych) oraz w fizjoterapii (58% „zdecydowanie tak”, ogółem 96% pozytywów). Dane te wskazują na silne przekonanie o atrakcyjności i stabilności tych zawodów.

Wykres 48. Zamiar pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych po ukończeniu nauki



■ zdecydowanie tak, raczej tak (zielony) ■ trudno powiedzieć (niebieski) ■ zdecydowanie nie, raczej nie (czerwony)

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Wysoka, choć mniej jednoznaczna deklaracja wykonywania zawodu charakteryzuje przyszłych opiekunów medycznych i terapeutów zajęciowych. Dla opiekuna medycznego łączny odsetek pozytywnych deklaracji wynosi 84%, przy niewielkim poziomie niepewności (10%) i odpowiedzi negatywnych (7%). W przypadku terapeutów zajęciowych 76% respondentów deklaruje chęć pracy w zawodzie, co przy 21% niepewności i marginalnej negatywności sugeruje raczej stabilną, choć nieco bardziej zróżnicowaną strukturę postaw.

Bardziej złożona sytuacja dotyczy kierunków związanych z wykonywaniem zawodu asystenta osoby niepełnosprawnej oraz opieki środowiskowej. Wśród asystentów osób niepełnosprawnych wyraźnie wysoki jest poziom niepewności (33%) oraz stosunkowo duży odsetek postaw negatywnych (łącznie 24%), a jedynie 42% badanych wyraża gotowość pracy w zawodzie. Jeszcze bardziej niejednoznaczne są deklaracje wśród opiekunek środowiskowych, gdzie ponad połowa respondentów (54%) nie jest w stanie określić swojego stanowiska, przy zaledwie 23% wskazań pozytywnych i istotnym udziale odpowiedzi negatywnych (23%).

Respondentów, którzy wskazywali na niepewność co do kontynuowania pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych, proszono o ocenę trzech potencjalnych przyczyn (z kafeterią odpowiedzi w skali Likerta, gdzie: 1 – zdecydowanie nie zgadzam się, 2 – raczej się nie zgadzam, 3 – ani się nie zgadzam, ani się zgadzam, 4 – raczej zgadzam się, 5 – zdecydowanie zgadzam się):

- myślę o pracy w innym zawodzie niż mój kierunek kształcenia,
- nie mam jeszcze sprecyzowanych planów zawodowych,
- nie dokonałam/dokonałem jeszcze analizy ofert pracy w zawodzie zgodnym z moim kierunkiem kształcenia.

Wyniki wskazują, że głównymi przyczynami niepewności są brak konkretnych planów zawodowych oraz niewystarczająca analiza ofert pracy. W całej badanej grupie średni poziom zgody ze stwierdzeniem „nie dokonałam/dokonałem jeszcze analizy ofert pracy w zawodzie” wynosił 3,32, a ze stwierdzeniem „nie mam jeszcze sprecyzowanych planów zawodowych” – 3,17. Myśl o zmianie zawodu pojawia się jedynie w odniesieniu do respondentów kierunków opiekuńczych: opiekunka środowiskowa (3,40) oraz asystent osoby niepełnosprawnej (3,23).

Zbadano również, jaki wpływ na obranie ścieżki kariery zawodowej innej niż kierunek kształcenia miało zetknięcie się z praktycznymi aspektami wykonywania zawodów medycznych i opiekuńczych. Respondentów, którzy deklarowali, że nie chcą kontynuować pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych, poproszono o ocenę tego, w jakim stopniu zgadzają się ze stwierdzeniem: „Po realizacji praktyk mam wątpliwości, czy chcę wykonywać pracę zgodną z kierunkiem kształcenia” (z kafeterią odpowiedzi w skali Likerta, gdzie: 1 – zdecydowanie nie zgadzam się, 2 – raczej się nie zgadzam, 3 – ani się nie zgadzam, ani się zgadzam, 4 – raczej zgadzam się, 5 – zdecydowanie zgadzam się).

Wyniki wskazują, że wykonywanie pracy w ramach realizowanych praktyk może być przyczyną niechęci do jej wykonywania jedynie przez osoby uczące się na kierunkach asystent osoby niepełnosprawnej (3,32) oraz opiekunka środowiskowa (3,10). W pozostałych przypadkach deklaracje wskazują, że ten aspekt nie ma wpływu na decyzję o wyborze ścieżki przyszłej kariery zawodowej.

7.4.2. Preferencje dotyczące lokalizacji przyszłej pracy zawodowej wśród kształcących się do wykonywania zawodów medycznych i opiekuńczych

Analiza wyników wskazuje, że największy odsetek badanych łączy przyszłość zawodową z województwem podlaskim (75%), z czego na poszukiwanie pracy jedynie w obszarze gminy, w której obecnie mieszka, jest gotowych 21%, zaś w powiecie – 6%. Podjęcie pracy poza województwem nie wyklucza 10% badanych, z czego jedynie 3% rozważa pracę poza granicami Polski. Część respondentów pozostaje niezdecydowana (14%).

Uwzględnienie podziału według płci ujawnia, że kobiety są bardziej związane z lokalnym środowiskiem niż mężczyźni. Kobiety znacznie częściej wskazują zarówno gminę (22%), jak i powiat (17%) oraz województwo (39%) jako obszar przyszłej pracy, rzadziej wybierając inny region Polski (6%) czy inny kraj (3%). Mężczyźni wykazują nieco większą skłonność do migracji: częściej rozważają inny region Polski (10%) i inny kraj (7%), jednocześnie są też częściej niezdecydowani (20%).

Analiza w podziale na grupy wiekowe pokazuje wyraźną tendencję wzrastającego zakorzenienia wraz z wiekiem. Najmłodszy respondenci (18–26 lat) w mniejszym stopniu wybierają gminę (13%), częściej są niezdecydowani (22%) i chętniej rozważają inny region Polski (12%) czy inny kraj (5%). Grupa z przedziału 27–35 lat jest już bardziej skoncentrowana na pozostaniu w gminie (21%) lub powiecie (20%) oraz województwie (40%), a jednocześnie mniej niezdecydowana (11%). Najstarsi badani (powyżej 35 lat) wykazują najwyższy poziom przywiązania do najbliższego otoczenia – 31% deklaruje wybór gminy, 22% – powiatu, a 38% – pozostanie na terenie województwa. Jedynie 1% tej grupy rozważa inny region lub kraj, a zaledwie 5% jest niezdecydowanych.

Różnice w preferencjach dotyczących lokalizacji przyszłej pracy zawodowej uwidaczniają się w poszczególnych podregionach województwa podlaskiego. Dla podregionu białostockiego najwięcej, bo 77% respondentów, deklaruje chęć pozostania w województwie podlaskim, przy czym 23% wybiera gminę, 15% – powiat. Poza województwem podlaskim pracy zamierza poszukiwać 9% respondentów (6% – inny region Polski, 4% – inny kraj). W podregionie suwalskim odsetek chcących podjąć pracę w województwie podlaskim w ten sposób jest podobny jak w białostockim i wynosi 73% (21% gmina, 18% powiat). Poza województwo chce wyjechać 10% (8% – inny region Polski, 2% – inny kraj). Najmniejszą chęć pracy w województwie podlaskim wyrażają ankietowani z subregionu łomżyńskiego 68% (11% gmina, 21% powiat). 15% ankietowanych z tego subregionu jest zdecydowana poszukiwać zatrudnienia poza województwem podlaskim (11% inny region, 4% inny kraj). W kwestii niezdecydowania przyszłego miejsca pracy 13% respondentów z podregionu białostockiego nie ma jeszcze sprecyzowanych planów, podczas gdy w suwalskim i łomżyńskim odsetek ten jest wyższy i wynosi po 17%.

Wśród osób kształcących się na kierunkach medycznych (np. lekarski, fizjoterapia, zdrowie publiczne) widać wyższą skłonność do poszukiwania pracy poza województwem podlaskim oraz większą niepewność co do przyszłego miejsca zatrudnienia. Przyszli fizjoterapeuci odznaczają się największym odsetkiem niezdecydowanych (30%) i stosunkowo wysokim udziałem osób planujących wyjazd poza województwo (20%), w tym 14% do innego regionu Polski i 5% za granicę. Podobne, choć nieco bardziej zrównoważone deklaracje pojawiają się

w grupie kształcących się na kierunku lekarskim, gdzie 19% rozważa opuszczenie województwa (po 9% w Polsce i za granicą), a 19% jeszcze nie jest pewna swojej przyszłej lokalizacji. Warto też zwrócić uwagę, że choć lekarze w większości chcą zostać w podlaskim (63%), to istotną część z nich preferuje cały obszar województwa (37%) zamiast ściśle lokalnych opcji. Osoby kształcące się w zakresie zdrowia publicznego (75% w podlaskim) wyróżniają się stosunkowo dużą gotowością do zmiany regionu (14%, w tym 10% – inny region Polski, 5% – inny kraj) oraz umiarkowanym poziomem niepewności (11%).

7.4.3. Gotowość do pracy z osobami starszymi wśród kształcących się do wykonywania zawodów medycznych i opiekuńczych

W celu określenia gotowości do pracy z osobami starszymi respondentom zadano pytanie: „Czy na obecnym etapie kształcenia rozważa Pani/Pan pracę z osobami starszymi?” (kafeterią odpowiedzi: 1 – zdecydowanie nie, 2 – raczej nie, 3 – trudno powiedzieć, 4 – raczej tak, 5 – zdecydowanie tak). Wyniki zaprezentowano jako średnią wartość odpowiedzi udzielonych przez respondentów. Otrzymane wyniki zestawiono z wynikami dotyczącymi deklaracji chęci pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych zgodnych z realizowanym kierunkiem kształcenia, to jest z pytaniem: „Czy po ukończeniu nauki zamierza Pani/Pan pracować w zawodzie zgodnym z realizowanym obecnie kierunkiem kształcenia?” (z kafeterią odpowiedzi: 1 – zdecydowanie nie, 2 – raczej nie, 3 – trudno powiedzieć, 4 – raczej tak, 5 – zdecydowanie tak).

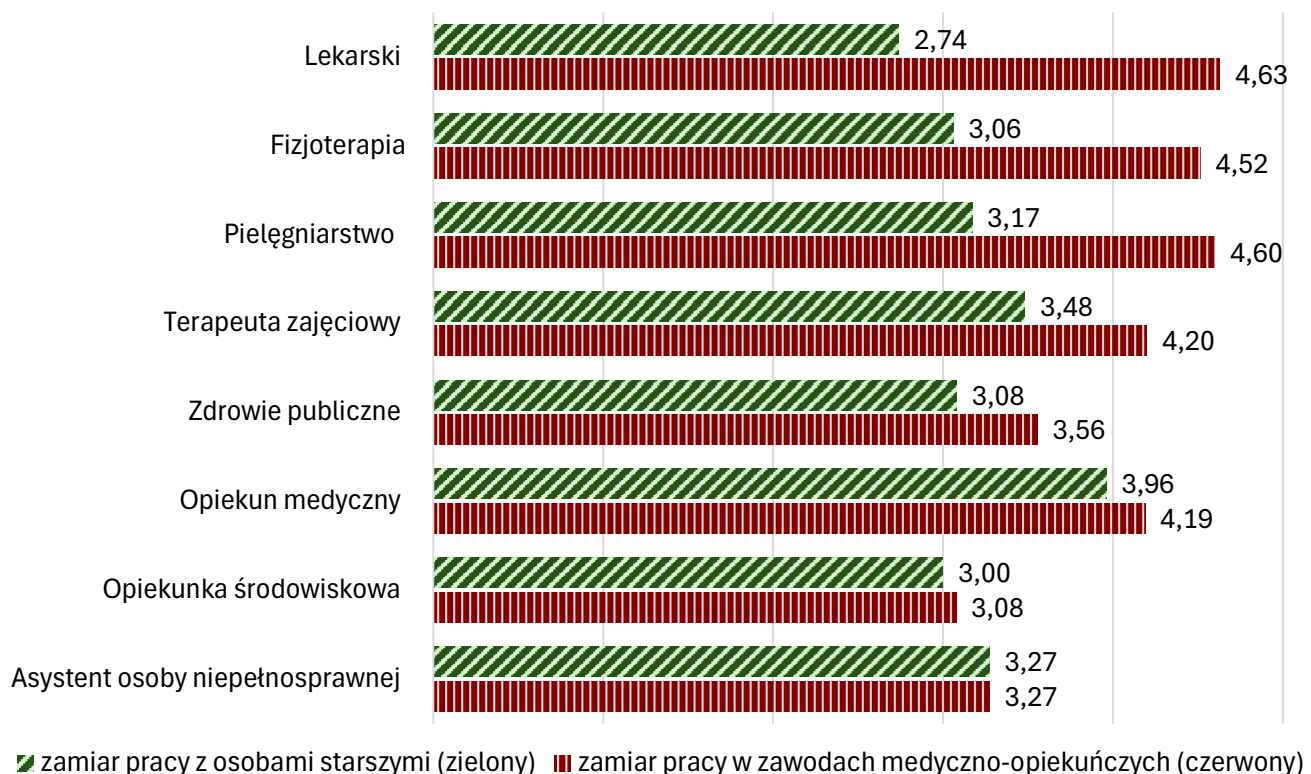
Średnia dla całej badanej grupy (3,23) wskazuje na umiarkowany, lekko pozytywny stosunek do pracy z seniorami. W podziale ze względu na płeć kobiety przejawiały nieznacznie wyższą gotowość do podejmowania pracy z osobami starszymi (3,26) niż mężczyźni (3,06). Istotne różnice pojawiły się także w aspekcie wieku – wyraźnie niższe zainteresowanie pracą z osobami starszymi zgłaszały osoby młodsze, 18–26 lat (2,97), podczas gdy respondenci w wieku 27–35 lat (3,35) oraz powyżej 35 lat (3,56) wyrażali większą gotowość do podjęcia takiej pracy. Otrzymanie z badań ankietowych wyniki wskazują, że najbardziej chętne do pracy z osobami starszymi są osoby w średnim wieku. Jest to spójne z wcześniej otrzymanymi wynikami z wywiadów pogłębionych. Zarówno osoby zarządzające placówkami opiekuńczymi, jak też sami przedstawiciele zawodów twierdzili, że pracę w usługach opiekuńczych podejmują przede wszystkim osoby w średnim wieku ze względu na doświadczenie życiowe (np. wynikające z konieczności opieki nad swoimi rodzicami/dziadkami), pozwalające im lepiej zrozumieć potrzeby seniorów.

Uwzględniając kontekst geograficzny, najwyższe wyniki zaobserwowano w podregionie suwalskim (3,44), co może sugerować większą regionalną otwartość na pracę z seniorami. Jednakże w podregionie tym, jak wykazały badania *desk research*, mniej jest placówek oferujących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym. Natomiast w podregionach białostockim i łomżyńskim deklarowana chęć pracy z osobami starszymi była nieco niższa, odpowiednio: 3,18 i 3,21.

Zestawienie powyższych wyników z deklaracjami dotyczącymi chęci podjęcia pracy zgodnie z wybranym kierunkiem kształcenia wykazało, że gotowość do podjęcia pracy z seniorami jest zdecydowanie niższa niż do podjęcia pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych. Ogólna średnia dla chęci pracy w zawodzie medycznym i opiekuńczym zgodnym z kierunkiem

kształcenia wyniosła 4,35, zaś pracy z osobami starszymi – 3,23. Wyniki te sugerują, że choć badani deklarują wysoką gotowość do podjęcia pracy w obrębie zdobywanego wykształcenia, to nie zawsze idzie ona w parze z chęcią pracy z osobami starszymi. Największe różnice widoczne są w grupie najmłodszych respondentów, którzy mimo wysokiej motywacji do pracy w zawodzie cechują się relatywnie niewielką skłonnością do pracy z seniorami. Nieatrakcyjność zawodów opiekuńczych dla młodych została zidentyfikowana jako jedna z barier rozwoju podaży w zawodach świadczących usługi medyczne podczas wcześniejszych etapów badania. Ponadto kobiety wykazały się nieco wyższym poziomem deklarowanej chęci pracy zarówno w wyuczonym zawodzie, jak i do pracy z osobami starszymi.

Wykres 49. Zamiar pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych oraz pracy z osobami starszymi w podziale na kierunki kształcenia



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Analiza wyników dotyczących chęci podjęcia pracy z osobami starszymi ujawnia istotne zróżnicowanie również w zależności od kierunku kształcenia. Należy zauważyć, że osoby kształcące się na kierunkach takich jak fizjoterapia i pielęgniarstwo choć deklarowały chęć pracy z osobami starszymi, w rzeczywistości wykazywały znacznie niższą gotowość do realizacji tego celu w porównaniu do chęci podjęcia pracy w wyuczonym zawodzie. Może to oznaczać, że w ich przypadku podjęcie pracy z osobami starszymi nie będzie preferowanym wyborem, gdy będą mieli alternatywę w postaci bardziej prestiżowych, lepiej opłacanych lub mniej wymagających stanowisk w ramach ich specjalizacji zawodowej. Ponadto, jak wykazały przeprowadzone wywiady pogłębione, pielęgniarki i fizjoterapeuci są deficytowymi zawodami w placówkach opiekuńczych. Wynika to z otrzymywania znacznie wyższych wynagrodzeń w podmiotach leczniczych niż placówkach opiekuńczych. Ich gotowość do pracy z osobami

starszymi może sprowadzać się do pracy dodatkowej, poza zatrudnieniem w podmiotach leczniczych.

Osoby studiujące na kierunku lekarskim w największym stopniu potwierdziły swój zamiar pracy w wyuczonym zawodzie, przy czym w najmniejszym stopniu spośród badanych grup deklarowały zamiar pracy z osobami starszymi. Przyszli lekarze ewidentnie nie są zainteresowani pracą z osobami starszymi, jednakże w obliczu dokonujących się przemian demograficznych będą do tego zmuszeni. Dodatkowo należy podkreślić, iż w placówkach opiekuńczych opieka lekarska jest rozwiązywana na zasadzie współpracy z lekarzem POZ.

W przeciwieństwie do powyższych grup asystenci osób niepełnosprawnych nie wykazali żadnej różnicy między gotowością do pracy w zawodzie i do pracy z seniorami. Oznacza to, że praca w zawodzie oznacza dla nich przede wszystkim pracę z osobami starszymi. Jednak należy zaznaczyć, że indeks ich zamiaru pracy w zawodzie i z osobami starszymi wyniósł 3,27, co wskazuje, że rozważają taką ścieżkę rozwoju zawodowego w znikomym stopniu.

Bardzo niskie różnice zaobserwowano u opiekunów medycznych oraz opiekunek środowiskowych. Dla wielu ankietowanych z tych grup zawodowych również zamiar pracy w wyuczonym zawodzie jest równoznaczny z pracą z osobami starszymi. Warto jednak zauważyć, iż przyszli opiekunowie medyczni raczej zamierzają pracować w zawodzie, w tym z osobami starszymi, na co wskazuje ich indeks odpowiedzi na poziomie około 4. Natomiast opiekunki środowiskowe nie miały sprecyzowanych planów zawodowych i na pytania o gotowość pracy i w zawodzie i z osobami starszymi odpowiadały „trudno powiedzieć” (indeks na poziomie około 3).

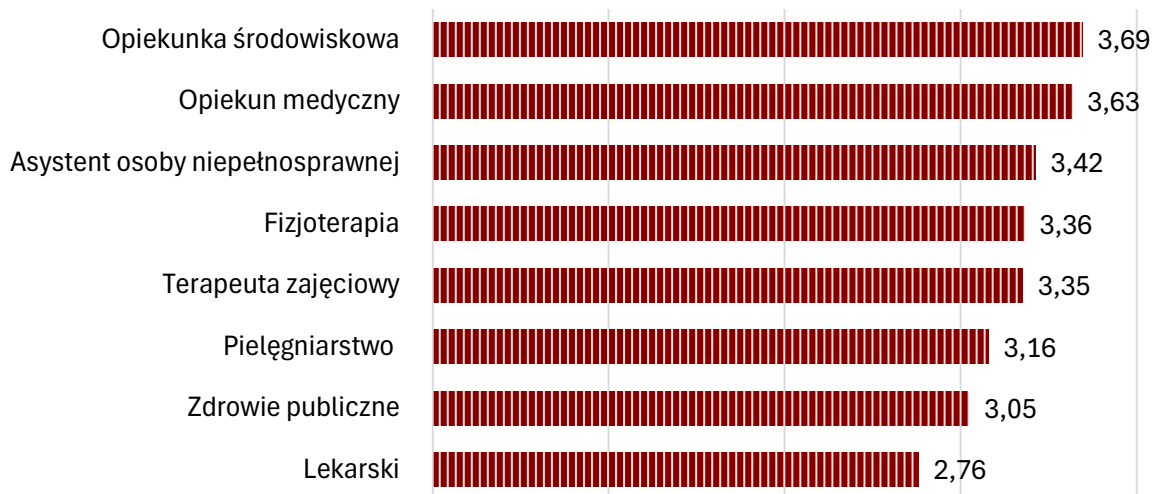
7.4.4. Ocena atrakcyjności rynku pracy z osobami starszymi

W celu określenia potencjalnej podaży ze strony osób kształcących się na kierunkach medycznych i opiekuńczych zadano respondentom pytanie: „Biorąc pod uwagę obecną sytuację na rynku pracy, jak ocenia Pani/Pan ogólną atrakcyjność pracy z osobami starszymi?” (z kafeterią odpowiedzi w skali Likerta, gdzie: 5 – zdecydowanie atrakcyjna, 4 – raczej atrakcyjna, 3 – ani atrakcyjna, ani nieatrakcyjna, 2 – raczej nieatrakcyjna, 1 – zdecydowanie nieatrakcyjna).

Wyniki wskazują na umiarkowaną pozytywną ocenę atrakcyjności pracy z osobami starszymi – średnia wartość odpowiedzi 3,23 plasuje ocenę bliżej neutralnej niż wyraźnie pozytywnej. Jednak zauważalne są rozbieżności w poszczególnych grupach respondentów ze względu na wiek, terytorium oraz kierunek kształcenia.

Z perspektywy płci na nieco wyższą atrakcyjność pracy z seniorami wskazują kobiety (3,25) niż mężczyźni (3,14). Analizując grupy wiekowe, można dostrzec, że osoby w grupie najmłodszej (18–26 lat) najmniej atrakcyjnie oceniają rynek pracy z osobami starszymi (3,05), zaś w grupie najstarszej (powyżej 35) noty te są najwyższe (3,51). Sugeruje to, że wraz z wiekiem i życiowym doświadczeniem wzrasta zrozumienie i akceptacja specyfiki pracy z osobami starszymi. Na ten aspekt wielokrotnie wskazywali także rozmówcy podczas wywiadów pogłębionych. Różnicowanie oceny atrakcyjności można dostrzec również w ujęciu terytorialnym. Najniższą średnią odnotowano w subregionie białostockim (3,15), zaś najwyższą w suwalskim (3,42).

Wykres 50. Ocena atrakcyjności rynku pracy z osobami starszymi w percepcji osób kształcących się na kierunkach medycznych i opiekuńczych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych

Najsilniej zróżnicowane wyniki dotyczą kierunku kształcenia (wykres 50). Najniższe oceny odnotowano u przyszłych lekarzy (2,76), którzy jako jedyni ocenili atrakcyjność rynku pracy z osobami starszymi poniżej wartości neutralnej, co koresponduje z deklarowaną przez nich niechęcią do tego rodzaju pracy. Najwyższe oceny odnotowano w zawodzie *stricto* opiekuńczym, to jest opiekunka środowiskowa (3,69). Chociaż osoby kształcące się w tym zawodzie postrzegają rynek pracy z osobami starszymi jako atrakcyjny, to nie znalazło to potwierdzenia w ich gotowości do podjęcia takiej pracy. Atrakcyjność rynku pracy z osobami starszymi relatywnie wysoko na tle innych grup zawodowych oceniają przyszli opiekunowie medyczni (3,63) i w ich przypadku koresponduje to z zamiarem pracy z osobami starszymi. Zaobserwowane zróżnicowanie oceny rynku pracy ukazuje, że osoby kształcące się w kierunkach opiekuńczych mogą postrzegać pracę z seniorami jako naturalny i istotny element swojej przyszłej ścieżki zawodowej, podczas gdy dla kierunków zorientowanych na obszary medycyny może to być mniej kluczowy i tym samym mniej atrakcyjny aspekt.

7.4.5. Ocena atrakcyjność miejsc zatrudnienia do pracy z osobami starszymi

W celu określenia, jak badani postrzegają atrakcyjność zatrudnienia w poszczególnych miejscach pracy, zadano respondentom pytanie: „Jak ocenia Pani/Pan atrakcyjność podjęcia pracy związanej z realizowanym kierunkiem kształcenia, w następujących miejscach/instytucjach?” (z kafeterią odpowiedzi w skali Likerta, gdzie: 5 – zdecydowanie atrakcyjna, 4 – raczej atrakcyjna, 3 – ani atrakcyjna, ani nieatrakcyjna, 2 – raczej nieatrakcyjna, 1 – zdecydowanie nieatrakcyjna). Zestaw ocenianych miejsc pracy obejmował:

- podmioty lecznicze: szpital, przychodnię, prywatną placówkę leczniczą, prywatną praktykę zawodową;
- placówki o charakterze opiekuńczym: prywatny dom opieki (np. dom seniora), dom pomocy społecznej, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, hospicjum.

Analiza wyników wskazuje na wyraźne zróżnicowanie w postrzeganiu atrakcyjności pracy w zależności od typu placówki. Podmioty lecznicze otrzymały znacznie wyższe oceny (4,03) niż placówki opiekuńcze, których średnia plasuje się blisko wartości neutralnej (3,14).

W obszarze placówek medycznych najwyższą średnią ocen otrzymały podmioty prywatne: prywatne placówki lecznicze (4,20) oraz prywatne praktyki zawodowe (4,11). Również szpital pozostał wysoko cenioną instytucją (4,12). Nieco gorzej w tym zestawieniu wypadły przychodnie (3,69).

Wśród placówek o charakterze opiekuńczym najlepiej oceniono prywatne domy opieki (3,25) oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze / pielęgnacyjno-opiekuńcze (3,17). Najgorzej w tym zestawieniu oceniono atrakcyjność zatrudnienia w domach pomocy społecznej (3,05), w przypadku których większość respondentów wskazała odpowiedź „ani atrakcyjne, ani nieatrakcyjne”.

Analiza średnich ocen uzyskanych od respondentów z różnych kierunków kształcenia wskazuje na zróżnicowaną percepcję atrakcyjności pracy w placówkach medycznych i opiekuńczych. Respondenci uczący się na kierunkach medycznych preferują placówki o takim profilu niż opiekuńcze. Różnica ta jest największa wśród studentów kierunku lekarskiego (4,21 wobec 2,36), pielęgniarstwa (4,02 wobec 3,03) i fizjoterapii (4,03 wobec 3,07). Takie postrzeganie jest zgodne z tym, jak wygląda sytuacja z zatrudnieniem w placówkach opiekuńczych, i tym, co wybierają absolwenci. O ile opieka lekarska jest w placówkach opiekuńczych świadczona przez lekarza POZ, o tyle widoczne są tu braki pielęgniarek i fizjoterapeutów, szczególnie w prywatnych ośrodkach. W domach pomocy społecznej kadra pielęgniarska i fizjoterapeutyczna jest zapewniona na minimalnym prawnie wymaganym poziomie. Jednakże zgodnie z deklaracjami dyrektorów badanych DPS-ów dobrze byłoby zwiększyć obecne zatrudnienie, ale brak jest chętnych.

Kierunki kształcenia łącznie elementy opieki i wsparcia społecznego z interwencjami medycznymi wykazują mniej skrajne preferencje. W przypadku kierunków asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun medyczny oraz terapeuta zajęciowy różnica w ocenie na korzyść placówek medycznych jest nadal widoczna, lecz mniej wyraźna.

Zauważalnie niższa ocena atrakcyjności placówek opiekuńczych, które w znacznie większym stopniu dedykowane są osobom starszym, przełożyła się na ograniczenie podaży kandydatów gotowych do podjęcia pracy w tym segmencie rynku. Potencjalna przyszła kadra medyczna i opiekuńcza postrzega tego typu instytucje jako mniej prestiżowe, niżej wynagradzające, słabiej wyposażone czy też dające mniejsze szanse rozwoju i zadowolenia z pracy i ma niewielką motywację do wyboru ścieżki zawodowej ukierunkowanej na pracę w domach opieki, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych czy hospicjach.

Taki stan rzeczy już teraz skutkuje tym, że szkoły policealne, oferujące takie kierunki jak opiekun osoby starszej czy opiekun w domu pomocy społecznej, nie uruchomiły ich ze względu na brak zainteresowania. Zostały one „wyparte” przez oblegany kierunek opiekun medyczny, którego absolwenci mogą podejmować zatrudnienie w podmiotach leczniczych. Utrzymanie się takiej sytuacji może skutkować powstaniem luki kadrowej w placówkach skoncentrowanych na opiece nad seniorami, a w dłuższej perspektywie prowadzić do trudności w zapewnianiu odpowiedniego poziomu świadczeń.

7.4.6. Czynniki mogące kształtować podaż pracy z osobami starszymi

W badaniu wzięto pod uwagę zestaw czynników, mogących kształtować podaż na rynku pracy z osobami starszymi. Podzielono je na dwie kategorie: czynniki zachęcające oraz czynniki zniechęcające (tabela 41). Proszono respondentów o ocenę każdego z nich w skali Likerta, gdzie: 5 – zdecydowanie zachęca/zniechęca, 4 – raczej zachęca/zniechęca, 3 – ani zachęca/zniechęca, ani nie zachęca / nie zniechęca, 2 – raczej nie zachęca / nie zniechęca, 1 – zdecydowanie nie zachęca / nie zniechęca. Dodatkowo poproszono o analogiczną ocenę czynników w odniesieniu do pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych, by uzyskać szersze tło analizy.

Tabela 41. Czynniki wpływające na podaż na rynku pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych oraz pracy z osobami starszymi

Czynniki zachęcające	Czynniki zniechęcające
łatwość znalezienia pracy w regionie	trudność znalezienia pracy regionie
łatwość znalezienia pracy w Polsce	trudność znalezienia pracy w Polsce
łatwość znalezienia pracy za granicą	trudność znalezienia pracy za granicą
perspektywa wysokich zarobków	perspektywa niskich zarobków
perspektywa kariery i rozwoju	brak perspektyw rozwoju zawodowego
rosnące zapotrzebowanie na pracę	duże obciążenie fizyczne wiążące się z pracą
szansa na prowadzenie własnej działalności gospodarczej	duże obciążenie psychiczne wiążące się z pracą
wykonywanie zawodu o dużym zaufaniu społecznym	brak stabilności zatrudnienia (np. umowy na czas określony, kontrakty)
poczucie satysfakcji z pracy	niski prestiż społeczny związany z pracą z osobami starszymi
możliwości wykazania się kwalifikacjami i umiejętnościami zdobytymi w czasie kształcenia	trudność pogodzenia pracy z życiem osobistym

Źródło: opracowanie własne

Wyniki analiz wskazują na wyraźne zróżnicowanie czynników zachęcających do podjęcia pracy z osobami starszymi zarówno w ujęciu ogólnym, jak i w poszczególnych grupach demograficznych oraz regionalnych. Ogółem respondenci najwyżej oceniali takie determinanty jak perspektywa wysokich zarobków oraz poczucie satysfakcji z pracy (obie cechujące się średnią oceną 4,12), a także możliwość wykazania się kwalifikacjami nabytymi w trakcie kształcenia (4,08). Nieco niżej oceniane czynniki obejmowały: perspektywy rozwoju kariery (4,03), rosnące zapotrzebowanie na pracowników w tym sektorze (4,0) oraz wykonywanie zawodu cieszącego się dużym zaufaniem społecznym (3,96). Łatwość znalezienia pracy w różnych obszarach (region, kraj, zagranica) oraz szansa na prowadzenie własnej działalności gospodarczej uplasowały się nieznacznie niżej, ale pozostały w zakresie ocen świadczących o raczej zachęcającym wpływie.

Analiza zróżnicowania ze względu na płeć wskazuje, że kobiety wyżej oceniają wszystkie czynniki zachęcające do podjęcia pracy z seniorami, jednak najwyższe różnice dotyczyły łatwości znalezienia pracy w regionie (3,98 – kobiety, 3,72 – mężczyźni), możliwości wykazania

się kwalifikacjami i umiejętnościami (4,12 – kobiety, 3,87 – mężczyźni) oraz poczucia satysfakcji z pracy (odpowiednio 4,16 i 3,91).

Rozróżnienie według wieku uwydatnia tendencję do wyższej oceny czynników pozamaterialnych wśród osób powyżej 35. roku życia. Grupa ta bardziej docenia poczucie satysfakcji z pracy, możliwość wykorzystania kwalifikacji oraz wysoki poziom zaufania społecznego do zawodu. Natomiast młodszy respondenci (18–26 lat) nieco wyraźniej akcentują znaczenie perspektywy wysokich zarobków, a także – choć w nieco mniejszym stopniu niż starsi – cenią możliwość rozwoju i stabilności zatrudnienia. W badaniach jakościowych respondenci wypowiadali się, iż finanse są głównym czynnikiem mogącym zachęcić osoby młode do pracy z seniorami, zaś bariera finansowa była wskazywana jako najpoważniejsza w rozwoju podaży w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze.

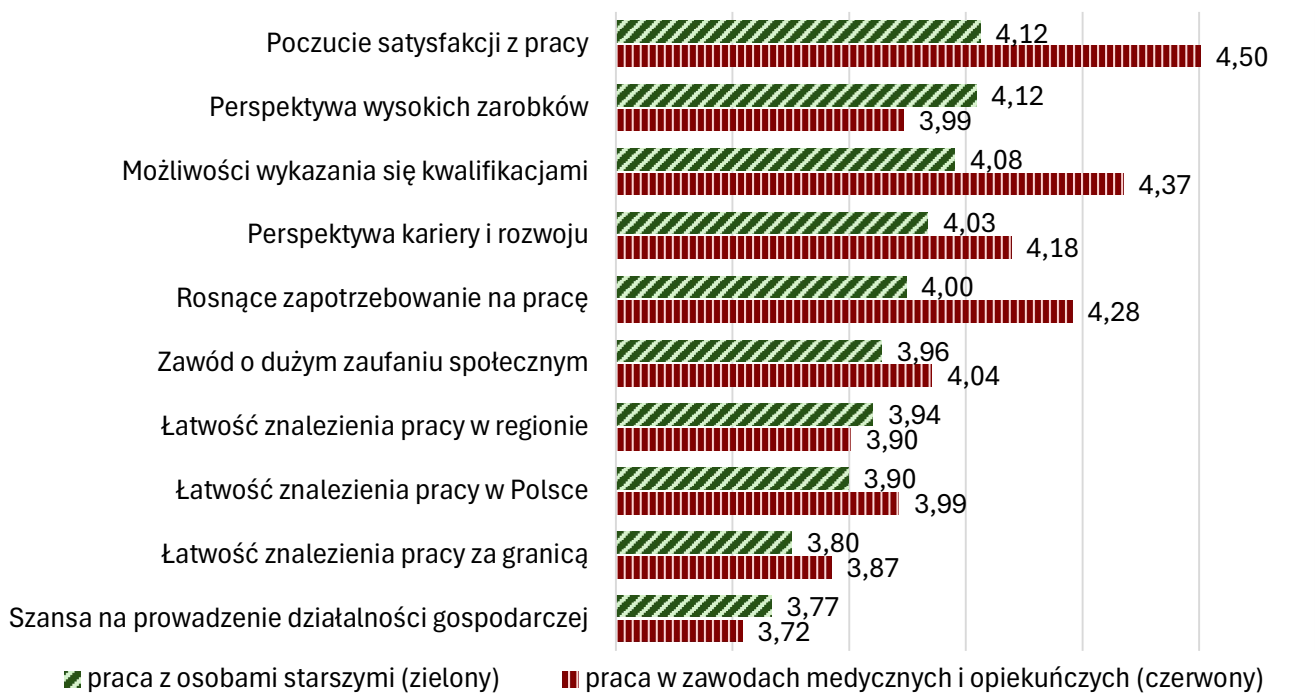
Różnice regionalne wskazują na niejednorodny rozkład czynników zachęcających. W podregionie łomżyńskim silniej oddziałuje perspektywa wysokich zarobków, a także poczucie satysfakcji z wykonywanego zawodu i zaufanie społeczne. Podregion suwalski wyróżnia się wysokim uznaniem dla możliwości rozwoju kariery oraz wykazania się kompetencjami, a także wyraźnie pozytywną oceną poczucia satysfakcji z pracy. W podregionie białostockim oceny poszczególnych czynników kształtujących podaż pracy z seniorami lokują się bliżej średniej wartości dla całej próby, z nieco bardziej stonowanymi, acz wciąż pozytywnymi ocenami wszystkich analizowanych determinant.

Wykres 51 przedstawia oceny wszystkich czynników zachęcających do podjęcia pracy z osobami starszymi oraz ocenę tych czynników w odniesieniu do pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych.

Warto zwrócić uwagę, że czynniki które zachęciłyby do podjęcia pracy z osobami starszymi, uzyskują oceny średnio nieco niższe w stosunku do analogicznych czynników dotyczących podjęcia w ogóle pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych. Wyjątek stanowi perspektywa wysokich zarobków, która jest minimalnie większą zachętą do pracy z osobami starszymi.

Wyniki uzyskane wśród respondentów reprezentujących różne kierunki kształcenia ujawniają znaczące różnicowania. W przypadku kierunku asystent osoby niepełnosprawnej najsilniej działa czynnik łatwości znalezienia pracy w miejscu zamieszkania (4,12) i w Polsce (4,06), a także perspektywa wykorzystania zdobytych kwalifikacji (4,09). W tej grupie wysoko oceniono też poczucie satysfakcji z pracy (4,00), natomiast perspektywa wysokich zarobków (3,85) czy wykonywanie zawodu o dużym zaufaniu społecznym (3,79) uplasowały się na poziomach raczej zachęcających, ale nie dominujących. Sugeruje to, że dla asystentów osób niepełnosprawnych kluczowe są dostępność zatrudnienia oraz możliwość pełnego wykorzystania wykształcenia, a czynnik finansowy jest dla nich mniej istotny.

Wykres 51. Ocena czynników zachęcających do pracy z osobami starszymi oraz do pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

W grupie fizjoterapia respondenci silniej akcentują zarówno korzyści materialne, jak i prestiżowo-rozwojowe. Szczególnie wysoka jest ocena perspektywy wysokich zarobków (4,28), rozwoju kariery (4,15), rosnącego zapotrzebowania na pracę (4,20), szans na samodzielną działalność gospodarczą (4,14) oraz możliwość wykorzystania kwalifikacji (4,19). Wartości powyżej 4,0 w wielu kategoriach wskazują na wielowymiarowość czynników motywujących, obejmując aspekty finansowe, prestiż i rozwój zawodowy.

Respondenci z kierunku lekarskiego ocenili rozpatrywane czynniki niżej niż pozostałe grupy. Wyższy poziom zachęty występuje tu głównie w obszarze wynagrodzeń (4,09). Pozostałe elementy, jak perspektywa kariery (3,89), rosnące zapotrzebowanie (3,81), zaufanie społeczne (3,67) czy poczucie satysfakcji (3,78), otrzymały oceny umiarkowane. Zarysowuje się w ten sposób obraz grupy, dla której wynagrodzenie jest najistotniejsze, zaś pozostałe zachęty związane z pracą z osobami starszymi jawią się jako mniej przekonujące.

Grupa respondentów wypowiadająca się na temat zawodu opiekun medyczny jest najbardziej pozytywnie nastawiona do podejmowania pracy z seniorami, z ocenami na bardzo wysokim poziomie. Szczególną rolę odgrywa tu poczucie satysfakcji z pracy (4,53) oraz wysokie zaufanie społeczne (4,35), a także perspektywy rozwoju (4,25) i zarobków (4,24). Stosunkowo wysoki jest też wskaźnik możliwości wykorzystania kwalifikacji (4,41) oraz łatwość znalezienia pracy na różnych poziomach geograficznych (od 4,04 do 4,18). Wskazuje to na kompleksowy charakter motywacji – zarówno ekonomicznych, jak i niematerialnych.

Dla opiekuńki środowiskowej kluczowe znaczenie mają łatwość znalezienia pracy za granicą (4,15), wysoki poziom zaufania społecznego (4,31) oraz poczucie satysfakcji z pracy (4,23). Dobrze oceniane są także perspektywy finansowe (4,08) i rosnące zapotrzebowanie (4,08). Ta grupa, mimo że nieco słabiej akcentuje karierę i rozwój (3,92) niż opiekunowie medyczni,

nadal postrzega większość czynników jako silnie zachęcających. Niepokojąca jest jednak łatwość znalezienia pracy za granicą, szczególnie wobec zgłaszanych podczas wywiadów pogłębionych braków kadrowych do pracy w środowisku i sygnalizowanej potrzeby kształcenia osób do świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania seniora.

Respondenci z kierunku pielęgniarstwo uplasowali się blisko średniego poziomu 4,0. Najwyżej oceniają perspektywę wysokich zarobków (4,07) i poczucie satysfakcji (4,05), a możliwość wykorzystania kwalifikacji (4,01) pozostaje na wysokim poziomie. Ogólnie u pielęgniarzek i pielęgniarzy widać równowagę między czynnikami finansowymi, społecznymi i możliwościami rozwoju, choć nie są one tak dominująco pozytywne jak w przypadku opiekuna medycznego.

Terapeuta zajęciowy docenia szczególnie łatwość znalezienia pracy w regionie (4,07) i w Polsce (4,06), rosnące zapotrzebowanie (4,10), poczucie satysfakcji z pracy (4,28) oraz możliwości wykorzystania kwalifikacji (4,21). Czynniki finansowe, choć istotne (3,93 dla wysokich zarobków), nie osiągają tu tak wysokich poziomów jak w niektórych innych kierunkach, co wskazuje na większe znaczenie stabilności zatrudnienia i jakości doświadczenia zawodowego.

W przypadku kierunku zdrowie publiczne na pierwszy plan wysuwa się szczególnie silna motywacja finansowa i rozwojowa. Perspektywa wysokich zarobków (4,40) i możliwość rozwoju kariery (4,29) znacząco dominują nad pozostałymi czynnikami. Choć poczucie satysfakcji z pracy (4,13) czy możliwość wykorzystania kwalifikacji (4,03) stoją na relatywnie wysokim poziomie, to jednak wyraźnie widać, że to aspekty *stricte* rozwojowe i finansowe są kluczowe dla tej grupy.

Podsumowując, respondenci z różnych kierunków kształcenia ukierunkowanych na prace w zawodach medycznych i opiekuńczych różnią się postrzeganiem czynników zachęcających do podjęcia pracy z osobami starszymi. Dla niektórych, jak np. opiekun medyczny czy fizjoterapeuta, szczególnie istotne są łączne korzyści wynikające z dobrego wynagrodzenia, prestiżu, poczucia satysfakcji i możliwości rozwoju zawodowego. Inne grupy, takie jak asystenci osób niepełnosprawnych czy terapeuci zajęciowi, kładą większy nacisk na stabilność zatrudnienia oraz wykorzystanie kwalifikacji. Z kolei przyszli lekarze prezentują bardziej umiarkowany entuzjazm, a osoby kształcące się w zakresie zdrowia publicznego wyjątkowo mocno reagują na czynniki typowo finansowe i rozwojowe. Zróżnicowanie to wskazuje na potrzebę dostosowania oferty pracy i strategii rekrutacyjnych do specyfiki kształcenia i oczekiwań poszczególnych grup zawodowych.

8. Zawody, kwalifikacje i umiejętności przyszłości związane z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych

Zmiany demograficzne będące wynikiem postępującego starzenia się społeczeństwa stanowią duże wyzwanie zarówno w zakresie opieki zdrowotnej, jak i opieki społecznej. U osób starszych obserwuje się zmniejszenie sprawności czynnościowej komórek, tkanek i narządów, postępujące upośledzenie sprawności mechanizmów regulacyjnych oraz zmniejszenie zdolności organizmu do adaptacji zmian środowiskowych w następstwie procesu starzenia się²⁵⁶. Osoby starsze będą główną grupą korzystającą z usług medycznych zarówno w zakresie opieki podstawowej, jak i specjalistycznej oraz usług opiekuńczych realizowanych w ramach systemu opieki społecznej. Będzie to wiązało się z rosnącym zapotrzebowaniem na zawody medyczne i opiekuńcze.

Przeprowadzona analiza *desk research*, wywiady pogłębione oraz badania ankietowe wśród studentów/uczniów kształcących się na kierunkach medycznych i opiekuńczych w województwie podlaskim pozwoliły na zidentyfikowanie zawodów, kwalifikacji i umiejętności przyszłości związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych świadczącymi w ramach opieki zdrowotnej oraz usługami opiekuńczymi realizowanymi w ramach opieki społecznej.

Dlatego też wśród zawodów medycznych można wyróżnić te, które będą miały szczególne znaczenie w opiece zdrowotnej osób starszych, to jest: lekarz geriatra, pielęgniarka geriatryczna, rehabilitant, opiekun medyczny i terapeuta zajęciowy. Zawodami przyszłości poza zawodami medycznymi będą zawody opiekuńcze, realizowane w ramach systemu opieki społecznej, to jest: opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej, asystent osoby niepełnosprawnej oraz opiekunka środowiskowa.

Wszystkie te zawody będą wymagały posiadania przez wykonujące je osoby odpowiednich kompetencji/umiejętności twardych, czyli zdolności do wykorzystania posiadanej wiedzy, umiejętności zawodowych oraz kompetencji/umiejętności miękkich (umiejętności interpersonalne i umiejętności społeczne, cechy charakteru, które warunkują efektywność funkcjonowania jednostki).

Lekarz geriatra²⁵⁷

- Kwalifikacje preferowane:
 - ukończone studia na kierunku lekarskim i uzyskany dyplom ukończenia jednolitych studiów magisterskich oraz tytułu zawodu lekarza;
 - zdany Lekarski Egzamin Końcowy oraz odbyty staż podyplomowy;
 - posiadanie prawa wykonywania zawodu wydawanego przez okręgową radę lekarską;

²⁵⁶ Małgorzata Pabiś, Dorota Kunczewicz, Potrzeby osób starszych w zakresie opieki zdrowotnej – konteksty, „Pielęgniarstwo XXI Wieku” 2016, nr 15(4), s. 53–59.

²⁵⁷ Klasyfikacja zawodowa: Lekarz – specjalista geriatry (221224).

- posiadana specjalizacja lekarska z zakresu geriatry lub tytuł specjalisty geriatry.
- Umiejętności zawodowe – potrafi:
 - realizować profilaktykę, diagnozować i leczyć choroby osób w podeszłym wieku;
 - koordynować całym procesem leczenia osoby starszej;
 - ustalać priorytety leczenia pacjenta geriatrycznego;
 - przeprowadzać wstępne wywiady i zlecać pierwsze badania w celu oceny stanu zdrowia pacjenta geriatrycznego;
 - analizować wyniki badań i charakteryzować stan zdrowia pacjenta geriatrycznego;
 - określać potrzeby medyczne i konieczność podjęcia odpowiedniego leczenia osoby starszej;
 - współpracować z innymi specjalistami i instytucjami, które zajmują się leczeniem osób starszych;
 - odpowiednio kierować starszych pacjentów do konkretnych lekarzy o różnej specjalizacji, w zależności od zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych osoby starszej;
 - dobierać i przepisywać leki, zapewniając ich bezpieczne stosowanie;
 - udzielać porad i wskazówek w ramach profilaktyki konkretnej jednostki chorobowej pacjenta geriatrycznego;
 - dawać wsparcie psychiczne pacjenta i tym samym kontrolować jego stan psychiczny pacjenta geriatrycznego;
 - realizować poradnictwo w zakresie diety oraz promocji zdrowia osoby starszej;
 - rozpoznać problemy medyczne i określić priorytety w zakresie postępowania lekarskiego;
 - przestrzegać wzorców etycznych w działaniach zawodowych, w tym zaplanować i przeprowadzić proces terapeutyczny zgodnie z wartościami etycznymi oraz ideą humanizmu w medycynie.
- Kompetencje/umiejętności miękkie:
 - umiejętność skutecznego komunikowania się z pacjentem;
 - umiejętność zarządzania czasem;
 - umiejętność pracy w zespole;
 - umiejętność rozwiązywania konfliktów;
 - umiejętność pracy pod presją;
 - umiejętność radzenia sobie ze stresem;
 - umiejętność analitycznego myślenia i kojarzenia;
 - umiejętność podejmowania szybkich a jednocześnie dobrych decyzji;
 - umiejętność słuchania i empatycznego reagowania;
 - umiejętność radzenia sobie z emocjami;
 - umiejętność pokonywania przeszkód i ograniczeń;
 - umiejętność argumentowania;
 - tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób;
 - odpowiedzialność, zdyscyplinowanie i systematyczność;
 - podzielność i zdolność koncentracji uwagi;
 - zaradność i samodzielność działania;

- potrzeba ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy;
- dobra pamięć i dokładność;
- wrażliwość i empatia;
- cierpliwość.

Pielęgniarka geriatryczna²⁵⁸

- Kwalifikacje preferowane:
 - ukończone co najmniej studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub
 - ukończenie studiów pierwszego i drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo;
 - posiadanie prawa wykonywania zawodu wydawanego przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych;
 - posiadana specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego.
- Umiejętności zawodowe – potrafi:
 - organizować środowiska pielęgniarstwa geriatrycznego w szpitalu, domu lub innych placówkach opieki nad pacjentem geriatrycznym, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej;
 - rozpoznawać warunki i potrzeby zdrowotnych oraz problemy pielęgnacyjne pacjenta geriatrycznego;
 - opracowywać i stosować dokumentację opieki pielęgniarstwa nad pacjentem geriatrycznym;
 - samodzielnie udzielać w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych w zależności od stanu zdrowia pacjenta geriatrycznego;
 - realizować zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pacjenta geriatrycznego;
 - określać potrzeby żywieniowe oraz żywienia leczniczego pacjenta geriatrycznego;
 - prowadzić ocenę jakości opieki pielęgniarstwa nad pacjentem w starszym wieku oraz jakości jego życia;
 - opracowywać i stosować programy profilaktyki, edukacji, zachowań prozdrowotnych i aktywizujących dla osób starszych oraz ich rodzin i/lub opiekunów;
 - aktywizować pacjenta geriatrycznego oraz jego rodziny i/lub opiekunów do współpracy z zespołem terapeutycznym w procesie samoopieki i samokontroli.
- Kompetencje/umiejętności miękkie:
 - umiejętność nawiązywania kontaktów z pacjentem;
 - umiejętność skutecznego komunikowania się z pacjentem;
 - umiejętność zarządzania czasem;
 - umiejętność pracy w zespole;
 - umiejętność rozwiązywania konfliktów;
 - umiejętność pracy pod presją;

²⁵⁸ Klasyfikacja zawodowa: Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa geriatrycznego (222206).

- umiejętność radzenia sobie ze stresem;
- umiejętność podejmowania szybkich a jednocześnie dobrych decyzji;
- umiejętność słuchania i empatycznego reagowania;
- umiejętność radzenia sobie z emocjami;
- umiejętność pokonywania przeszkód i ograniczeń;
- umiejętność argumentowania;
- tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób;
- odpowiedzialność, zdyscyplinowanie i systematyczność;
- podzielność i zdolność koncentracji uwagi;
- potrzeba ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy;
- zachowanie odpowiednich standardów etycznych;
- wrażliwość i empatia;
- cierpliwość.

Fizjoterapeuta²⁵⁹

- Kwalifikacje preferowane²⁶⁰:

²⁵⁹ Klasyfikacja zawodowa: Fizjoterapeuta (229201).

²⁶⁰ 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, obejmujących co najmniej 300 punktów ECTS, w tym co najmniej 160 punktów ECTS w zakresie fizjoterapii, i po odbyciu 6-miesięcznej praktyki zawodowej zakończonych 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, obejmujących 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).

- ukończone jednolite studia magisterskie na kierunku fizjoterapia;
- zdany Państwowy Egzamin Fizjoterapeutyczny;
- posiadanie prawa do wykonywania zawodu wydane przez Krajową Radę Fizjoterapeutów.
- Umiejętności – potrafi:
 - wykonywać zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii, masażu i terapii manualnej oraz specjalnych metod fizjoterapii;
 - interpretować wyniki badań czynnościowych oraz przeprowadzać testy funkcjonalne niezbędne do doboru środków fizjoterapii i interpretować ich wyniki;
 - tworzyć, weryfikować i modyfikować programy fizjoterapii osób z różnymi dysfunkcjami, w tym osób starszych, stosownie do ich stanu klinicznego i funkcjonalnego, a także w ramach procesu kompleksowej rehabilitacji;
 - kontrolować efekty postępowania fizjoterapeutycznego;
 - dobierać wyroby medyczne stosownie do rodzaju dysfunkcji i potrzeb pacjenta na każdym etapie rehabilitacji oraz poinstruować pacjenta, jak z nich korzystać;
 - zastosować działania z zakresu adaptowanej aktywności fizycznej i sportu osób z niepełnosprawnościami dla 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/umiejętności miękkie:
 - umiejętność skutecznej komunikacji;
 - umiejętność zarządzania czasem;
 - umiejętność pracy z pacjentem;
 - umiejętność motywowania;
 - umiejętność radzenia sobie z krytyką;
 - umiejętność radzenia sobie z emocjami;
 - umiejętność dostosowywania się do warunków, sytuacji i wymagań w środowisku pracy;
 - umiejętność 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 osoby starszej²⁶¹

- Kwalifikacje preferowane²⁶²:
 - 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 terapeuta zajęciowy po ukończeniu szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej z uprawnieniami szkoły publicznej.
- Umiejętności – potrafi:
 - rozpoznawać i diagnozować potrzeby fizyczne, psychiczne i społeczne osób starszych;
 - opracować plan i program działań terapeutycznych, biorąc pod uwagę możliwości fizyczne i zdrowotne osób starszych;
 - prowadzić terapie zajęciowe skoncentrowane na utrzymaniu niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu umiejętności osób starszych;
 - wspomagać osoby starsze 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 osoby starsze 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 osobą starszą podczas tworzenia środowiska terapeutycznego i socjoterapeutycznego, uwzględniając czynniki zdrowotne, psychologiczne i społeczne;
 - przygotować indywidualny i grupowy programu terapii, uwzględniający stan zdrowia, potrzeby i zainteresowania seniorów;
 - monitorować proces terapeutyczny.
- Kompetencje/umiejętności miękkie:

²⁶¹ Klasyfikacja zawodowa: Terapeuta zajęciowy (325907).

²⁶² 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 terapeuta zajęciowy, lub
- rozpoczęcie przed dniem 1 września 2019 roku szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego terapeuta zajęciowy lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuta zajęciowy, lub
- ukończenie 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).

- umiejętność skutecznej komunikacji;
- umiejętność zarządzania czasem;
- umiejętność pracy z pacjentem;
- umiejętność pracy w zespole;
- umiejętność motywowania;
- umiejętność rozwiązywania konfliktów;
- umiejętność radzenia sobie z krytyką;
- umiejętność radzenia sobie z emocjami;
- umiejętność radzenia sobie ze stresem;
- umiejętność dostosowywania się do warunków, sytuacji i wymagań w środowisku pracy;
- umiejętność 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 medyczny²⁶³

- Kwalifikacje preferowane²⁶⁴:
 - ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej i uzyskanie dyplomu zawodowego w zawodzie opiekun medyczny.
- Umiejętności zawodowe – potrafi:
 - 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;

²⁶³Klasyfikacja zawodowa: Opiekun medyczny (532102).

²⁶⁴Aktualnie 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 kwalifikacje zawodowe 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 kwalifikacje zawodowe 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 kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny.

- świadczyć usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze 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/umiejętności miękkie:
 - umiejętność pracy z pacjentem;
 - umiejętność nawiązywania kontaktu;
 - umiejętność pracy w zespole;
 - umiejętność zarządzania czasem;
 - umiejętność radzenia sobie z krytyką;
 - umiejętność rozwiązywania konfliktów;
 - skuteczność komunikacji (np. słuchania, udzielania informacji zwrotnej);
 - umiejętność motywowania;
 - umiejętność radzenia sobie z emocjami;
 - umiejętność dostosowywania się do warunków, sytuacji i wymagań w środowisku pracy;
 - umiejętność 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.

Opiekun osoby starszej²⁶⁵

- Kwalifikacje preferowane:
 - 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 (świadczenia potwierdzającego kwalifikację w zawodzie).
- Umiejętności zawodowe – potrafi:
 - 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;

²⁶⁵ Klasyfikacja zawodowa: Opiekun osoby starszej (341202).

- 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.
- kompetencje/umiejętności miękkie:
 - umiejętność pracy z osobą starszą;
 - umiejętność nawiązywania kontaktu;
 - umiejętność zarządzania czasem;
 - umiejętność radzenia sobie z krytyką;
 - umiejętność rozwiązywania konfliktów;
 - skuteczność komunikacji (np. słuchania, udzielania informacji zwrotnej);
 - umiejętność motywowania;
 - umiejętność radzenia sobie z emocjami;
 - umiejętność dostosowywania się do warunków, sytuacji i wymagań w środowisku pracy;
 - 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.

Asystent osoby niepełnosprawnej²⁶⁶

- Kwalifikacje preferowane:
 - 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 – potrafi:
 - planować wraz z osobą niepełnosprawną lub jej rodziną, kompleksowe wsparcia;

²⁶⁶ Klasyfikacja zawodowa: Asystent osoby niepełnosprawnej (341201).

- 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 i pomocy;
 - wspierać osoby niepełnosprawne w utrzymaniu lub podejmowaniu aktywności społecznej i zawodowej;
 - udzielać pomocy osobie niepełnosprawnej w korzystaniu z różnych form kompleksowej rehabilitacji.
- Kompetencje/umiejętności miękkie:
 - umiejętność pracy z osobą starszą;
 - umiejętność nawiązywania kontaktu;
 - umiejętność zarządzania czasem;
 - umiejętność radzenia sobie z krytyką;
 - umiejętność rozwiązywania konfliktów;
 - skuteczność komunikacji (np. słuchania, udzielania informacji zwrotnej);
 - umiejętność motywowania;
 - umiejętność radzenia sobie z emocjami;
 - umiejętność dostosowywania się do warunków, sytuacji i wymagań w środowisku pracy;
 - 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.

Opiekun w domu pomocy społecznej²⁶⁷

- Kwalifikacje:
 - 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 – potrafi:
 - świadczyć osobom starszym usługi opiekuńczo-wspierające;

²⁶⁷ Klasyfikacja zawodowa: Opiekun w domu pomocy społecznej (341203).

- 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;
 - dobrać 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/umiejętności miękkie:
 - umiejętność pracy z osobą starszą;
 - umiejętność nawiązywania kontaktu;
 - umiejętność pracy w zespole;
 - umiejętność zarządzania czasem;
 - umiejętność radzenia sobie z krytyką;
 - umiejętność rozwiązywania konfliktów;
 - skuteczność komunikacji (np. słuchania, udzielania informacji zwrotnej);
 - umiejętność motywowania;
 - umiejętność radzenia sobie z emocjami;
 - umiejętność dostosowywania się do warunków, sytuacji i wymagań w środowisku pracy;
 - 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.

Opiekunka środowiskowa²⁶⁸

- Kwalifikacje preferowane:
 - 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 (świadectwa potwierdzającego kwalifikację w zawodzie).
- Umiejętności zawodowe – potrafi:
 - organizować opiekę oraz wsparcia społecznego osobie podopiecznej;

²⁶⁸ Klasyfikacja zawodowa: Opiekunka środowiskowa (341204).

- 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 i 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/umiejętności miękkie:
 - umiejętność pracy z osobą starszą;
 - umiejętność nawiązywania kontaktu;
 - umiejętność zarządzania czasem;
 - umiejętność radzenia sobie z krytyką;
 - umiejętność rozwiązywania konfliktów;
 - skuteczność komunikacji (np. słuchania, udzielania informacji zwrotnej);
 - umiejętność motywowania;
 - umiejętność radzenia sobie z emocjami;
 - umiejętność dostosowywania się do warunków, sytuacji i wymagań w środowisku pracy;
 - 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.

Opisane zawody związane są ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych, których odbiorcami są przede wszystkim osoby starsze. Biorąc pod uwagę starzenie się społeczeństwa, można je wskazać jako zawody przyszłości. Jest to grupa zawodów, których znaczenie będzie rosło na skutek zmian w zakresie potrzeb społeczeństwa.

9. Wnioski

9.1. Rosnący popyt na usługi medyczne i opiekuńcze w województwie podlaskim

Starzenie się społeczeństwa

W województwie podlaskim, podobnie jak w całej Polsce, obserwuje się postępujący proces starzenia się społeczeństwa, co jest główną demograficzną przyczyną wzrostu popytu na usługi medyczne i opiekuńcze. Starzenie się społeczeństwa przejawia się rosnącą liczbą osób w wieku poprodukcyjnym. Udział osób w wieku 65 lat i więcej (dla mężczyzn) oraz 60 lat i więcej (dla kobiet) w ogólnej populacji województwa podlaskiego stale rośnie. Na koniec 2023 roku grupa ta stanowiła 23,5% mieszkańców regionu, co oznacza wzrost o 3,6 punktu procentowego w porównaniu do 2016 roku. Prognozy wskazują, że ten odsetek będzie nadal rósł, osiągając 29,4% w 2040 roku i aż 36,10% w 2060 roku. Prognozowany jest również wzrost wskaźnika obciążenia demograficznego grupą osób w wieku poprodukcyjnym. Oznacza to, że na każdą osobę w wieku produkcyjnym przypada coraz więcej osób starszych, co dodatkowo obciąża system opieki. W 2023 roku wskaźnik ten wynosił 71, a w 2060 roku ma zwiększyć się do 75.

Zwiększanie się liczby schorzeń i chorób o podłożu geriatrycznym

Czynnikiem stymulującym popyt na usługi medyczne i opiekuńcze w województwie podlaskim jest pogarszający się wraz z wiekiem stan zdrowia osób starszych. Wzrasta bowiem liczba osób zmagających się z występowaniem współistnienia chorób przewlekłych, takich jak choroby układu krążenia, cukrzyca, nowotwory czy demencja. Zwiększa się również liczba osób cierpiących na choroby neurodegeneracyjne, w szczególności chorobę Alzheimera. Schorzenia te wymagają kompleksowej opieki zdrowotnej i długoterminowej opieki pielęgnacyjnej, która w większości nie jest możliwa do zapewnienia w warunkach domowych.

Ograniczenia w opiece nieformalnej nad osobami starszymi

Wzrost popytu na usługi medyczne i opiekuńcze w województwie podlaskim jest związany z dającymi się zaobserwować ograniczeniami w opiece nieformalnej nad osobami starszymi, świadczonej nieodpłatnie przez bliskich, członków rodziny. Do głównych przyczyn takiego trendu należą przemiany społeczne, szczególnie w obszarze funkcjonowania rodzin. Współczesne społeczeństwo odchodzi od modelu rodziny wielopokoleniowej, w którym opieka nad osobami starszymi była naturalnie sprawowana przez młodszych członków rodziny. Zmiana ta wynika z osłabienia więzi rodzinnych i zmniejszenia poczucia odpowiedzialności za krewnych. Zjawisko zanikania tradycyjnego modelu rodziny wielopokoleniowej jest pogłębiane przez inny trend charakterystyczny dla województwa podlaskiego: młodzi ludzie często migrują do większych ośrodków miejskich w kraju lub wyjeżdżają za granicę w poszukiwaniu lepszych perspektyw edukacyjnych i zawodowych. W rezultacie zwiększa się liczba samotnie mieszkających osób starszych, zwłaszcza na obszarach wiejskich i w mniejszych miejscowościach. Ponadto z powodu uwarunkowań ekonomicznych regionu zwiększoną aktywność zawodową wykazują

kobiety, które tradycyjnie pełniły rolę opiekunek. Skutkuje to ograniczonym czasem i możliwościami sprawowania przez nie opieki nad starszymi członkami rodziny. Stąd wniosek, że zwiększy się zapotrzebowanie na formalną opiekę świadczoną przez wyspecjalizowane instytucje i personel wyposażony w odpowiednie kwalifikacje.

9.2. Niewystarczająca podaż usług medycznych i opiekuńczych dla osób starszych

Niewystarczająca liczba i nierównomierne rozmieszczenie placówek świadczących usługi medyczne (geriatryczne) w województwie podlaskim

Liczba miejsc opieki geriatrycznej jest zdecydowanie niewystarczająca w stosunku do zgłaszanego popytu. Szczególnie dotkliwy jest deficyt miejsc w sektorze publicznym. Na terenie województwa podlaskiego funkcjonują 2 oddziały geriatryczne: jeden w Białymstoku i jeden w Choroszcy. Ich skoncentrowanie głównie wokół stolicy województwa nie gwarantuje równomiernego dostępu do specjalistycznej opieki geriatrycznej w całym regionie. Ponadto funkcjonują 2 pododdziały geriatryczne: w Suwałkach i Kolnie. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku poradni geriatrycznych. Główna poradnia geriatryczna w Białymstoku jest czynna tylko 28 godzin tygodniowo, a inne poradnie pracują jeszcze krócej lub tylko w wybrane dni tygodnia z powodu braku personelu (np. poradnia w Siemiatyczach jest otwarta tylko w soboty). Świadczy to o ograniczonej podaży usług medycznych w zakresie geriatryki oraz znaczących dysproporcjach terytorialnych, szczególnie widocznych w podziale na obszary miejskie i wiejskie.

Niewystarczająca liczba i nierównomierne rozmieszczenie placówek świadczących usługi opiekuńcze w województwie podlaskim

W województwie podlaskim niedostateczna jest liczba placówek opiekuńczych, które mogłyby świadczyć usługi dla seniorów. Pomimo odnotowanego wzrostu liczby osób (w 2022 roku w porównaniu do roku 2016) korzystających z usług opiekuńczych i specjalistycznych w tych placówkach podlaskie znalazło się na ostatnim miejscu wśród wszystkich województw. Ponadto występuje nierównomierne rozmieszczenie placówek świadczących usługi opiekuńcze. Są one skoncentrowane głównie w większych miastach i ich okolicach, co znacząco utrudnia dostęp seniorom mieszkającym w mniejszych miejscowościach oraz na obszarach wiejskich. Ta dysproporcja wpływa na ograniczoną możliwość skorzystania z pomocy przez osoby starsze z regionów peryferyjnych.

Niewystarczające dostosowanie oferty usług opiekuńczych do potrzeb osób starszych

Oferta usług opiekuńczych w województwie podlaskim często nie odpowiada rzeczywistym potrzebom seniorów. Wiele z tych usług koncentruje się na podstawowej opiece, pomijając inne istotne aspekty, takie jak wsparcie psychologiczne, aktywizacja społeczna czy rehabilitacja. Brak kompleksowej oferty sprawia, że seniorzy nie otrzymują pełnego zakresu niezbędnej pomocy. Występuje również niedobór specjalistycznych usług opiekuńczych dostosowanych

do konkretnych schorzeń i niepełnosprawności. Terapia, rehabilitacja fizyczna czy opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi są w województwie podlaskim słabo dostępne. Tego typu usługi powinny być powszechne, aby skutecznie wspierać osoby starsze zmagające się z różnymi problemami zdrowotnymi. Ponadto większe ośrodki miejskie posiadają lepiej rozwiniętą infrastrukturę usług opiekuńczych zarówno w sektorze publicznym, jak i niepublicznym. Dotyczy to kompleksowej oferty świadczeń – od usług realizowanych w miejscu zamieszkania seniora po zinstytucjonalizowane formy opieki.

Niski poziom rozwoju opieki środowiskowej (deinstytucjonalizacji)

Pomimo wzrostu znaczenia opieki środowiskowej jako alternatywy dla usług stacjonarnych jej rozwój w regionie pozostaje ograniczony. Usługi świadczone w środowisku domowym są niedostatecznie rozwinięte, co zmniejsza możliwość wyboru dla seniorów, którzy preferują tę formę opieki. Ponadto brak wsparcia dla opiekunów nieformalnych stanowi istotną barierę w systemie opieki nad seniorami. Opiekunowie tacy, z wyjątkiem niewielkiej grupy osób pobierających świadczenia socjalne, nie są formalnie rejestrowani i nie otrzymują żadnego wsparcia. Brakuje zarówno pomocy finansowej, jak i szkoleń czy programów rozwijających kompetencje niezbędne do sprawowania efektywnej opieki. W rezultacie obciążenie opiekunów nieformalnych często przekracza ich możliwości, co wpływa na jakość wsparcia oferowanego osobom starszym.

9.3. Ograniczona podaż w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym

Deficyt kadry w sektorze usług medycznych i opiekuńczych w województwie podlaskim

Liczba lekarzy specjalistów, którzy w podmiotach leczniczych pracują jako zakontraktowani lekarze geriatrici, jest w województwie podlaskim bardzo niska i nie pozwala zaspokoić potrzeb osób starszych, zwłaszcza na obszarach wiejskich. Lekarze ze specjalizacją geriatriczną często pracują w systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych jako lekarze innych specjalizacji, głównie lekarze rodzinni. Stanowi to najpoważniejszą barierę w rozwoju usług geriatricznych w regionie.

Deficyt kadr odczuwany jest także w obszarze usług środowiskowych, świadczonych w miejscu zamieszkania osób starszych. Obserwuje się znaczący niedobór liczby opiekunów środowiskowych i fizjoterapeutów gotowych do realizacji świadczeń w warunkach domowych. Brakuje także wykwalifikowanej kadry w zawodach pomocowych, takich jak opiekun osoby starszej czy też asystent osoby niepełnosprawnej. Osoby posiadające kwalifikacje są w ograniczonym stopniu zainteresowane pracą w środowisku (w miejscu zamieszkania osoby starszej). Prowadzi to do rozwoju szarej strefy, w której usługi świadczone są przez osoby nieposiadające odpowiedniego przygotowania zawodowego.

Ograniczona zastępowalność kadry medycznej i opiekuńczej

W województwie podlaskim nasila się proces starzenia się kadry medycznej (np. lekarze geriatry, pielęgniarki geriatryczne) i opiekuńczej (np. opiekunka środowiskowa, opiekun osoby starszej) przy jednoczesnym braku naturalnej zastępowalności pokoleniowej, co w długiej perspektywie może prowadzić do pogłębienia się deficytu wykwalifikowanych pracowników w sektorze usług medycznych i opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Ograniczona zastępowalność wynika z niskiego zainteresowania pracą w tych zawodach oraz zmiany stylu życia ludzi młodych opartej na koncepcji *work-life balance*.

Niskie wynagrodzenia pracy w placówkach opiekuńczych

Niskie wynagrodzenia są istotnym czynnikiem zniechęcającym do pracy w sektorze opieki nad seniorami. Placówki opiekuńcze oferują niższe stawki niż podmioty lecznicze, co sprawia, że praca w tych miejscach jest mniej atrakcyjna finansowo. Pielęgniarki i fizjoterapeuci mogą liczyć na znacznie wyższe zarobki w szpitalach i innych placówkach leczniczych, co powoduje ich niechęć do pracy w sektorze opiekuńczym. W rezultacie placówki opiekuńcze mają trudności z pozyskaniem i utrzymaniem wykwalifikowanego personelu medycznego i opiekuńczego. Placówki te radzą sobie z tym, między innymi współpracując z pielęgniarkami/fizjoterapeutami kontraktowanymi z NFZ lub osobami zatrudnianymi na umowę-zlecenie, dla których jest to dodatkowa praca. Podobnie sytuacja wygląda z opiekunami medycznymi – dużo się ich kształci, ale wolą pracować w szpitalach niż w DPS-ach czy też prywatnych placówkach opiekuńczych.

Niska atrakcyjność zawodów świadczących usługi opiekuńcze

Zawody świadczące usługi opiekuńcze postrzegane są jako mało atrakcyjne, co wynika między innymi z trudności pracy z osobami starszymi (ciężka praca fizyczna i duże obciążenie psychiczne) oraz niższych wynagrodzeń w porównaniu do podmiotów leczniczych. Jako nieatrakcyjne postrzegają zatrudnienie w usługach opiekuńczych przede wszystkim osoby młode, co było sygnalizowane podczas wywiadów pogłębionych i jednoznacznie wykazane w badaniu ankietowym. Usługi opiekuńcze postrzegane są jako praca bez perspektyw, bez możliwości zrobienia kariery zawodowej, z ograniczonym dostępem do kursów i szkoleń, prowadząca do szybkiego wypalenia zawodowego. Skutkuje to niechęcią młodych do podejmowania pracy jako opiekun medyczny w placówkach opiekuńczych, gdzie zatrudniają się przede wszystkim osoby w średnim wieku. Ta sytuacja wymaga systemowego podejścia do zwiększenia atrakcyjności zawodów opiekuńczych, szczególnie w kontekście rosnącego zapotrzebowania na tego typu usługi w starzejącym się społeczeństwie.

9.4. Problemy z podażą pracy z osobami starszymi w perspektywie najbliższych lat

Niechęć do podejmowania pracy w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym

Problemy z przyszłą podażą pracy z osobami starszymi w województwie podlaskim wynikają z niekorzystnego postrzegania pracy z seniorami przez przyszłych absolwentów kierunków medycznych i opiekuńczych. Studenci kierunków medycznych w różnym stopniu są zainteresowani pracą z osobami starszymi, co ma istotne implikacje dla przyszłej podaży kadr. Najmniejsze zainteresowanie pracą z seniorami wykazują przyszli lekarze. Nieco lepiej oceniają możliwość świadczenia usług osobom starszym pielęgniarki, jednak i tak negatywne aspekty pracy są tu silniej akcentowane niż pozytywne. Większe zainteresowanie pracą z seniorami wykazują absolwenci kierunków stanowiących filar usług w środowisku dla osób starszych (opiekunka środowiskowa, asystent osoby niepełnosprawnej). Z drugiej jednak strony wyrażają oni zdecydowaną niepewność co do możliwości podjęcia pracy w kształconym zawodzie (szczególnie po realizacji praktyk zawodowych).

Niskie zainteresowanie pracą w placówkach opiekuńczych

Domy pomocy społecznej oraz prywatne domy opieki są postrzegane jako mniej prestiżowe miejsca pracy w porównaniu z podmiotami leczniczymi. Opinia ta wynika z niższej oceny warunków pracy, mniejszego dostępu do nowoczesnych technologii oraz gorszych perspektyw rozwoju zawodowego. Osoby kształcące się na kierunkach medycznych i opiekuńczych preferują podjęcie pracy w placówkach leczniczych, takich jak szpitale, prywatne placówki lecznicze czy przychodnie. Zainteresowanie kształceniem na kierunkach opiekuńczych jest niskie.

Niedostateczne zainteresowanie kształceniem się w zawodach opiekuńczych

W województwie podlaskim obserwowane jest zmniejszające się zainteresowanie podejmowaniem kształcenia w zawodach opiekuńczych. Wiele szkół policealnych nie uruchamia kierunków takich jak opiekun osoby starszej czy opiekun w domu pomocy społecznej. Podyktowane jest to między innymi tym, że kierunki kształcenia *stricte* opiekuńcze są wypierane przez zyskujący dużą popularność kierunek opiekun medyczny, dający rozszerzone kompetencje oraz możliwości zatrudnienia nie tylko w placówkach opiekuńczych, ale i podmiotach leczniczych.

9.5. Niedostosowanie kształcenia w zawodach medycznych i opiekuńczych do potrzeb osób starszych

Niedostateczna prezentacja problematyki geriatrycznej w programach kształcenia

System kształcenia w obszarze medycznym i opiekuńczym zawiera ograniczoną ilość specjalistycznych treści dotyczących opieki nad osobami starszymi. Z wyjątkiem specjalizacji geriatrycznej oferowanej dla lekarzy przez Klinikę Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zarówno szkoły policealne, jak i uczelnie wyższe nie prowadzą dedykowanych modułów czy specjalizacji koncentrujących się na problematyce osób starszych. Obecny model kształcenia opiera się na podejściu ogólnym, w którym zagadnienia związane z opieką nad seniorami stanowią jedynie element wielu przedmiotów. Programy przygotowują ogólnie, w tym do pracy z osobami starszymi, i taka sytuacja ma miejsce między innymi na kierunku opiekun medyczny czy terapeuta zajęciowy. Treści dotyczące specyfiki pracy z osobami starszymi są rozproszone w różnych przedmiotach, co może utrudniać kompleksowe zrozumienie szczególnych potrzeb tej grupy pacjentów. Choć takie podejście zapewnia pewien poziom wiedzy o opiece nad osobami starszymi, może ono być niewystarczające w kontekście rosnących potrzeb społecznych i złożoności wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa.

Niewystarczająca ilość zajęć praktycznych z zakresu opieki geriatrycznej

Zajęcia praktyczne realizowane w toku kształcenia w zawodach medycznych i opiekuńczych, choć ogólnie oceniane jako dobre, często nie zapewniają wystarczającej praktyki z zakresu opieki geriatrycznej, co jest szczególnie widoczne na studiach wyższych o charakterze medycznym. W rezultacie absolwenci mogą mieć trudności w radzeniu sobie z wyzwaniami pracy z osobami starszymi ze względu na niewystarczające doświadczenie praktyczne w tym zakresie.

Zbyt mały nacisk w programach kształcenia na rozwój kompetencji miękkich niezbędnych w pracy z osobami starszymi

Kształcenie w ramach systemu oświaty oraz szkolnictwa wyższego w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze wyposaża absolwentów w wiedzę, umiejętności zawodowe oraz kompetencje społeczne. Na znaczeniu zyskują i będą zyskiwać kompetencje miękkie, które były wskazywane podczas wywiadów pogłębionych jako niezwykle pożądane, a niejednokrotnie wskazywane były ich braki u pracowników. Co więcej, badanie ankietowe pokazało, że sami kształcący się w zawodach medycznych i opiekuńczych dobrze oceniają dostarczaną w czasie edukacji wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne oraz niektóre umiejętności miękkie, takie jak umiejętność komunikacji i pracy w zespole. Źle oceniają natomiast rozwijanie takich kompetencji miękkich jak radzenie sobie z emocjami, z krytyką, zarządzanie czasem czy umiejętność motywowania. Najważniejszymi poszukiwanymi kompetencjami w usługach medycznych i opiekuńczych będą komunikacja interpersonalna, umiejętności radzenia sobie ze stresem i emocjami, radzenie sobie w sytuacjach trudnych

i nieprzewidywalnych, a także umiejętność organizacji pracy. Wskazuje to na konieczność wzmocnienia kompetencji miękkich w toku kształcenia.

Ograniczona oferta edukacji pozaformalnej w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze dla osób starszych

W województwie podlaskim obszar edukacji pozaformalnej w zakresie kursów oraz szkoleń dotyczących zawodów, kwalifikacji i umiejętności świadczących usługi medyczne i opiekuńcze (w tym na rzecz osób starszych) nie jest dostatecznie rozwinięty. Brakuje specjalistycznych kursów i szkoleń w zakresie usług dla osób starszych, które mogłyby uzupełnić kompetencje i umiejętności trudne do rozwinięcia w ramach standardowego kształcenia w szkołach policealnych czy na uczelniach wyższych (np. specjalista do spraw opieki senioralnej, koordynator zespołu opiekuńczo-terapeutycznego osób starszych czy psychogerontologia: specjalista do spraw seniorów). Brakuje również kursów i szkoleń wyposażających w podstawową wiedzę, umiejętności i kompetencje w zakresie opieki nad osobami starszymi, skierowanych do nieformalnych opiekunów osób starszych, którzy nie mają często podstaw w tym zakresie.

Więcej kursów i szkoleń w swojej ofercie mają instytucje szkoleniowe działające poza województwem podlaskim. W związku z tym, że część z tych szkoleń jest prowadzona w formule on-line, zwiększa to ich dostępność, choć jednocześnie może przekładać się na jakość kształcenia. Ponadto nie istnieje centralna baza kursów i szkoleń, która pozwoliłaby na kompletną inwentaryzację oferty. Powoduje to, że jej przeszukiwanie ma charakter intuicyjny.

10. Rekomendacje

Rekomendacje powstały na podstawie wniosków z przeprowadzonych badań *desk research*, IDI, badań ilościowych, a następnie zostały przedyskutowane w ramach badania FGI.

10.1. Rekomendacje w świetle badań FGI

Badanie FGI zostało przeprowadzone 9 grudnia 2024 roku na Wydziale Ekonomii i Finansów Uniwersytetu w Białymstoku w formule hybrydowej. Jego celem była dyskusja nad treścią wstępnie przygotowanych rekomendacji, sposobem ich realizacji oraz istotnością dla zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim.

W badaniu uczestniczyło 12 osób, w tym jedna osoba zdalnie. Kryterium wyboru uczestników do badania było posiadane doświadczenie w obszarze usług medycznych i opiekuńczych. Do udziału w badaniu FGI zaproszono przedstawicieli placówek, w których świadczone są te usługi. Od strony usług medycznych w badaniu udział wzięły ordynatorki oddziałów geriatrycznego oraz psychogeriatrycznego, a także lekarz geriatra pracująca w poradni geriatrycznej. Usługi opiekuńcze reprezentowali właściciel prywatnego domu opieki oraz dyrektor DPS-u. W grupie ekspertów znalazł się również przedstawiciel miejskiego ośrodka pomocy społecznej. Do udziału w badaniu zaproszono także reprezentantów instytucji, w których odbywa się kształcenie w zawodach związanych ze świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych osobom starszym. Ekspertami w panelu byli przedstawiciele zarówno uczelni wyższych, jak też szkół policealnych kształcących w przedmiotowym zakresie w województwie podlaskim. Uczestnikiem wywiadu grupowego była także przedstawicielka Federacji Organizacji Pozarządowych Miasta Białystok i jednocześnie członkini Zespołu do spraw Reformy Systemu Pomocy Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Wstępnie przygotowane rekomendacje na podstawie *desk research*, pogłębionych wywiadów oraz badań ankietowych drogą e-mailową zostały przekazane uczestnikom badania FGI celem zapoznania się z nimi i przygotowania się do dyskusji. Przesłane rekomendacje były podstawą do późniejszej dyskusji moderowanej. Badanie zostało nagrane w celu dokładnego przeanalizowania rozmowy. Niejednolite doświadczenie uczestników badania FGI w obszarze usług medycznych i opiekuńczych zapewniło szeroki kontekst rozważań i było niezwykle cenne dla ostatecznego kształtu wypracowanych w raporcie rekomendacji.

Wyniki badań FGI wskazały, że uczestnicy zgadzają się ze zdiagnozowanymi w ramach niniejszego raportu wnioskami, problemami oraz rekomendacjami w zakresie popytu i podaży usług opiekuńczych i medycznych w województwie podlaskim. Potwierdzono ich istotność w kontekście obecnych wyzwań systemu opieki medycznej i opiekuńczej skierowanej do osób starszych.

Respondenci zwrócili jednak uwagę, że zdiagnozowane problemy dotyczące zawodów, kwalifikacji i umiejętności w zakresie usług opiekuńczych i medycznych w województwie podlaskim są często problemami o charakterze ogólnokrajowym. W konsekwencji wskazali, że ich rozwiązanie wymaga podejścia systemowego i zaangażowania administracji publicznej

(głównie na poziomie centralnym), co może stanowić istotne wyzwanie w procesie implementacji rekomendacji na poziomie wojewódzkim.

W kontekście procesu deinstytucjonalizacji uczestnicy badania podkreślili złożoność tego zagadnienia. Podczas badania FGI przedstawiono im rekomendację dotyczącą przyspieszenia deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych, co wywołało dyskusję. Osoby biorące udział w FGI uznały, że rekomendacja ta powinna zostać zmodyfikowana, bo choć deinstytucjonalizacja jest istotnym kierunkiem zmian, to jej intensyfikacja powinna być uzależniona od istnienia dobrze funkcjonujących lokalnych instytucjonalnych struktur wsparcia. Eksperti wrócili uwagę, że wyraźnie dostrzegalne w województwie podlaskim są braki w zakresie odpowiedniej infrastruktury i kadry (szczególnie na obszarach wiejskich, oddalonych od dużych miast), co może prowadzić do niezamierzonych konsekwencji – ograniczenia dostępności usług opiekuńczych tam, gdzie już i tak są one słabo dostępne.

Ważnym wnioskiem z badania FGI było wskazanie na konieczność powiązania zaproponowanych rekomendacji z ustaleniami Grupy Roboczej do spraw Wsparcia i Rozwoju Kadr w Systemie Pomocy Społecznej (TG3), działającej w ramach Zespołu do spraw Reformy Systemu Pomocy Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Rekomendowano, by ustalenia przygotowane przez tę grupę, a dotyczące pracowników socjalnych, zaadaptować w odniesieniu do rekomendacji odnoszących się do pracowników świadczących usługi opiekuńcze osobom starszym.

Badanie FGI dostarczyło cennych wskazówek i wniosków, które znalazły odzwierciedlenie w ostatecznej formie przygotowanych w ramach niniejszego raportu rekomendacji.

Poniżej zostały przedstawione wybrane wypowiedzi ekspertów uczestniczących w panelu FGI, dotyczące wniosków i rekomendacji od strony popytowej zawodów, umiejętności i kwalifikacji świadczących usługi medyczne i opiekuńcze:

Uważam, że zapotrzebowanie jest bardzo duże i widzę po swoim doświadczeniu, pracując z osobami starszymi już 24 lata, że ono ciągle rośnie. Społeczeństwo się starzeje i to już nie jest to samo, kiedy rodziny były wielopokoleniowe, kiedy w jednym domu mieszkała babcia, mama, gdzie wspólnie przy talerzu zupy wychowywały się dzieci.

Analizując dostępność opieki długoterminowej w placówkach opiekuńczych, domach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczo-leczniczych, widać, że województwo podlaskie jest białą plamą na mapie. W porównaniu do województw mazowieckiego czy śląskiego, a także okolic Łodzi, gdzie funkcjonuje wiele placówek opiekuńczych o różnych formach organizacyjnych i własnościowych, nasze województwo wypada bardzo słabo.

Każdego roku gminy kierują około 300 osób do placówek opiekuńczych. Niestety, nie dysponujemy wystarczającą liczbą miejsc – ponad 100 osób musi być kierowanych do placówek poza naszym powiatem, do innych ośrodków.

Nam szczególnie zależy na rozwoju dziennych domów Senior+, nie tyle na klubach seniora, ponieważ mają one odmienną specyfikę. Dienne domy senior plus mają wbudowany element opiekuńczy.

Nie powinniśmy się nadmiernie skupiać na hasle deinstytucjonalizacji, ponieważ najpierw musimy zwiększyć dostępność usług.

Na dziś po prostu nie mamy pracowników (...) taki mamy problem – brakuje nam kadr, po prostu nie ma kto pracować.

Jak się ogłaszamy, że szukamy opiekunów, to zgłaszają się różni... no różni są. Często przychodzą osoby bez żadnego przygotowania, bez kwalifikacji, takie z przypadku.

Musimy to uporządkować. Dodam tylko, że wśród lekarzy rodzinnych jest pewne nasycenie specjalistami geriatrici, bo oni pracują jako lekarze rodzinni, mając jednocześnie specjalizację z geriatrici.

Jeżeli ktoś kończy kształcenie opiekuńcze i uczy się półtora roku, to jak ma się czuć w porównaniu do innych? Dlatego mówimy, żeby wynagrodzenie było takie samo jak w ochronie zdrowia dla opiekuna medycznego.

Opinia o pracownikach domu pomocy społecznej jest często negatywna. Ludzie z zewnątrz postrzegają ten zawód stereotypowo, nie doceniając jego wartości i znaczenia.

Poniżej są podane wybrane wypowiedzi ekspertów uczestniczących w panelu FGI, dotyczące wniosków i rekomendacji od strony podaźowej zawodów, umiejętności i kwalifikacji świadczących usługi medyczne i opiekuńcze:

One mi mówiły, znaczą te opiekunki, że największy problem mają z tym, jak sobie radzić z trudnym pacjentem, że tej psychologii im brakuje, no bo to jest potrzebne, żeby dobrze pracować i żeby pacjentowi pomóc.

Rozmawiałam z pracownikami indywidualnie i prawie wszyscy podkreślali, że brakuje im umiejętności w zakresie pracy z trudnym klientem.

Wydaje się, że mamy za mało zajęć praktycznych rozwijających kompetencje społeczne i miękkie. Skupiamy się głównie na wiedzy i umiejętnościach twardych, na nastawieniu do pewnych rzeczy, ale brakuje tej drugiej strony.

Wcześniej ten kierunek był realizowany w szkołach policealnych przez 2,5 roku. Oczywiście była teoria, ale przede wszystkim stawiano na praktykę. To właśnie praktyka była najważniejsza.

One mówią, że same muszą się douczyć, ja w szkole staram się pomagać, ale brakuje nam systematycznego kształcenia. To wszystko prowadzi szybciej do wypalenia zawodowego. Brakuje nam też superwizji.

Jesteśmy nastawieni na działalność praktyczną. Na przykład obecnie kierunek pracy socjalnej jest *stricte* akademicki. Natomiast wcześniej ten kierunek był kształcony w szkołach policealnych przez 2,5 roku.

Teoria to jedno, a praktyka to zupełnie co innego. Odnosząc się do tego, co pani dyrektor mówi o naszym systemie kształcenia i praktykach, musimy wrócić do podejścia rzemieślniczego.

Musimy łączyć teorię z praktyką, bo samo opowiadanie o umieraniu czy starzeniu się nie wystarczy. To tylko teoria, która nie zastąpi praktycznego doświadczenia.

10.2. Rekomendacje w zakresie poprawy dostępności usług medycznych i opiekuńczych dla osób starszych

Zwiększenie liczby i dostępności placówek świadczących usługi medyczne (geriatryczne) osobom starszym w województwie podlaskim

Zwiększenie dostępności do usług medycznych (geriatrycznych) powinno nastąpić poprzez tworzenie nowych oddziałów (pododdziałów) geriatrycznych oraz poradni geriatrycznych. Wdrożenie tej rekomendacji wymaga uwzględnienia dotychczasowego nierównomiernego rozmieszczenia tych placówek w województwie podlaskim. Realizacja tej rekomendacji jest jednak możliwa wyłącznie pod warunkiem zwiększenia liczebności kadry specjalistycznej w obszarze świadczeń geriatrycznych, szczególnie w grupie lekarzy geriatrów, pielęgniarek geriatrycznych oraz fizjoterapeutów doświadczonych w pracy z osobami starszymi.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Zdrowia – zwiększenie środków na finansowanie rezydentur lekarskich w dziedzinie geriatrii, zwiększenie dofinansowania do szkoleń dla pielęgniarek, które rozpoczną specjalizację geriatryczną;
- Narodowy Fundusz zdrowia, Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ – zwiększenie środków na finansowanie świadczeń geriatrycznych;
- Ministerstwo Finansów – zwiększenie środków w budżecie państwa w dziale Zdrowie.

Zwiększenie liczby i dostępności placówek świadczących usługi opiekuńcze osobom starszym w województwie podlaskim

Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych powinno nastąpić poprzez tworzenie nowych ośrodków, zwłaszcza dla pacjentów wymagających zaawansowanej opieki. Należy rozwijać zarówno publiczne, jak i prywatne placówki opiekuńcze, aby sprostać zróżnicowanym potrzebom społecznym i finansowym potencjalnych podopiecznych. W przypadku ośrodków publicznych szczególny nacisk należy położyć na ich mniejszą skalę, co pozwoli na utrzymanie wysokiej jakości świadczonych usług. Mniejsze placówki, choć droższe w utrzymaniu, oferują wyższą jakość usług, co jest kluczowe dla podnoszenia standardów opieki nad osobami starszymi.

Wdrożenie tej rekomendacji wymaga uwzględnienia dotychczasowego nierównomiernego rozmieszczenia placówek opiekuńczych w województwie podlaskim. Szczególnie istotne jest tworzenie nowych jednostek w mniejszych miejscowościach, podczas gdy obecnie dostęp do tych usług jest wysoce ograniczony.

Rozwój infrastruktury opiekuńczej pociągnie za sobą istotne konsekwencje na rynku pracy – w sektorze usług medycznych i opiekuńczych. Wzrośnie zapotrzebowanie na specjalistów, takich jak pielęgniarki, opiekunowie medyczni, fizjoterapeuci i opiekunowie w domach pomocy społecznej oraz innych pracowników, co będzie wymagało skoordynowanych działań na poziomie kształcenia zawodowego i planowania zatrudnienia.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – wsparcie na poziomie centralnym w zakresie finansowania pobytu w placówkach i wynagradzania pracowników;
- jednostki samorządu terytorialnego – ich zaangażowanie jest kluczowe dla opracowania i realizacji strategii, która odpowie na potrzeby starzejącego się społeczeństwa w województwie podlaskim. Wsparcie ze strony samorządów konieczne jest również przy adaptowaniu budynków do potrzeb placówek opiekuńczych.

Rozwijanie sieci dziennych domów Senior+

Działalność dziennych domów Senior+ polega na realizacji podstawowych usług wsparcia, takich jak pomoc w czynnościach dnia codziennego, zapewnienie minimum jednego posiłku dziennie (w tym gorącego) oraz innych usług dostosowanych do potrzeb seniorów. Placówki te oferują co najmniej 8-godzinną działalność od poniedziałku do piątku (40 godzin tygodniowo).

Rekomendacja dotycząca rozwijania sieci dziennych domów Senior+ wynika z ograniczonej dostępności mieszkańców województwa podlaskiego do usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Wielu rozmówców wskazywało na problemy związane z nieefektywną opieką w środowisku, a także rosnącą liczbą osób starszych mieszkających samotnie.

Dzienne domy Senior+ stanowią dobre rozwiązanie dla osób, które nie wymagają całodobowej opieki medycznej. Obecnie w województwie podlaskim funkcjonuje jedynie 5 placówek tego typu, które łącznie oferują 135 miejsc (od 10 do 60 miejsc na placówkę). Aby zwiększyć dostępność usług opiekuńczych dla seniorów, konieczne jest tworzenie nowych ośrodków, szczególnie w mniejszych miejscowościach i na terenach wiejskich, gdzie dostęp do takich usług jest wyjątkowo ograniczony.

Realizacja tej rekomendacji będzie możliwa dzięki kontynuacji Wieloletniego Programu Senior+, który przewiduje wspieranie jednostek samorządu terytorialnego w zakresie prowadzenia i zapewniania miejsc w ośrodkach wsparcia Senior+. Kluczowe będzie także zaangażowanie samorządów w proces wnioskowania o środki finansowe oraz przygotowanie pomieszczeń na potrzeby takich ośrodków. Podobnie jak inne placówki opiekuńcze dzienne domy Senior+ powinny być dedykowane mniejszym grupom seniorów, co umożliwi świadczenie spersonalizowanych usług.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – kontynuacja Wieloletniego Programu Senior+ oraz zwiększenie środków finansowych na jego realizację;
- jednostki samorządu terytorialnego – wnioskowanie o środki finansowe z programu Senior+ oraz przygotowania pomieszczeń i lokali na potrzeby nowych placówek.

Zrównoważona deinstytucjonalizacja usług społecznych i rozwój opieki środowiskowej

Deinstytucjonalizacja oznaczająca przejście od modelu opieki nad pacjentem przewlekle chorym w instytucjach do zapewnienia mu odpowiedniego wsparcia w otoczeniu lokalnym i miejscu zamieszkania stanowi istotny element zmian w systemie opieki długoterminowej.

Ta forma pomocy pozwala zachować dotychczasowe więzi społeczne i rodzinne seniorom, którzy często wyrażają chęć pozostania w swoich domach tak długo, jak to możliwe. Deinstytucjonalizacja ponadto odciąża system opieki instytucjonalnej, co może prowadzić do bardziej efektywnego wykorzystania dostępnych zasobów.

Kluczową rolę w rozwoju opieki środowiskowej odgrywają samorządy lokalne, które odpowiadają za organizację i finansowanie usług opiekuńczych. W związku z tym istnieje konieczność wzmocnienia ich kompetencji w zakresie koordynowania działań różnych podmiotów oraz monitorowania potrzeb mieszkańców. Istotne jest także wypracowanie standardów jakości świadczonych usług oraz mechanizmów ich weryfikacji. Ważnym elementem rozwoju opieki środowiskowej jest ponadto włączanie w system organizacji pozarządowych oraz wolontariuszy, którzy mogą stanowić cenne uzupełnienie profesjonalnych usług opiekuńczych.

Należy jednak stosować zrównoważone podejście do deinstytucjonalizacji, na co jednoznacznie wskazali uczestnicy badania. Proces ten powinien być intensyfikowany jedynie tam, gdzie istnieją już dobrze funkcjonujące instytucje. Wdrażanie tego procesu w innych miejscach mogłoby przynieść niepożądane konsekwencje dla systemu opieki.

Ponadto deinstytucjonalizacja rodzi wyzwania wynikające z niedoborów kadrowych w zawodach związanych z opieką nad osobami starszymi w środowisku domowym, takich jak opiekunki środowiskowe, pielęgniarki środowiskowe, opiekunowie osób starszych czy asystenci osób niepełnosprawnych. Zintensyfikowanie tego procesu wymaga skoordynowanych działań na rzecz kształcenia nowych kadr oraz wsparcia zawodowego dla aktualnych pracowników.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwo Zdrowia – współpraca w zakresie skoordynowanych działań wdrażania procesu deinstytucjonalizacji;
- Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego – wsparcie procesu kształcenia kadr na potrzeby deinstytucjonalizacji.

Tworzenie dziennych domów opieki medycznej

Realizacja w praktyce podejścia holistycznego do opieki nad osobami starszymi zakłada tworzenie dziennych domów opieki medycznej. Koncepcja takich jednostek wymagałaby obecności dietetyka, pielęgniarki (która miałaby ukończony kurs czy szkolenie na edukatora zdrowotnego) oraz fizjoterapeuty, gdzie koordynatorem byłby lekarz geriatra bądź (z uwagi na małą obecnie liczbę tych specjalistów) lekarz internista. Dobrze, aby w zespole był również obecny psychiatra, który ma doświadczenie w pracy z pacjentem geriatrycznym. Lekarz geriatra przyjmowałby pacjenta i wyznaczał cele. Natomiast całą placówką mógłby zarządzać absolwent zdrowia publicznego. Pacjenci sami przyjeżdżaliby do tego typu domu. W sytuacji niemożności dotarcia dowozy mogłyby być zorganizowane przez władze na przykład powiatu czy też gminy. Oferowana opieka byłaby tam kilkumiesięczna. Pacjenci korzystaliby z tych domów codziennie od poniedziałku do piątku, co pozwoliłoby odciążyć innych członków rodziny, która mogłaby dalej być aktywna na rynku pracy. Powstanie tego typu placówek mogłoby być dofinansowane z funduszy europejskich z puli środków przeznaczonych na ochronę zdrowia. Finansowanie

realizowanych świadczeń medycznych w tego typu placówkach musiałyby być refundowane ze specjalnej puli środków pochodzących z NFZ.

Adresat rekomendacji:

- jednostki samorządu terytorialnego – główny organ założycielski podmiotów leczniczych (szpitali), w ramach struktury których takie dzienne domy opieki medycznej mogłyby powstać;
- Narodowy Fundusz Zdrowia – podmiot finansujący działalność dziennych domów opieki medycznej.

Stworzenie interaktywnej mapy dostępności do opieki dla osób starszych w obszarze usług opiekuńczych, jak i medycznych w województwie podlaskim

W województwie podlaskim dostęp do usług opieki długoterminowej dla osób starszych jest z różnych względów ograniczony i nierównomiernie rozłożony. Poza jego zasięgiem często pozostają mniejsze miejscowości oraz obszary wiejskie. Stworzenie interaktywnej mapy dostępności miejsc opieki długoterminowej w województwie podlaskim umożliwiłoby mieszkańcom takich obszarów łatwiejszy dostęp do informacji o usługach i w efekcie poszerzyłoby możliwości skorzystania z nich. Powołanie koordynatora środowiskowego na poziomie powiatu, który pełniłby rolę przewodnika po systemie dla pacjenta i jego rodziny, na pewno usprawniłoby koordynację opieki na poziomie województwa.

Proponowane funkcjonalności mapy:

- lokalizacja placówek: dokładne wskazanie miejsc, takich jak: domy pomocy społecznej, dzienne domy opieki, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja;
- informacje szczegółowe: dane kontaktowe, zakres usług, liczba dostępnych miejsc oraz warunki przyjęcia;
- wyszukiwarka i filtry: opcja wyszukiwania według lokalizacji, rodzaju usług oraz specyficznych potrzeb (np. opieka nad osobami z demencją);
- aktualizacja w czasie rzeczywistym: możliwość wprowadzania na bieżąco informacji o dostępnych miejscach w placówkach;
- interaktywność: współpraca z użytkownikami umożliwiająca zgłaszanie uwag i aktualizowanie danych.

Adresaci rekomendacji:

- jednostki samorządu terytorialnego na poziomie powiatu i województwa – wsparcie podczas tworzenia i w utrzymaniu mapy poprzez pozyskiwanie danych oraz finansowanie projektu;
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej oraz Centrum e-Zdrowie – współpraca w zakresie integracji mapy z istniejącymi systemami informacyjnymi;
- organizacje pozarządowe i placówki opiekuńcze – wprowadzenie i aktualizowanie informacji o oferowanych usługach.

10.3. Rekomendacje dotyczące zmniejszenia deficytu kadr w sektorze usług medycznych i opiekuńczych w województwie podlaskim

Zwiększenie liczebności personelu medycznego gotowego do realizacji usług medycznych skierowanych do osób starszych w formule zinstytucjonalizowanej

Działanie oddziałów geriatrycznych wymaga spełnienia określonych kryteriów związanych z liczbą wyszkolonego personelu medycznego, to jest lekarzy geriatrów, pielęgniarek, fizjoterapeutów oraz psychologów. Ich spełnienie warunkuje podpisanie kontraktu z publicznym płatnikiem – NFZ. Brak wymaganej kadry przekłada się na małą liczbę oddziałów geriatrycznych, jak i poradni geriatrycznych w województwie podlaskim. Bez wymaganej kadry nie będzie możliwości zwiększenia liczby placówek, które będą świadczyły usługi geriatryczne.

Wdrożenie tej rekomendacji wymagałoby zwiększenia środków publicznych, które przełożyłyby się na wyższe kwoty wyceny punktów geriatrycznych w kontraktach zawieranych z publicznym płatnikiem – NFZ.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Zdrowia – zwiększenie środków na finansowanie rezydentur lekarskich w dziedzinie geriatry; zwiększenie dofinansowania do szkoleń dla pielęgniarek, które rozpoczną specjalizację geriatryczną, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej;
- Narodowy Fundusz Zdrowia – zwiększenie środków na finansowanie świadczeń geriatrycznych;
- Ministerstwo Finansów – zwiększenie środków w budżecie państwa w dziale Zdrowie.

Kształcenie kadr na potrzeby pracy w środowisku

Wzrost zapotrzebowania na kadry do pracy w środowisku, w tym opiekunek środowiskowych, pielęgniarek środowiskowych, opiekunów osób starszych oraz asystentów osób niepełnosprawnych, jest wynikiem demograficznych zmian oraz rozwijającego się procesu deinstytucjonalizacji. Obecnie podaż osób wykwalifikowanych do pracy w środowisku jest niewystarczająca w obliczu zwiększającej się liczby osób wymagających opieki. Kształcenie nowych kadr na potrzeby pracy w środowisku wymaga zaangażowania instytucji odpowiedzialnych za edukację zawodową oraz politykę społeczną.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwa Edukacji Narodowej;
- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego;
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej;
- Ministerstwo Zdrowia.

Wymienione podmioty powinny wspólnie opracować strategię rozwoju kadr na potrzeby pracy w środowisku. Kluczowe jest również dostosowanie programów nauczania do specyficznych wymagań pracy z seniorami, tak aby przygotowywały one przyszłych specjalistów do świadczenia wysokiej jakości usług opiekuńczych.

Podniesienie atrakcyjności finansowej zawodów świadczących usługi opiekuńcze dla osób starszych

Jednym z najistotniejszych działań w zakresie zwiększenia kadry opiekuńczej jest z pewnością podniesienie atrakcyjności finansowej pracy w tym zakresie. Szczególnie poważną barierą jest to, że placówki opiekuńcze mogą zaoferować niższe wynagrodzenia w porównaniu do podmiotów leczniczych (w szczególności pielęgniarkom, fizjoterapeutom oraz opiekunom medycznym).

Rekomenduje się zatem:

- ujednoczenie sposobu wynagrodzenia zawodów medycznych w podmiotach leczniczych i zakładach opiekuńczych;
- możliwość wprowadzenia dodatkowych bonusów za pracę w trudnych warunkach (np. za opiekę nad osobami z zaawansowaną demencją);
- wprowadzenie dodatku dla pracowników domów pomocy społecznej za pracę w niedziele i święta;
- dofinansowanie z budżetów lokalnych i państwowych – na przykład utworzenie regionalnych funduszy wsparcia dla instytucji zatrudniających opiekunów, umożliwiających podniesienie ich wynagrodzeń.

Wprowadzenie zmian w wynagrodzeniach wymaga współpracy Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Harmonizacja warunków finansowych w sektorze opieki zdrowotnej i opiekuńczej może w znacznej mierze ograniczyć niedobory kadrowe, szczególnie wśród pielęgniarek i fizjoterapeutów. Jednocześnie podwyższenie wynagrodzeń w zakładach opiekuńczych sprawiłoby, że praca w tej sferze przestałaby być postrzegana jako ostatni wybór miejsca zatrudnienia przez opiekunów medycznych.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Zdrowia;
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Wspólne działania tych instytucji są niezbędne do poprawy sytuacji finansowej kadr w sektorze opieki opiekuńczej.

Tworzenie mechanizmów przeciwdziałających wypaleniu zawodowemu

Praca z osobami starszymi jest bardzo wymagająca zarówno pod względem psychicznym, jak i niejednokrotnie fizycznym. Narażenie na wypalenie zawodowe w zawodach medycznych i opiekuńczych skierowanych do osób starszych bardzo jest wysokie.

Kluczowy element przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu to organizowanie systematycznych szkoleń, kursów dokształcających (w ramach realizacji polityki senioralnej przez jednostki samorządu terytorialnego, które odpowiadałyby na specyficzne potrzeby osób pracujących z seniorami). Praca z osobami starszymi była wielokrotnie wskazywana jako niezwykle obciążająca psychicznie, co często prowadzi do wypalenia zawodowego. Zakres szkoleń czy powinien skupiać się na sposobach, technikach i narzędziach radzenia sobie ze stresem, na zarządzaniu emocjami w pracy z osobami starszymi, szczególnie w kontekście ich wielochorobowości i demencji starczej.

Kolejnym mechanizmem jest wprowadzenie wsparcia psychologicznego. Po pierwsze, należy zapewnić dostęp do konsultacji psychologicznych, które pozwolą na bieżące rozwiązywanie problemów emocjonalnych związanych z wykonywaną pracą. Po drugie, rekomenduje się wprowadzenie systemu superwizji grupowych i indywidualnych, umożliwiających pracownikom dzielenie się trudnymi doświadczeniami oraz otrzymanie wsparcia psychologicznego.

Jednocześnie warto rozważyć propozycję grupy roboczej GT3 wprowadzenia dodatkowego urlopu wypoczynkowego dla pracowników, przyznawanego w wymiarze 5 dni raz na rok po 3 latach nieprzerwanej pracy, 10 dni raz na rok po 5 latach pracy oraz 12 dni raz na rok po 10 latach pracy, zamiast dotychczasowego systemu urlopów przyznawanych raz na 2 lata.

Adresat rekomendacji:

- jednostki samorządu terytorialnego oraz podległe im jednostki, które realizują zadania własne w zakresie polityki senioralnej, opieki społecznej oraz ochrony zdrowia;
- pracodawcy w obszarze usług medycznych, jak i opiekuńczych w zakresie zapewnienia wsparcia psychologicznego, kierowania na szkolenia;
- Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku, Krajowa Izba Fizjoterapeutów – zespół tematyczny do spraw jednostek pomocy społecznej.

Organizacja kampanii społecznych na rzecz zmiany postrzegania zawodów świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym

W celu wsparcia zmiany postrzegania pracy z osobami starszymi w niektórych zawodach medycznych (np. pielęgniarka, fizjoterapeuta, opiekun medyczny) i opiekuńczych (np. opiekun osoby starszej) rekomenduje się przeprowadzenie kampanii społecznych. Z jednej strony mogłyby one pokazywać wagę tych zawodów, w szczególności przy trwającej negatywnej zmianie struktury demograficznej kraju, jak i samego województwa podlaskiego. Z drugiej edukowałyby społeczeństwo w obszarze budowania relacji z osobami starszymi, wskazując, jakie mają one potrzeby i w jaki sposób można je zaspokajać.

Kampanie społeczne jako forma komunikacji, mogą być skuteczną platformą do budowania postaw nieformalnych wspierających osoby starsze, jak na przykład pomoc sąsiedzka. Ich celem byłoby też przełamanie stereotypów na temat zawodów opiekuńczych oraz zachęcenie mężczyzn do kształcenia się i pracy w zawodach opiekuńczych postrzeganych jako typowo damskie (sfeminizowany sektor opieki).

Warto podkreślić, iż niniejsze badanie jest kolejnym, z którego wypływa rekomendacja dotycząca potrzeby podnoszenia prestiżu zawodów opiekuńczych. Została ona sformułowana także w opracowaniu „Domowa opieka hospicyjna na terenach wiejskich. Model i rekomendacje”, przygotowanym przez Fundację Proroka Eliasza.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwo Zdrowia – jako inicjatorzy krajowych kampanii społecznych;

- jednostki samorządu terytorialnego: na poziomie województwa wraz z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Białymstoku – jako inicjatorzy kampanii społecznych w województwie podlaskim;
- organizacje pozarządowe działające w obszarze sektora medycznego oraz opiekuńczego.

Stworzenie systemu zachęt do podejmowania pracy w zawodach świadczących usługi opiekuńcze osobom starszym na terenach wiejskich

Zwiększenie liczby pracowników w zawodach opiekuńczych na terenach wiejskich wymaga wprowadzenia kompleksowych działań mających na celu stworzenie konkurencyjnych warunków zatrudnienia. Kluczowym elementem jest wprowadzenie zachęt finansowych, takich jak dodatki terenowe, które rekompensują pracownikom trudne warunki pracy w oddalonych lokalizacjach, oraz refundacja kosztów transportu dla dojeżdżających. Dzięki temu praca na terenach wiejskich stanie się bardziej opłacalna i atrakcyjna dla potencjalnych kandydatów.

Równie istotne jest zapewnienie zachęt pozafinansowych, takich jak elastyczne formy zatrudnienia, umożliwiające dostosowanie godzin pracy do potrzeb pracowników czy organizowanie dedykowanych szkoleń i programów rozwoju zawodowego.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej – instytucje odpowiedzialne za opracowanie strategii i programów wspierających pracę w sektorze opieki;
- Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku oraz powiatowe urzędy pracy w województwie podlaskim – jednostki wspierające rekrutacje, organizujące szkolenia dla osób chętnych do pracy w opiece na terenach wiejskich;
- jednostki samorządu terytorialnego w zakresie realizacji zadań własnych w obszarze polityki społecznej.

Stworzenie systemu zachęt finansowych do podejmowania kształcenia w kierunkach związanych z opieką nad osobami starszymi

Podstawą sformułowania tej rekomendacji było wyraźne spowolnienie kształcenia w takich zawodach jak opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej, asystent osoby niepełnosprawnej czy opiekunka środowiskowa na skutek rosnącej popularności kształcenia na kierunku opiekun medyczny (z uwagi na rozszerzenie jego uprawnień). Pogłębia to jeszcze bardziej deficyt zasobów kadrowych do świadczenia usług opiekuńczych, szczególnie w środowisku i dostępność do nich.

System edukacji w zakresie świadczenia usług opiekuńczych musi być skonstruowany tak, aby uwzględnić rosnące zapotrzebowanie na opiekunów medycznych, ale bez ograniczania kształcenia zawodów *stricto* opiekuńczych. Kluczowe znaczenie ma wypracowanie mechanizmów zachęcających do podejmowania kształcenia na tych kierunkach, przy jednoczesnym utrzymaniu pozytywnego trendu w kształceniu opiekunów medycznych.

Jednym z rozwiązań może być wdrożenie programów stypendialnych i motywacyjnych dla osób kształcących się w zawodach opiekuńczych (z wyłączeniem opiekuna medycznego).

Takie programy powinny być skierowane zarówno do uczniów szkół policealnych, jak i osób uczestniczących w kursach zawodowych. Ich głównym celem byłoby nie tylko zachęcenie młodych ludzi do podjęcia nauki w zawodach opiekuńczych, ale również wsparcie finansowe osób, które mogą napotkać bariery ekonomiczne i terytorialne (uwzględnienie obszarów wiejskich i małych miejscowości) w dostępie do edukacji. Programy motywacyjne mogłyby obejmować benefity, takie jak zwrot kosztów podręczników, refundację kosztów dojazdów do szkół czy bezpłatne zakwaterowanie w internatach.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Finansów;
- Ministerstwo Edukacji Narodowej.

10.4. Rekomendacje w zakresie dostosowania kształcenia w zawodach medycznych i opiekuńczych do potrzeb osób starszych

Rozszerzenie treści programowych o zagadnienia dotyczące potrzeb osób starszych

W odpowiedzi na ograniczone treści dotyczące osób starszych w obecnych programach nauczania należy wprowadzić zmiany uwzględniające potrzeby starzejącego się społeczeństwa. Kluczowym elementem tej zmiany powinno być wprowadzenie nowych kierunków kształcenia. Przykładem może być kierunek lub specjalizacja z zakresu opieki geriatrycznej na poziomie opiekuna medycznego, co zostało zasugerowane podczas przeprowadzonych wywiadów.

Należy rozważyć stworzenie specjalistycznych kierunków i programów, takich jak gerontologia czy terapia zajęciowa dla osób starszych czy rehabilitacja seniorów. Takie inicjatywy byłyby odpowiedzią na potrzeby rosnącej liczby osób starszych w społeczeństwie. Co więcej, umożliwiłyby przygotowanie wykwalifikowanych pracowników do podejmowania wyzwań związanych z opieką nad seniorami oraz wspieraniem ich aktywności życiowej.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Edukacji Narodowej wraz z Ministerstwem Zdrowia;
- Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego wraz z Ministerstwem Zdrowia.

Wzmocnienie programów kształcenia o przedmioty budujące kompetencje/umiejętności miękkie

Praca z osobami starszymi wymaga nie tylko wysokich kwalifikacji zawodowych, ale także kompetencji/umiejętności miękkich. Sami kształtujący się w tych zawodach wskazywali w badaniu ankietowym na niedostateczne rozwijanie wielu kompetencji/umiejętności miękkich w trakcie edukacji. Programy kształcenia – zarówno w szkołach policealnych, jak i na uczelniach wyższych – powinny zostać wzbogacone o przedmioty budujące kompetencje/umiejętności miękkie (psychologiczne i interpersonalne), które są szczególnie istotne w pracy z osobami starszymi. Warto rozważyć włączenie do programu kształcenia zajęć rozwijających takie kompetencje/umiejętności miękkie, jak: umiejętność komunikacji, empatia, zdolność radzenia sobie ze stresem, umiejętność rozwiązywania konfliktów. można to osiągnąć poprzez

wprowadzenie dodatkowego przedmiotu w tym zakresie, na przykład: zarządzanie stresem. Warto też rozważyć wprowadzenie przedmiotu dedykowanego specyficznie pracy z osobami starszymi, na przykład: psychologia starości. Ważne jest także rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, takich jak praca z osobami w terminalnym stadium choroby. Niezbędne jest także przygotowanie przyszłych pracowników do zarządzania nieprzewidywalnymi sytuacjami w codziennej pracy.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Edukacji Narodowej i Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego – wdrożenie zmian w podstawie programowej oraz finansowanie szkoleń dla kadry pedagogicznej oraz zainicjowanie procesu legislacyjnego związanego ze zmianą standardów kształcenia na kierunkach lekarskim oraz fizjoterapia.

Zmiany w kształceniu praktycznym w zawodach medycznych i opiekuńczych w szkołach policealnych

Wzmocnienie praktycznego wymiaru edukacji w zawodach medycznych i opiekuńczych, zwłaszcza że sami ankietowani w badaniu ilościowym wskazywali na zbyt małą ilość zajęć praktycznych, wymaga reformy podstawy programowej. Powinna ona objąć zwiększenie liczby godzin zajęć praktycznych realizowanych podczas kształcenia. Dodatkowo działaniem podnoszącym efektywność kształcenia praktycznego będzie ustawowe zmniejszenie dopuszczalnego odsetka nieobecności na zajęciach praktycznych w zawodach medycznych i opiekuńczych. Obecny limit wynoszący 50% jest zdaniem przedstawicieli szkół policealnych zbyt wysoki i utrudnia efektywne prowadzenie zajęć.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Edukacji Narodowej – w zakresie zmiany podstawy programowej;
- szkoły policealne – w zakresie implementacji nowych programów nauczania.

Usprawnienie procesu organizacji praktyk w zawodach medycznych i opiekuńczych

Proces organizacji praktyk wymaga dwukierunkowego usprawnienia. Po pierwsze, obecnie studenci i uczniowie kierunków medycznych i opiekuńczych w ramach realizowanych praktyk w niedostatecznym stopniu mają kontakt z osobami starszymi. Należy w związku z tym dążyć do zwiększenia ich obecności szczególnie w placówkach opiekuńczych, takich jak domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, oraz w szpitalach z oddziałami i pododdziałami geriatrycznymi. Praktyki powinny być bardziej ukierunkowane na specyfikę opieki geriatrycznej, uwzględniając aspekty medyczne, pielęgnacyjne, socjalne i psychologiczne. Należy również zadbać o to, aby wiedza teoretyczna była efektywnie wykorzystywana w praktyce. Istotne jest, aby praktyki odbywały się w mniejszych grupach, co pozwala na lepsze zaangażowanie i bardziej indywidualne podejście do pacjenta. Wzmocnienie praktycznego aspektu kształcenia jest niezbędne, aby absolwenci byli dobrze przygotowani do wyzwań związanych z opieką nad osobami starszymi.

Po drugie, szkoły policealne potrzebują pomocy w organizowaniu praktyk w placówkach opiekuńczych i podmiotach leczniczych ze względu na niechęć ich dyrektorów do przyjmowania praktykantów. Ograniczone możliwości odbywania praktyk w takich placówkach jak szpitale, domy pomocy społecznej i inne ośrodki opiekuńcze stwarzają poważne wyzwania dla efektywności procesu nauczania. W celu rozwiązania tego problemu rekomenduje się wprowadzenie prawnych uregulowań dotyczących przyjmowania praktykantów przez placówki opiekuńcze i podmioty lecznicze. Jednocześnie sugeruje się finansowanie dodatku do wynagrodzenia opiekunom praktyk, co mogłoby zmotywować personel do zaangażowania się w proces edukacyjny i przyczynienia się do podniesienia standardów kształcenia.

Adresat rekomendacji:

- uczelnie wyższe i szkoły policealne – organizator praktyk realizowanych w ramach programów kształcenia;
- podmioty lecznicze oraz placówki opiekuńcze – wsparcie w organizacji praktyk zawodowych.

Rozszerzenie oferty edukacji pozaformalnej w zawodach świadczących usługi medyczne i opiekuńcze dla osób starszych

Realizacja kursów i szkoleń z zakresu ciągłego doskonalenia zawodowego (ze szczególnym uwzględnieniem pracy z osobami starszymi) powinna stanowić integralną część procesu edukacji w zawodach medycznych i opiekuńczych. Dotyczy to też kursów i szkoleń dających podstawową wiedzę, umiejętności i kompetencje w zakresie opieki nad osobami starszymi, skierowanych do nieformalnych opiekunów osób starszych, którzy często nie mają podstaw w tym zakresie. Ważne są też szkolenia przypominające z pierwszej pomocy, które nie tylko poprawiają praktyczne umiejętności pracowników, ale również zwiększają ich pewność w sytuacjach kryzysowych. W opinii niektórych uczestników wywiadów IDI powinny mieć one nawet charakter obowiązkowy z uwagi na fundamentalne znaczenie w pracy z osobami starszymi.

Oferowane przez instytucje szkoleniowe kursy i szkolenia powinny być w miarę możliwości krótkie i elastyczne, aby umożliwić pracownikom uczestniczenie w nich bez dezorganizowania pracy placówek. Elastyczne formy nauki, takie jak kursy online (przy zapewnieniu odpowiednich standardów nauczania), mogłyby w znacznym stopniu ułatwić dostęp do edukacji dla osób pracujących lub mających inne zobowiązania czasowe. Takie podejście pozwoliłoby dotrzeć do szerszego grona potencjalnych osób, zainteresowanych podnoszeniem kwalifikacji w obszarze opieki nad osobami starszymi.

Działania te powinny obejmować nie tylko rozszerzanie zakresu organizowanych kursów i szkoleń, ale także ich dofinansowanie oraz wprowadzenie odpowiednich regulacji, które zapewnią ich powszechność i dostępność. Ponadto istotne jest dodanie ich do Bazy Usług Rozwojowych, co pozwoli na inwentaryzację oferty i zwiększenie jej zasięgu.

Adresat rekomendacji:

- instytucje organizujące kursy i szkolenia.

10.5. Rekomendacje w zakresie zaspokojenia rosnącego popytu na usługi medyczne i opiekuńcze dla osób starszych

Wspieranie rozwoju usług w zakresie rekreacji i aktywności osób starszych jako profilaktyka przed „trudną starością”

Rekomendacja ta ma charakter profilaktyczny, gdyż aktywność seniorów między innymi w klubach seniora, uniwersytetach trzeciego wieku czy różnego rodzaju stowarzyszeniach sprzyja utrzymaniu sprawności fizycznej, intelektualnej i potencjalnie zmniejsza zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze oraz medyczne. Im bardziej seniorzy będą aktywni, tym dłużej będą zdrowi i tym później będą potrzebowali usług opiekuńczych poza miejscem zamieszkania. Szerszy dostęp do tego typu usług pozwoli na ograniczenie zjawiska samotności, które – jak wskazywano w wywiadach pogłębionych – jest przyczyną zwiększonego popytu na usługi medyczno-opiekuńcze w systemie instytucjonalnym²⁶⁹.

Wdrożenie tej rekomendacji spowoduje wzrost zapotrzebowania na zawody świadczące usługi rekreacji i aktywności seniorom, takie jak: animator rekreacji i organizacji czasu wolnego osób starszych, instruktor fitness, terapeuta zajęciowy i inne.

Adresat rekomendacji:

- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – rekomendacja wymaga wsparcia w powstawaniu i finansowaniu podmiotów oferujących usługi rekreacji i aktywności seniorom między innymi w ramach Wieloletniego Programu Senior+, stąd też rekomendacja jest kierowana do ministerstwa odpowiedzialnego za kontynuację tego programu;
- jednostki samorządu terytorialnego, od których zależy inicjatywa w zakresie wnioskowania o środki finansowe z programu Senior+ oraz przygotowanie pomieszczeń i lokali na potrzeby nowych placówek;
- organizacje pozarządowe i inne podmioty uprawnione mogące ubiegać się o dofinansowanie projektów adresowanych do osób starszych.

Promocja aktywności osób starszych

Rekomendacja ma na celu zachęcenie osób starszych z terenu województwa podlaskiego do podejmowania różnorodnych aktywności fizycznych, intelektualnych i społecznych, które przyczyniają się do poprawy jakości ich życia oraz opóźnienia potrzeby korzystania z usług medycznych i opiekuńczych. Wdrożenie działań promujących aktywność seniorów wpłynie pozytywnie na ich sprawność fizyczną, kondycję psychiczną i ogólne zdrowie, zmniejszając jednocześnie presję na system ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Adresaci rekomendacji:

- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej – jako koordynator programów wspierających aktywizację osób starszych;

²⁶⁹ Szerzej w opracowywanym przez zespół raporcie: Analiza potrzeb i perspektyw w obszarze zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z rekreacją i aktywnością osób starszych w województwie podlaskim.

- organizacje pozarządowe (NGO) i inne podmioty mogące ubiegać się o dofinansowanie na działania promujące aktywność seniorów;
- przedsiębiorstwa – wspierające działania w obszarze aktywności seniorów, na przykład przez programy CSR (społeczna odpowiedzialność biznesu);
- jednostki samorządu terytorialnego – realizujące zadania własne w ramach polityki senioralnej (na poziomie gminy oraz powiatu).

Realizacja programów profilaktyki zdrowotnej (PPZ) skierowanych do osób starszych

Schorzenia geriatryczne będą tworzyły zwiększającą się grupę chorób z uwagi na zmianę struktury demograficznej województwa podlaskiego. Odsetek seniorów będzie wzrastał wraz ze starzejącym się społeczeństwem. Istotną kwestią jest podjęcie działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do osób starszych, uwzględniających rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji (AOTMiT).

Adresat rekomendacji:

- jednostki samorządu terytorialnego, które realizują zadania własne w zakresie ochrony zdrowia.

Zmniejszenie ograniczeń w opiece nieformalnej nad osobami starszymi

Celem rekomendacji jest zmniejszenie popytu na formalne usługi medyczne i opiekuńcze (w sektorze opieki zdrowotnej oraz sektorze opiekuńczym) dzięki odbudowie i wsparciu opieki nieformalnej świadczonej w środowisku rodzinnym i lokalnym.

Ważnym elementem wsparcia opieki nieformalnej jest edukacja rodzin i opiekunów w obszarze opieki nad osobą starszą. Organizowanie bezpłatnych szkoleń i warsztatów pozwoli im zdobyć niezbędne umiejętności w zakresie pielęgnacji, opieki nad osobami starszymi oraz radzenia sobie z trudnymi sytuacjami.

Lokalne centra doradztwa, zlokalizowane na przykład w powiatach lub gminach, mogą pełnić funkcję punktów konsultacyjnych, w których opiekunowie uzyskają informacje o dostępnych świadczeniach, możliwościach rehabilitacji czy wsparciu psychologicznym.

Ważnym elementem jest również współpraca z organizacjami pozarządowymi, które mogą prowadzić grupy wsparcia lub organizować wolontariat, co odciąży rodziny i wesprze seniorów w codziennym życiu.

Adresat rekomendacji:

- ośrodki pomocy społecznej (OPS) – działające w gminach OPS-y mogą oferować wsparcie dla rodzin i opiekunów, w tym organizację szkoleń z zakresu opieki nad seniorami;
- centra usług społecznych – niektóre gminy tworzą CUS-y, które integrują różne formy wsparcia społecznego, w tym mogą oferować szkolenia dla opiekunów;
- organizacje pozarządowe – wiele NGO-sów działających lokalnie może oferować programy edukacyjne i wsparcie dla opiekunów seniorów;
- jednostki samorządu terytorialnego.

11. Załączniki

11.1. Scenariusze indywidualnych wywiadów pogłębionych

Wprowadzenie (wspólne dla wszystkich scenariuszy)

Pytanie 1. Przedstawienie kontekstu realizowanego projektu, celu i obszaru badania oraz zgromadzenie danych na temat wywiadu.

Dzień dobry. Nazywam się (imię i nazwisko prowadzącego). Chciałabym z Panią/Panem przeprowadzić wywiad w ramach badania „Potrzeby i perspektywy w obszarze zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim”. Celem badania jest diagnoza i ocena zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi skierowanymi do osób starszych od strony popytowej, czyli zapotrzebowania rynku pracy oraz podażowej, a zatem instytucji kształcących w kierunku zdobycia takich zawodów, kwalifikacji i umiejętności. Badanie jest częścią 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. Głównym celem projektu jest budowa systemu koordynacji działań w województwie podlaskim, zorientowanych na wsparcie uczenia się przez całe życie, w tym kształcenia zawodowego, szkolnictwa wyższego oraz uczenia się dorosłych. Realizacja projektu przyczyni się do lepszego dopasowania kształcenia zawodowego, szkolnictwa wyższego oraz uczenia się dorosłych do potrzeb rynku.

Pytanie 2. Informacja o przebiegu spotkania – rejestracji spotkania oraz przybliżenie techniki indywidualnych wywiadów pogłębionych oraz roli moderatora.

Pytanie 3. Dane na temat wywiadu – nazwa instytucji, imię i nazwisko osoby udzielającej wywiadu.

Scenariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego – przedstawiciele uczelni wyższych oraz szkół policealnych

Pytanie 1. Jak ocenia Pani/Pan zainteresowanie studiowaniem/nauką na kierunku, który prowadzi uczelnia/wydział/szkoła. Czym jest to podyktowane? Czy liczba miejsc oferowana na kierunku jest wystarczająca?

Pytanie 2. Proszę ocenić, w jakim zakresie Pani/Pana zdaniem realizowany program kształcenia/nauczania, dostarcza wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne konieczne od wykonywania zawodu, w którym kształci kierunek? (1 – niewystarczająco, 2 – raczej niewystarczająco, 3 – ani wystarczająco, ani niewystarczająco, 4 – raczej wystarczająco, 5 – zdecydowanie wystarczająco).

Wyszczególnienie:

- wiedza teoretyczna,
- umiejętności praktyczne,
- umiejętności pracy z pacjentem/klientem,
- umiejętność uczenia się,
- umiejętność zarządzania czasem,
- umiejętność pracy w zespole,
- umiejętność rozwiązywania konfliktów,
- umiejętność radzenia sobie z krytyką,
- skuteczność komunikacji (np. słuchania, udzielania informacji zwrotnej),
- umiejętność pracy pod presją,
- umiejętność motywowania,
- umiejętność dostosowywania się do warunków, sytuacji i wymagań w środowisku pracy.

Pytanie 3. Biorąc pod uwagę doświadczenie Pani/Pana w kształceniu w zawodach medycznych/opiekuńczych, proszę o wskazanie przydatności kompetencji i cech osobowości w wykonywaniu pracy w zawodzie, w którym kształci kierunek (1 – zdecydowanie nieprzydatna, 2 – raczej nieprzydatna, 3 – ani przydatna, ani nieprzydatna, 4 – raczej przydatna, 5 – zdecydowanie przydatna).

Wyszczególnienie:

- dojrzałość emocjonalna,
- odporność na stres,
- umiejętność pokonywania przeszkód i ograniczeń,
- asertywność i odwaga,
- umiejętność nawiązywania kontaktu z ludźmi,
- komunikatywność i otwartość na dialog,
- wrażliwość i empatia,
- tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób,
- odpowiedzialność, zdyscyplinowanie i systematyczność,
- podzielność i zdolność koncentracji uwagi,
- zaradność i samodzielność działania,

- umiejętność przystosowania się do zmieniającej się sytuacji,
- zachowanie odpowiednich standardów etycznych,
- potrzeba ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy.

Pytanie 4. Czy w ramach istniejącego kierunku kształcenia są moduły kształcenia (specjalizacje) ukierunkowane na przygotowanie do świadczenia usług medycznych/opiekuńczych osobom starszym?

Pytanie 5. Czy w programie kształcenia/nauczania są przedmioty dotyczące problematyki osób starszych? Jeżeli tak, to jakie? Jeżeli nie, to czym jest to podyktowane?

Pytanie 6. Czy Pani/Pana zdaniem w związku ze starzeniem się społeczeństwa jednostki edukacyjne będą dostosowywały swoją ofertę edukacyjną w zakresie kształcenia w zawodach świadczących usługi medyczne/opiekuńcze ukierunkowane na osoby starsze. Jeżeli tak, to w jakim kierunku będą dokonywane zmiany?

Pytanie 7. Jakich umiejętności Pani/Pana zdaniem nie rozwijają aktualne programy kształcenia, przygotowując przyszłych absolwentów do wykonywania zawodu związanego ze świadczeniem usług medycznych/opiekuńczych w przypadku pracy z osobami starszymi? (wykaz: pytanie 3).

Pytanie 8. Jakie ma Pani/Pan sugestie/uwagi dotyczące preferowanych kierunków szkoleń i rodzaju uprawnień, studiów podyplomowych, które pozwoliłyby jak najlepiej dostosować kwalifikacje i umiejętności osób świadczących usługi medyczne/opiekuńcze skierowane do osób starszych?

Pytanie 9. Jakie Pani/Pana zdaniem są przyczyny, bariery, ograniczenia podaży w zawodach, kwalifikacjach i umiejętnościach związanych z usługami medycznymi/opiekuńczymi skierowanymi do osób starszych?

Pytanie 10. Jakie Pani/Pana zdaniem powinny być wprowadzone rozwiązania instytucjonalne, które pozwoliłyby kształcić większą liczbę osób w zawodach świadczących usługi medyczne/opiekuńcze dotyczące osób starszych?

Pytanie 11. Na jakie Pani/Pana zdaniem zawody związane z usługami medycznymi/opiekuńczymi, w tym skierowanymi do osób starszych, będzie rosnąć zapotrzebowanie w przyszłości? (zawody przyszłości)

Scenariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego – szpitale, stacjonarne placówki opieki długoterminowej osób starszych (zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), domy opieki, domy pomocy społecznej (DPS) i inne

Zapotrzebowanie i dostępność usług medycznych/opiekuńczych dla osób starszych w województwie podlaskim:

Pytanie 1. Jak ocenia Pani/Pan zapotrzebowanie na usługi medyczne/opiekuńcze osób starszych w województwie podlaskim/powiecie? (Czy jest zapotrzebowanie na takie usługi? Jak duże? Jakiego są tego przyczyny?)

Pytanie 2. Jak ocenia Pani/Pan dostępność mieszkańców województwa podlaskiego/powiatu do usług medycznych/opiekuńczych dla osób starszych?

Pytanie 3. Czy zdaniem Pani/Pana liczba jednostek świadczących usługi medyczne/opiekuńcze osobom starszym jest wystarczająca?

Pytanie 4. Czy są możliwości i potrzeba otwierania kolejnych placówek medycznych/opiekuńczych w województwie podlaskim?

Pytanie 5. Jakie widzi Pani/Pan rozwiązania pozwalające na zwiększenie miejsc w placówkach medycznych/opiekuńczych?

Kadra świadcząca usługi medyczne/opiekuńcze dla osób starszych:

Pytanie 6. Jak ocenia Pani/Pan zainteresowanie pracą w placówkach medycznych/opiekuńczych (wzrost/spadek w ostatnich latach) w województwie podlaskim?

Pytanie 7. Czy w województwie podlaskim poziom zatrudnienia kadry medycznej/opiekuńczej w placówkach medycznych/opiekuńczych odpowiada faktycznemu zapotrzebowaniu? Jeżeli nie, to w jakich grupach występują braki i czym jest to spowodowane?

Pytanie 8. Jakie Pani/Pana zdaniem będą tendencje dotyczące zapotrzebowania rynku pracy na pracowników w zawodach związanych ze świadczeniem usług medycznych/opiekuńczych osobom starszym? Co jest podstawą tej oceny?

Pytanie 9. Jakiego Pani/Pana zdaniem są przyczyny, bariery, ograniczenia podaży w zawodach, kwalifikacjach i umiejętnościach związanych z usługami medycznymi/opiekuńczymi skierowanymi do osób starszych?

Pytanie 10. Jakiego Pani/Pana zdaniem można podjąć działania, aby zwiększyć zatrudnienie w zawodach świadczących usługi medyczne/opiekuńcze osobom starszym?

Zawody, kwalifikacje i umiejętności związane z usługami medycznymi/opiekuńczymi świadczonymi osobom starszym:

Pytanie 11. W Pani/Pana opinii jakie/które kwalifikacje są niezbędne z punktu widzenia świadczenia usług medycznych/opiekuńczych dla osób starszych:

- specjalizacja (pytanie uszczegóławiające – jakie),
- ukończone kursy kwalifikacyjne, zawodowe,
- inne np. kursy, szkolenia z kompetencji miękkich,

- doświadczenie zawodowe.

Pytanie 12. W Pani/Pana opinii jakie/które kompetencje/umiejętności są niezbędne z punktu widzenia świadczenia usług medycznych/opiekuńczych dla osób starszych:

- wiedza teoretyczna (merytoryczna),
- umiejętności praktyczne (specjalistyczne),
- umiejętności pracy z pacjentem/klientem,
- umiejętność uczenia się,
- umiejętność zarządzania czasem,
- umiejętność pracy w zespole,
- umiejętność rozwiązywania konfliktów,
- umiejętność radzenia sobie z krytyką,
- skuteczność komunikacji (np. słuchania, udzielania informacji zwrotnej),
- umiejętność pracy pod presją,
- umiejętność motywowania,
- umiejętność dostosowywania się do warunków, sytuacji i wymagań w środowisku pracy,
- dojrzałość emocjonalna,
- odporność na stres,
- umiejętność pokonywania przeszkód i ograniczeń,
- asertywność i odwaga,
- wrażliwość i empatia,
- tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób,
- odpowiedzialność, zdyscyplinowanie i systematyczność,
- podzielność i zdolność koncentracji uwagi,
- zaradność i samodzielność działania,
- zachowanie odpowiednich standardów etycznych,
- potrzeba ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy.

Pytanie 13. Na jakie Pani/Pana zdaniem zawody związane z usługami medycznymi/opiekuńczymi, w tym skierowanymi do osób starszych, będzie rostało zapotrzebowanie w przyszłości? (zawody przyszłości)

Scenariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego – reprezentanci zawodów świadczących usługi medyczne i opiekuńcze osobom starszym

Zapotrzebowanie i dostępność usług medycznych/opiekuńczych dla osób starszych w województwie podlaskim:

Pytanie 1. Jak ocenia Pani/Pan zapotrzebowanie na pracowników świadczących usługi medyczne/opiekuńcze osobom starszym w województwie podlaskim

Pytanie 2. Czy reprezentantom Pani/Pana zawodu łatwo jest znaleźć pracę w województwie podlaskim?

Pytanie 3. Czy Pani/Pana zdaniem zapotrzebowanie na usługi medyczne/opiekuńcze osób starszych będzie rosnąć, czy malać? Proszę o uzasadnienie opinii.

Pytanie 4. Na jakie usługi medyczne/opiekuńcze istnieje największe zapotrzebowanie w województwie podlaskim?

Pytanie 5. Jakie są argumenty przemawiające za korzystaniem z usług medycznych/opiekuńczych dedykowanych osobom starszym świadczonych przez wykwalifikowane osoby?

Pytanie 6. Czy Pani/Pana zdaniem w województwie podlaskim liczba osób świadczących usługi medyczne/opiekuńcze jest wystarczająca? (prośba o uzasadnienie opinii)

Pytanie 7. Jakimi, Pani /Pana zdaniem, można podjąć działania, aby zwiększyć liczbę osób świadczących usługi medyczne/opiekuńcze?

Zawody, kwalifikacje i umiejętności związane z usługami medycznymi/opiekuńczymi świadczonymi osobom starszym.

Pytanie 8. Co skłoniło Panią/Pana do podjęcia pracy jako...? (podać nazwę zawodu)

Pytanie 9. Czy w swojej pracy współpracuje Pani/Pan z innymi specjalistami, na przykład z obszaru medycyny, psychologii, fizjoterapii?

Pytanie 10. Czy Pani/Pan podnosi swoje kwalifikacje i umiejętności? Jeżeli tak, to jakie? Czy pracodawca pokrywa koszty?

Pytanie 11. W Pani/Pana opinii na jakie/które kwalifikacje są niezbędne z punktu widzenia świadczenia usług medycznych/opiekuńczych osobom starszym:

- specjalizacja (pytanie uszczegóławiające – jakie?),
- ukończone kursy kwalifikacyjne, zawodowe,
- inne (np. kursy, szkolenia z kompetencji miękkich),
- doświadczenie zawodowe.

Pytanie 12. W Pani/Pana opinii jakie/które kompetencje/umiejętności są niezbędne z punktu widzenia świadczenia usług medycznych/opiekuńczych dla osób starszych:

- wiedza teoretyczna (merytoryczna),
- umiejętności praktyczne (specjalistyczne),
- umiejętności pracy z pacjentem/klientem,

- umiejętność uczenia się,
- umiejętność zarządzania czasem,
- umiejętność pracy w zespole,
- umiejętność rozwiązywania konfliktów,
- umiejętność radzenia sobie z krytyką,
- skuteczność komunikacji (np. słuchania, udzielania informacji zwrotnej),
- umiejętność pracy pod presją,
- umiejętność motywowania,
- umiejętność dostosowywania się do warunków, sytuacji i wymagań w środowisku pracy,
- dojrzałość emocjonalna,
- odporność na stres,
- umiejętność pokonywania przeszkód i ograniczeń,
- asertywność i odwaga,
- wrażliwość i empatia,
- tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób,
- odpowiedzialność, zdyscyplinowanie i systematyczność,
- podzielność i zdolność koncentracji uwagi,
- zaradność i samodzielność działania,
- zachowanie odpowiednich standardów etycznych,
- potrzeba ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy.

Pytanie 13. Na jakie Pani/Pana zdaniem zawody związane z usługami medycznymi/opiekuńczymi, w tym skierowanymi do osób starszych, będzie rosło zapotrzebowanie w przyszłości? (zawody przyszłości)

11.2. Kwestionariusz ankiety badania ilościowego

Szanowni Państwo!

Zapraszamy do udziału w ankiecie będącej częścią badania „Potrzeby i perspektywy w obszarze zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych w województwie podlaskim”. Ankieta ma charakter anonimowy, a jej wyniki zostaną zaprezentowane w formie zbiorczej w raporcie z badania. Wypełnienie ankiety zajmie od 10 do 20 minut.

I część – Plany zawodowe

Pytanie 1. Czy po ukończeniu nauki zamierza Pani/Pan pracować w zawodzie zgodnym z realizowanym obecnie kierunkiem kształcenia?

- zdecydowanie nie
- raczej nie
- trudno powiedzieć
- raczej tak
- zdecydowanie tak

Pytanie 2. Z jakim regionem wiąże Pani/Pan swoją przyszłość zawodową?

- gmina, w której mieszkam
- powiat, w którym mieszkam
- województwo, w którym mieszkam
- inny region Polski
- inny kraj
- jeszcze nie wiem

Pytanie 3. Proszę ocenić, w jakim stopniu zgadza się Pani/Pan z następującymi stwierdzeniami:

(1 – zdecydowanie zgadzam się, 2 – raczej zgadzam się, 3 – ani zgadzam się, ani nie zgadzam, 4 – raczej nie zgadzam się, 5 – zdecydowanie nie zgadzam się)

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Nie mam jeszcze sprecyzowanych planów zawodowych					
Nie dokonałam/dokonałem jeszcze analizy ofert pracy w zawodzie zgodnym z moim kierunkiem kształcenia					
Po realizacji praktyk mam wątpliwości, czy chcę wykonywać pracę zgodną z kierunkiem kształcenia					
Myślę o pracy w innym zawodzie niż mój kierunek kształcenia					

Pytanie 4. Biorąc pod uwagę obecną sytuację na rynku pracy, jakie czynniki zachęcają do podjęcia pracy w zawodzie zgodnym z realizowanym kierunkiem kształcenia?

(1 – zdecydowanie zachęcają, 2 – raczej zachęcają, 3 – ani zachęcają, ani nie zachęcają, 4 – raczej nie zachęcają, 5 – zdecydowanie nie zachęcają)

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Łatwość znalezienia pracy w regionie					
Łatwość znalezienia pracy w Polsce					
Łatwość znalezienia pracy za granicą					

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Perspektywa wysokich zarobków w kraju					
Perspektywa wysokich zarobków za granicą					
Perspektywa kariery i rozwoju					
Rosnące zapotrzebowanie na zawody zgodne z moim kierunkiem kształcenia					
Szansa na prowadzenie własnej działalności gospodarczej					
Wykonywanie zawodu o dużym zaufaniu społecznym					
Możliwość niesienia pomocy innym					
Możliwość ratowania życia ludzkiego					
Możliwości wykazania się kwalifikacjami i umiejętnościami zdobytymi w czasie kształcenia					

Pytanie 5. Czy może Pani/Pan wskazać inne czynniki zachęcające do podjęcia pracy w zawodzie zgodnym z realizowanym kierunkiem kształcenia?

.....

Pytanie 6. Biorąc pod uwagę obecną sytuację na rynku pracy, jakie czynniki zniechęcają do podjęcia pracy w zawodzie zgodnym z realizowanym kierunkiem kształcenia?

(1 – zdecydowanie zniechęcają, 2 – raczej zniechęcają, 3 – ani zniechęcają, ani nie zniechęcają, 4 – raczej nie zniechęcają, 5 – zdecydowanie nie zniechęcają)

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Trudność ze znalezieniem zatrudnienia w regionie					
Trudność ze znalezieniem zatrudnienia w Polsce					
Trudność ze znalezieniem zatrudnienia za granicą					
Perspektywa niskich zarobków					
Brak perspektyw rozwoju zawodowego					
Duże obciążenie fizyczne wiążące się z wykonywaniem zawodu					
Duże obciążenie psychiczne wiążące się z wykonywaniem zawodu					
Brak stabilności zatrudnienia (np. umowy na czas określony, umowy zlecenia, kontrakty)					
Niski prestiż społeczny zawodu					
Trudność pogodzenia pracy z życiem osobistym					

Pytanie 7. Czy może Pani/Pan wskazać inne czynniki zniechęcające do podjęcia pracy w zawodzie zgodnym z realizowanym kierunkiem kształcenia?

.....

Pytanie 8. Jak ocenia Pani/Pan atrakcyjność podjęcia pracy związanej z realizowanym kierunkiem kształcenia w następujących miejscach/instytucjach?

(1 – zdecydowanie atrakcyjne, 2 – raczej atrakcyjne, 3 – ani atrakcyjne, ani nieatrakcyjne, 4 – raczej nieatrakcyjne, 5 – zdecydowanie nieatrakcyjne)

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Szpital					
Przychodnia					
Prywatny dom opieki (np. dom seniora)					
Dom pomocy społecznej					
Zakład opiekuńczo-leczniczy / pielęgnacyjno-opiekuńczy					
Hospicjum					

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Prywatna placówka lecznicza					
Prywatna praktyka zawodowa					
Własna działalność gospodarcza					

Pytanie 9. W Pani/Pana opinii jakie kompetencje i cechy osobowości są przydatne w zawodzie, w którym Pani/Pan się kształci?

(1 – zdecydowanie przydatne, 2 – raczej przydatne, 3 – ani przydatne, ani nieprzydatne, 4 – raczej nieprzydatne, 5 – zdecydowanie nieprzydatne)

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Dojrzałość emocjonalna					
Odporność na stres					
Umiejętność pokonywania przeszkód i ograniczeń					
Asertywność i odwaga					
Umiejętność nawiązywania kontaktu z ludźmi					
Komunikatywność i otwartość na dialog					
Wrażliwość i empatia					
Tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób					
Odpowiedzialność, zdyscyplinowanie i systematyczność					
Podzielność i zdolność koncentracji uwagi					
Zaradność i samodzielność w działaniu					
Umiejętność przystosowania się do zmieniającej się sytuacji					
Zachowanie odpowiednich standardów etycznych					
Potrzeba ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy					

II część – Przygotowanie do wykonywania zawodu

Pytanie 10. Czy program kształcenia w ogólnej ocenie spełnił Pani/Pana oczekiwania?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Pytanie 11. Proszę ocenić, w jakim zakresie realizowany program kształcenia dostarcza wiedzę, umiejętności i kompetencje do wykonywania zawodu, w którym kształci kierunek.

(1 – bardzo dobrze, 2 – dobrze, 3 – średnio, 4 – słabo, 5 – bardzo słabo)

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Wiedza teoretyczna					
Umiejętności praktyczne					
Umiejętność pracy z pacjentem/klientem					
Umiejętność uczenia się					
Umiejętność zarządzania czasem					
Umiejętność pracy w zespole					
Umiejętność rozwiązywania konfliktów					
Umiejętność radzenia sobie z krytyką					

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Umiejętność efektywnej komunikacji (np. słuchania, udzielania informacji)					
Umiejętność pracy pod presją					
Umiejętność motywowania					
Umiejętność dostosowywania się do warunków i wymagań w środowisku pracy					
Umiejętność radzenia sobie z emocjami					

Pytanie 12. Jak Pani/Pan ocenia liczbę zajęć praktycznych w trakcie kształcenia?

- zdecydowanie za dużo zajęć
- raczej za dużo zajęć
- w sam raz
- raczej za mało zajęć
- zdecydowanie za mało zajęć
- nie mam zdania

Pytanie 13. Jak Pani/Pan ocenia czas trwania zajęć praktycznych w trakcie kształcenia?

- zdecydowanie za krótki czas
- raczej za krótki czas
- w sam raz
- raczej za długi czas
- zdecydowanie za długi czas
- nie mam zdania

Pytanie 14. W jakim stopniu wykorzystywała/wykorzystywał Pani/Pan wiedzę teoretyczną zdobytą podczas kształcenia do realizacji zadań w trakcie praktyki zawodowej?

- w bardzo dużym stopniu
- w dużym stopniu
- w średnim stopniu
- w małym stopniu
- w bardzo małym stopniu
- w ogóle

III część – Praca z osobami starszymi

Pytania w tej części ankiety dotyczą wyłącznie pracy związanej z usługami medyczno-opiekuńczymi dla osób starszych (seniorów, emerytów i innych).

Pytanie 15. Czy na obecnym etapie kształcenia rozważa Pani/Pan pracę z osobami starszymi?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć / nie mam zdania
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Pytanie 16. Biorąc pod uwagę obecną sytuacją na rynku pracy, jak ocenia Pani/Pan ogólną atrakcyjność pracy z osobami starszymi?

- zdecydowanie atrakcyjna
- raczej atrakcyjna

- ani atrakcyjna, ani nieatrakcyjna
- raczej nieatrakcyjna
- zdecydowanie nieatrakcyjna

Pytanie 17. Jakie czynniki zachęciłyby Panią/Pana do podjęcia pracy z osobami starszymi?

(1 – zdecydowanie zachęcają, 2 – raczej zachęcają, 3 – ani zachęcają, ani nie zachęcają, 4 – raczej nie zachęcają, 5 – zdecydowanie nie zachęcają)

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Łatwość znalezienia pracy w regionie					
Łatwość znalezienia pracy w Polsce					
Łatwość znalezienia pracy za granicą					
Perspektywa wysokich zarobków w kraju					
Perspektywa wysokich zarobków za granicą					
Perspektywa kariery i rozwoju					
Rosnące zapotrzebowanie na zawody zgodne z moim kierunkiem kształcenia					
Szansa na prowadzenie własnej działalności gospodarczej					
Wykonywanie zawodu o dużym zaufaniu społecznym					
Możliwość niesienia pomocy innym					
Możliwość ratowania życia ludzkiego					
Możliwości wykazania się kwalifikacjami i umiejętnościami zdobytymi w czasie kształcenia					

Pytanie 18. Jakie czynniki zniechęciłyby Panią/Pana do podjęcia pracy z osobami starszymi?

(1 – zdecydowanie zniechęcają, 2 – raczej zniechęcają, 3 – ani zniechęcają, ani nie zniechęcają, 4 – raczej nie zniechęcają, 5 – zdecydowanie nie zniechęcają)

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Trudność ze znalezieniem zatrudnienia w regionie					
Trudność ze znalezieniem zatrudnienia w Polsce					
Trudność ze znalezieniem zatrudnienia za granicą					
Perspektywa niskich zarobków					
Brak perspektyw rozwoju zawodowego					
Duże obciążenie fizyczne wiążące się z wykonywaniem zawodu					
Duże obciążenie psychiczne wiążące się z wykonywaniem zawodu					
Brak stabilności zatrudnienia (np. umowy na czas określony, umowy zlecenia, kontrakty)					
Niski prestiż społeczny zawodu					
Trudność pogodzenia pracy z życiem osobistym					
Ograniczone możliwości wykazania się zdobytymi kwalifikacjami i umiejętnościami					

Pytanie 19. W jakim stopniu zgadza się Pani/Pan z poniższymi stwierdzeniami dotyczącymi pracy z osobami starszymi?

(1 – zdecydowanie zgadzam się, 2 – raczej zgadzam się, 3 – ani zgadzam się, ani nie zgadzam się
4 – raczej nie zgadzam się, 5 – zdecydowanie nie zgadzam się)

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Jest wymagająca i odpowiedzialna					
Jest obciążająca fizycznie					
Jest obciążająca psychicznie					
Wiąże się z dużym strasem					
Wiąże się z nieregularnymi godzinami pracy					
Często prowadzi do wypalenia zawodowego i depresji					
Daje możliwość poprawy standardu życia osób starszych					
Daje poczucie spełnienia z niesienia pomocy i wsparcia osób starszych					
To stabilna perspektywa zatrudnienia w Polsce					
To stabilna perspektywa zatrudnienia za granicą					
To możliwość wysokich zarobków w Polsce					
To możliwość wysokich zarobków za granicą					
To możliwość rozwijania empatii, cierpliwości, asertywności, komunikacyjności					

Pytanie 20. W Pani/Pana opinii, jakie kompetencje i cechy osobowości są przydatne w wykonywaniu pracy z osobami starszymi?

(1 – zdecydowanie przydatne, 2 – raczej przydatne, 3 – ani przydatne, ani nieprzydatne, 4 – raczej nieprzydatne, 5 – zdecydowanie nieprzydatne)

Stwierdzenie	1	2	3	4	5
Dojrzałość emocjonalna					
Odporność na stres					
Umiejętność pokonywania przeszkód i ograniczeń					
Asertywność i odwaga					
Umiejętność nawiązywania kontaktu z ludźmi					
Komunikatywność i otwartość na dialog					
Wrażliwość i empatia					
Tolerancja i poszanowanie godności swojej i innych osób					
Odpowiedzialność zdyscyplinowanie i systematyczność					
Podzielność i zdolność koncentracji uwagi					
Zaradność i samodzielność działania					
Umiejętność przystosowania się do zmieniającej się sytuacji					
Zachowanie odpowiednich standardów etycznych					
Potrzeba ciągłego dokształcania się i aktualizowania wiedzy					

Metryczka

Pytanie 21. Kierunek kształcenia

- lekarski
- fizjoterapia
- pielęgniarstwo

- zdrowie publiczne
- opiekun medyczny
- asystent osoby niepełnosprawnej
- terapeuta zajęciowy
- opiekun osoby starszej
- opiekun domu pomocy społecznej

Pytanie 22. Płeć

- kobieta
- mężczyzna
- osoba niebinarna
- nie udzielam odpowiedzi

Pytanie 23. Wiek

- 18–26 lat
- 27–35 lat
- powyżej 35 lat

Pytanie 24. W jakiej części województwa podlaskiego mieszka Pani/Pan na stałe?

- mieszkam poza województwem podlaskim
- miasto Białystok
- miasto Łomża
- miasto Suwałki
- powiat augustowski
- powiat białostocki
- powiat bielski
- powiat hajnowski
- powiat łomżyński
- powiat moniecki
- powiat sejneński
- powiat siemiatycki
- powiat sokólski
- powiat suwalski
- powiat wysokomazowiecki
- powiat zambrowski

12. Spisy

12.1. Spis literatury

[Akademia Czas Seniora](#) (dostęp: 24.07.2024).

Allan Charlotte E., Valkanova Vyara, Ebmeier Klaus P., Depression in Older People Is Underdiagnosed, "The Practitioner" 2014, no. 258(1771).

Ariaans Mareike, Linden Philip, Wendt Claus, Worlds of Long-Term Care: A Typology of Oecd Countries, „Health Policy” 2021, no. 125(5), DOI: [10.1016/j.healthpol.2021.02.009](#).

Aunan Jan R, Cho William C., Søreide Kjetil, The Biology of Ageing and Cancer: A Brief Overview of Shared and Divergent Molecular Hallmarks, "Ageing and Disease" 2017, no. 8 (5), DOI: [10.14336/AD.2017.0103](#).

Ayalon Liay, Dolberg Pnina, Mikulionienė Sarmitė, Perek-Białas Jolanta, Rapolienė Gražina, Stypinska Justyna, Wilińska Monika, Vânia de la Fuente-Núñez, A Systematic Review of Existing Ageism Scales, "Ageing Research Reviews" 2019, no. 54(1), DOI: [10.1016/j.arr.2019.100919](#).

Bagshaw Sean M., Stelfox Thomas, McDermid Robert C. et al., Association Between Frailty and Short- and Long-Term Outcomes Among Critically Ill Patients: A Multicentre Prospective Cohort Study, "CMAJ", 2014, no. 186(2), DOI: [10.1503/cmaj.130639](#).

Balducci Lodovico, Treatment of Cancer in the Older Aged Person, "Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases" 2010, no. 2(2), DOI: [10.4084/MJHID.2010.029](#).

Baran Małgorzata, Kłos Monika, Innowacyjny model kształcenia ustawicznego na przykładzie uczelni wyższych, „Handel wewnętrzny” 2014, nr 6 (353).

Baran Małgorzata, Kondrat Marlina, Chmielewska Aleksandra et al., Silver tsunami a postęp AI: aspekty ekonomiczno-prawne starzejącego się społeczeństwa w Polsce, „International Journal of New Economics & Social Sciences” 2023, nr 20(4).

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

Bhamani Mehreen A., Khan Murad, Karim Mehtab S., Mir Mohammed U., Depression and Its Association with Functional Status and Physical Activity in the Elderly in Karachi, Pakistan, "Asian Journal of Psychiatry" 2015, no. 14, DOI: [10.18778/1733-3180.14.09](#).

Biskupski Zbigniew, Nadchodzi bon senioralny: dla kogo 2 150 zł, od kiedy, do kogo trafi gotówka, <https://forsal.pl/praca/aktualnosci/artykuly/9693093,2150-zl-dla-seniora-od-kiedy-bon-senioralny-kto-dostanie-gotowka-czy-inne-swiadczenie.html> (dostęp: 18.12.2024).

Bloom David E., Canning David, Fink Günther, Implications of Population Ageing for Economic Growth, "Oxford Review of Economic Policy" 2010, no. 26(4), DOI: [10.1093/oxrep/grq038](#).

Błędowski Paweł, Szatur-Jaworska Barbara, Szweda-Lewandowska Zofia et al., Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce, Warszawa 2012.

Buchholtz Sonia, Góra Marek, Wielorakie konteksty starzenia w polityce publicznej, „Studia z Polityki Publicznej” 2023, nr 10(4), DOI: [10.33119/KSzPP/2023.4.2](#).

Butler Stuart M., The Challenging Future of Long-term Care for Older Adults, "JAMA Health Forum 3" 2022, no. 5, DOI: [10.1001/jamahealthforum.2022.2133](#).

Cennik domów opieki i seniora w Podlaskiem 2024, https://kb.pl/cenniki/miejskie/domy-opieki-_med/podlaskie (dostęp: 18.12.2024).

Centers for Disease Control and Prevention, Chronic Diseases in America: The Older Adult Population, <https://www.cdc.gov/aging/publications/chronic-diseases-brief.html> (dostęp: 5.11.2024).

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, <https://ckppip.edu.pl/wp-content/uploads/2023/11/Specjalizacja-w-dz.-piel.-geriatrycznego.pdf> (dostęp: 13.04.2024).

[Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu](#) (dostęp: 24.07.2024).

[Centrum Szkoleń i Certyfikacji Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy](#) (dostęp: 24.07.2024).

Chabior Agata, Krawczyk-Blicharska Małgorzata, Kompetencje opiekuna osoby starszej – implikacje europejskie, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” 2016, nr 2.

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

Chen Xujiao, Mao Genxiang, Leng Sean X, Frailty Syndrome: An Overview, “Clinical Interventions in Aging” 2014, no. 9, DOI: [10.2147/CIA.S45300](#).

Chlewiński Zdzisław, Kształtowanie się umiejętności poznawczych, (w:) Maria Majerska, Tadeusz Tyszka (red.), Psychologia i poznanie, Warszawa 1992.

Chłoń-Domińczak Agnieszka, Cichowicz Ewa, Góra Marek, Rutecka-Góra Joanna, Systemy emerytalne wyzwaniem dla krajów Europy Środkowej i Południowej, Warszawa 2020, DOI: [10.33119/978-83-8030-386-7.2020](#).

Co musisz wiedzieć o ZOL i ZPO, <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/co-musisz-wiedziec-o-zol-i-zpo> (dostęp: 17.04.2024).

Crews Douglas E., Zavotka Susan, Aging, Disability, and Frailty: Implications for Universal Design, “Journal of Physiological Anthropology” 2006, no. 25(1), DOI: [10.2114/jpa2.25.113](#).

Czym są kwalifikacje, Zintegrowany System Kwalifikacji, <https://kwalifikacje.edu.pl/czym-sa-kwalifikacje> (dostęp: 11.06.2024).

Czym zajmuje się geriatrycja, <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/czym-zajmuje-sie-geriatria> (dostęp: 3.04.2024).

Jitka Doležalová, Tóthová Valérie, Neugebauer Jan et al., Impact of Selected Geriatric Syndromes on the Quality of Life in the Population Aged 60 and Older, “Healthcare (Basel)” 2021, no. 31, 9(6), DOI: [10.3390/healthcare9060657](#).

Droga do zawodu, <https://zpe.gov.pl/a/droga-do-zawodu/D3ZK2W1fj> (dostęp: 18.06.2024).

Dubiel Marzena, Klich-Rączka Alicja, Specyficzne potrzeby lecznicze osób starszych a kształcenie geriatrów. Dlaczego geriatrycja jest specjalizacją ważną i dlaczego ciągle brakuje geriatrów? „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2011, nr 1.

Dziechciaż M., Guty E., Wojtówic A., Schabowski J., Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi, „Nowiny lekarskie” 2012, nr 81(1).

Findsen Brian, Formosa Marvin, Lifelong Learning in Later Life: A Handbook on Older Adult Learning, “Sense Publishers” 2011, vol. 7, DOI: [10.1007/978-94-6091-651-9](#).

Fiske Amy, Wetherell Julie L., Gatz Margarit, Depression in Older Adults, “Annual Review of Clinical Psychology” 2009, no. 5, DOI: [10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621](#).

Foster Liam, Walker Alan, Active and Successful Aging: A European Policy Perspective, “The Gerontologist” 2015, no. 55(1), DOI: [10.1093/geront/gnu028](#).

Furmańska-Maruszak Agnieszka, Wójtewicz Anna, Kierunki rozwoju usług opieki długoterminowej w Polsce, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2016, nr 4(9).

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

Gardocka-Jałowicz Anna, Szalonka Katarzyna, Aging of the Population and the Quality of Life, “Ekonomia – Wrocław Economic Review” 2022, no. 28/3, DOI: [10.19195/2658-1310.28.3.1](#).

Gavarskhar Fatemeh, Gharibi Farid, Dadgar Elham, Care Services for Older Persons: A Scoping Review, “Malays Fam Physician” 2022, vol. 17(2), DOI: [10.51866/rv1221](#).

Gems David, The Hyperfunction Theory: An Emerging Paradigm for the Biology of Aging, “Ageing Research Reviews” 2020, no. 74, 101557, DOI: [10.1016/j.arr.2021.101557](#).

Golinowska Stanisława, The LTC System for the Elderly in Poland, ENEPRI Research Report, 2010, no. 83.

Gosik Blanka, Rekreacja i aktywność ruchowa starszych osób. Przykład mieszkańców województwa łódzkiego, „Jakość życia ludzi starszych – wybrane problemy” 2015, nr 14, DOI: [10.18778/1733-3180.14.09](#).

Góra Marek, Rutecka Joanna, Elastyczny system emerytalny a potrzeby jego uczestników, „Ekonomista” 2013, nr 6.

Gruza Maciej, Hordyjewicz Teresa, Klasyfikacja zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy. Tworzenie i stosowanie, Warszawa 2014.

Guisado-Clavero Marina, Roso-Llorach Albert, López-Jimenez Tomàs et al., Multimorbidity Patterns in the Elderly: A Prospective Cohort Study with Cluster Analysis, “BMC Geriatrics” 2018, no. 18(1), DOI: [10.1186/s12877-018-0705-7](https://doi.org/10.1186/s12877-018-0705-7).

Gupta Ajay K., Mishra Siddhartha, Sarcopenia and the Syndrome of Frailty, “The Egyptian Journal of Internal Medicine” 2016, no. 28, DOI: [10.4103/1110-7782.203297](https://doi.org/10.4103/1110-7782.203297).

Hachem Hany, Nikkola Eeva, Zaidan Aman, The Case of Educational Gerontology in Lebanon: A Harbinger of Empowerment, Emancipation and Social Change? “International Journal of Lifelong Education” 2017, no. 36(6).

Halicka Małgorzata, Halicki Jerzy, Kramkowska Emilia, Starość. Poznać, przeżyć, zrozumieć, Białystok 2016.

Halicka Małgorzata, Halicki Jerzy, Starzenie się i starość w badaniach i praktyce edukacyjnej – wybrane aspekty, „Pedagogika Społeczna” 2017, nr 2(64).

Hardy Margaret, Summers Matthew, Milleer Prudence, Oprescu Florin, University Education: A Potential Health Promotion Intervention for Australian Baby Boomers, “International Journal of Lifelong Education”, 2019, no. 38(6), DOI: [10.1080/02601370.2019.1636892](https://doi.org/10.1080/02601370.2019.1636892).

Hayflick Leonard, Biological Aging Is No Longer an Unsolved Problem, “Annals of the New York Academy of Sciences” 2007, no. 1100, DOI: [10.1196/annals.1395.001](https://doi.org/10.1196/annals.1395.001).

Heckhausen Jutta, Dixon Roger A., Baltes Paul B., Gains and Losses in Development Throughout Adulthood as Perceived by Different Adult Age Groups, “Developmental Psychology” 1989, no. 25(1), DOI: [10.1037/0012-1649.25.1.109](https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.1.109).

Hudson Robert B., Old Age in the Welfare State, “The Gerontologist” 2012, no. 52(3), DOI: [10.1093/geront/gns056](https://doi.org/10.1093/geront/gns056).

Inouye Sharon K., Studenski Stephanie, Tinetti Mary E. et al., Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept, “Journal of the American Geriatrics Society”, 2007, no. 55, DOI: [10.1093/geront/gns056](https://doi.org/10.1093/geront/gns056).

Jeruzska Urszula, Współczesny koncept opisu informacji o zawodzie, „Polityka Społeczna” 2018, nr 1.

Jones David M., Song Xiaowei, Rockwood Kenneth, Operationalizing a Frailty Index from a Standardized Comprehensive Geriatric Assessment, “Journal of the American Geriatrics Society” 2004, no. 52(11), DOI: [10.1111/j.1532-5415.2004.52521.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52521.x).

Juchnowicz Marta, Sienkiewicz Łukasz, Jak oceniać pracę? Wartościowanie stanowisk i kompetencji, Warszawa 2006.

Kang Hyun, Kim Hansol, Ageism and Psychological Well-Being Among Older Adults: A Systematic Review. “Gerontology and Geriatric Medicine: Sage Journals” 2022, no. 11(8), DOI: [10.1177/23337214221087023](https://doi.org/10.1177/23337214221087023).

Kasperczyk Tadeusz, Aktywność fizyczna seniorów warunkiem zdrowia i dobrej jakości życia, “Journal of Clinical Healthcare” 2014, no. 1, DOI: [10.32782/2522-1795.2022.12.15](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.15).

Khan Hafiz T.A., Population Ageing in a Globalised World: Risks and Dilemmas?, “Journal of Evaluation in Clinical Practice” 2019, no. 25(5), DOI: [10.1111/jep.13071](https://doi.org/10.1111/jep.13071).

Khan Hafiz T.A., Addo Kwasi M., Findlay Helen, Public Health Challenges and Responses to the Growing Ageing Populations, “Public Health Challenges” 2024, no. 3(3), DOI: [10.1002/puh2.213](https://doi.org/10.1002/puh2.213).

Kijak Remigiusz J., Szarota Zofia, Starość: między diagnozą a działaniem, Warszawa 2013.

Koch Manja, Fitzpatrick Anette L, Rapp Stephen R., et al., Alcohol Consumption and Risk of Dementia and Cognitive Decline among Older Adults with or without Mild Cognitive Impairment, “JAMA Network Open 2”, 2019, no. 9, DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2019.10319](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.10319).

Kotter-Grühn Dana, Kleinspehn-Ammerlahn Anna, Gerstorf Denis, Smith Jacqui, Self-Perceptions of Aging Predict Mortality and Change with Approaching Death: 16-Year Longitudinal Results from the Berlin Aging Study, “Psychology and Aging” 2009, no. 24(3), DOI: [10.1037/a0016510](https://doi.org/10.1037/a0016510).

Kramkowska Emilia, Starość? Sama definicja? To jest skomplikowane...”. Wokół rozumienia pojęcia starości przez przedstawicieli różnych pokoleń, „Zeszyty Naukowe KUL 65” 2022, nr 3(259), DOI: [10.31743/znkul.14550](https://doi.org/10.31743/znkul.14550).

Krysińska Magdalena, Domostawska-Żylińska Katarzyna, Fronk Marlina et al., Profilaktyka urazów wśród osób powyżej 60. roku życia, Warszawa 2018.

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

Kwalifikacje, kompetencje, umiejętności, Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, <https://www.google.pl/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://wuplodz.praca.gov.pl/documents/58203/870404/Poradnik%2520Kwalifikacje%25202020.pdf/e9495b4f-079e-43a9-9cdf-f535f8d24887%3Ft%3D1611179008066&ved=2ahUKewiuxZ2TroyLAXWd1wIHHVd7Ed4QFnoECBMQAO&usq=AOvVaw1uWlekoLKfRh3ux6tv7FtM> (dostęp: 11.06.2024).

Le Couteur David G., Thillainadesan Janani, What Is an Aging-Related Disease? An Epidemiological Perspective, “The Journal of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences” 2022, no. 77(11), DOI: [10.1093/gerona/glac039](https://doi.org/10.1093/gerona/glac039).

Levy Becca R., Slade M.D., Chung Pil H., Gill Thomas M., Resiliency over Time of Elders’ Age Stereotypes after Encountering Stressful Events, “The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences” 2014, no. 70(6), s. 886–890, DOI: [10.1093/geronb/gbu082](https://doi.org/10.1093/geronb/gbu082).

Levy Becca R., Slade M.D., Murphy Terrence E., Gill Thomas M., Association Between Positive Age Stereotypes and Recovery from Disability in Older Persons, “Journal of the American Medical Association” 2012, no. 308(19), DOI: [10.1001/jama.2012.14541](https://doi.org/10.1001/jama.2012.14541).

Levy Becca R., Zonderman Alain B., Slade Martin D., Ferrucci Luigi, Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life, “Psychological Science”, 2019, no. 20(3), DOI: [10.1111/j.1467-9280.2009.02298.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02298.x).

Levy Becca R., Zonderman Alain B., Slade Martin D., Ferrucci Luigi, Memory shaped by age stereotypes over time. “The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences”, 2011, DOI: [10.1093/geronb/gbr120](https://doi.org/10.1093/geronb/gbr120).

Lilford Philippa, Hughes Julian C., Epidemiology and Mental Illness in Old Age, “BJPsych Advances” 2020, no. 26(2), DOI: [10.1192/bja.2019.56](https://doi.org/10.1192/bja.2019.56).

Livingston Gill, Huntley Jonathan, Sommerlad Andrew et al., Dementia Prevention, Intervention, and Care: 2020 Report of the Lancet Commission, “Lancet” 2020, no. 10248, DOI: [10.1192/bja.2019.56](https://doi.org/10.1192/bja.2019.56).

Mahoney Florence, Barthel Dorothea W., Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland, „State Medical Journal” 1965, no. 14.

Mapy potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/leczenie-szpitalne> (dostęp: 3.04.2024).

Mapy potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-dlugoterminowa> (dostęp: 16.03.2024).

Mapy potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-paliatywno-hospicyjna/opieka-paliatywna-i-hospicyjna-mapy-potrzeb-zdrowotnych> (dostęp: 31.03.2024).

Mapy potrzeb zdrowotnych Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne> (dostęp: 12.04.2024).

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce w 2022 roku, Warszawa 2023.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Dom pomocy społecznej, <https://www.gov.pl/web/rodzina/dom-pomocy-spoecznej> (dostęp: 4.04.2024).

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Rodzinny dom pomocy, <https://empatia.mpips.gov.pl/informacja-dla->

[partnerow?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_urlTitle=rodzinny-dom-pomocy&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_type=content&_101_inheritRedirect=true&_101_assetEntryId=47664/t_blank](#) (dostęp: 4.04.2024).

Moffitt Terrie E., Behavioral and Social Research to Accelerate the Geroscience Translation Agenda, "Ageing Research Reviews" 2020, no. 63, 101146, DOI: [10.1016/j.arr.2020.101146](#).

Muszalik Marta, Biercewicz Monika, Problemy opiekuńcze u osób w starszym wieku (w:) Kornelia Kędziora-Kornatowska, Marta Muszalik, Edyta Skolmowska (red.), Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej: podręcznik dla studiów medycznych, Warszawa 2010.

Narodowy Fundusz zdrowia, Podlaski Oddział Wojewódzki w Białymstoku, Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, <https://www.nfz-bialystok.pl/dla-swadczeniodawcy/swadczenia-pielegnacyjne-i-opiekuncze-w-ramach-opieki-dlugoterminowej> (dostęp: 13.03.2024).

Niemczyk Agata, Szalonka Katarzyna, Gardocka-Jałowicz Anna et al., The Silver Economy. An Ageing Society in the European Union, Routledge 2023, DOI: [10.4324/9781003377313](#)

[Niepubliczna Placówka Kształcenia Ustawicznego „PSYCHODIA”](#) (dostęp: 24.07.2024).

Opieka paliatywno-hospicyjna, <https://pacjent.gov.pl/arttykul/opieka-paliatywno-hospicyjna> (dostęp: 24.05 i 31.05.2024).

Ouchi Yasuyoshi, Rakugi Hinomi, Arai Hidenori, Akishita Masahiro et al., Redefining the Elderly as Aged 75 Years and Older, The Joint Committee of Japan Gerontological Society (JGLS) and Japan Geriatrics Society (JGS) on the definition and classification of the elderly, 2017, DOI: [10.1111/ggi.13118](#).

Pabiś Małgorzata, Kuncewicz Dorota, Potrzeby osób starszych w zakresie opieki zdrowotnej – konteksty, „Pielęgniarstwo XXI Wieku” 2016, nr 15(4).

Penc Józef, Menedżer w uczącej się organizacji, Łódź 2000.

Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa, <https://pacjent.gov.pl/archiwum/2021/pielegniarska-domowa-opieka-dlugoterminowa> (dostęp: 12.03.2024).

Potrzeby opiekunów nieformalnych w sprawowaniu opieki nad osobą niesamodzielną, starszą i możliwości ich wsparcia, <https://wsparciedlaopiekuna.pl/arttykuly/potrzeby-opiekunow-nieformalnych-w-sprawowaniu-opieki-nad-osoba-niesamodzielną-starsza-i-mozliwosci-ich-wsparcia> (dostęp: 10.10.2024).

[Profi](#) (dostęp: 24.07.2024).

Przybyłka Arkadiusz, Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, nr 309.

Robertson Deirdre A., Kenny R.A., Negative Perceptions of Aging Modify the Association between Frailty and Cognitive Function in Older Adults, "Personality and Individual Differences" 2015, DOI: [10.1016/j.paid.2015.12.010](#).

Robertson Deirdre A., King-Kallimanis Bellinda L., Kenny Rose A., Negative Perceptions of Aging Predict Longitudinal Decline in Cognitive Function, "Psychology and Aging" 2016, no. 31(1), DOI: [10.1037/pag0000061](#).

Rokicki Andrzej, Starość nie znaczy bierność – współczesne metody aktywizowania seniorów, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin – Polonia. Sectio J” 2016, vol. 29(1), DOI: [10.17951/j.2016.29.1.185](#).

Rondón García Luis M., Ramírez Navarro Jose M., The Impact of Quality of Life on the Health of Older People from a Multidimensional Perspective, "Journal of Aging Research", 2018, DOI: [10.1155/2018/4086294](#).

Ronen Nihon, Zasshi Igakkai, Orimo Hajime, Reviewing the Definition of Elderly, "Japanese Journal of Geriatrics" 2005, no. 43(1), DOI: [10.3143/geriatrics.43.27](#).

Rudnik Anna, Wymiary starości i cechy ludzi starych w percepcji dzieci i młodzieży, „Pogranicze. Studia Społeczne” 2016, t. 28, DOI: [10.15290/pss.2016.28.11](#).

Sanford Aangela M., Morley John E., Berg-Weger Marla et al., High Prevalence of Geriatric Syndromes in Older Adults, "PLoS ONE" 2020, no. 15:e0233857, DOI: [10.1371/journal.pone.0233857](#).

Schafer Markus H., Shippee Tetyana P., Age Identity, Gender, and Perceptions of Decline: Does Feeling Older Lead to Pessimistic Dispositions About Cognitive Aging?, "The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences" 2019, no. 65B(1), DOI: [10.1093/geronb/gbp046](https://doi.org/10.1093/geronb/gbp046).

Sidorczuk A., Edukacyjna rola ludzi starych w rodzinie – dawniej i dziś, (w:) Agata Cudowska (red.), Kierunki rozwoju edukacji w zmieniającej się przestrzeni społecznej, Białystok 2011.

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

Stawiński Stanisław, Dębowski Horacy, Chłoń-Domińczak Agnieszka et al., Raport Referencyjny. Odniesienie Polskiej Ramy Kwalifikacji na rzecz uczenia się przez całe życie do Europejskiej Ramy Kwalifikacji, Warszawa 2013.

Słownik języka polskiego, hasło: Umiejętność, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/umiej%C4%99tno%C5%9B%C4%87.html> (dostęp: 11.06.2024).

Smarżewska Daria, Rynek usług medycznych w Polsce, „Marketing i rynek” 2020, nr 11.

Smith Benjamin D., Smith Grace L., Hurria Arti et al., Future of Cancer Incidence in the United States: Burdens Upon an Ageing, Changing Nation, "Journal of Clinical Oncology 27", 2009, no. 17, DOI: [10.1200/JCO.2008.20.8983](https://doi.org/10.1200/JCO.2008.20.8983).

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, t. 14, nr 1, DOI: [10.4467/20842627OZ.16.010.5572](https://doi.org/10.4467/20842627OZ.16.010.5572).

Spuling Svenja M., Miche Martina, Wurm Susanne, Wahl Hans, Exploring the Causal Interplay of Subjective Age and Health Dimensions in the Second Half of Life, "Zeitschrift für Gesundheitspsychologie" 2013, no. 21(1), DOI: [10.1026/0943-8149/a000084](https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000084).

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

Stras-Romanowska Maria, Późna dorosłość. Wiek starzenia się, (w:) Psychologia rozwoju człowieka, t. 2, Charakterystyka okresów życia człowieka, red. Barbara Harwas-Napierata, Janusz Trempata, Warszawa 2000.

Strategia Deinstytucjonalizacji. Opieka zdrowotna nad osobami starszymi, załącznik do dokumentu Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r., Ministerstwo Zdrowia.

Studium Prawa Europejskiego, <https://spe.edu.pl> (dostęp: 24.07.2024).

Super Senior. Aktywizacja i Komunikacja 60+, <https://www.super-senior.pl> (dostęp: 24.07.2024).

Symela Krzysztof, Woźniak Ireneusz, Jak tworzyć informacje o zawodach funkcjonujących na rynku pracy?, Warszawa 2018.

Sytuacja osób starszych w Polsce, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa–Białystok 2023.

Szabert Aleksandra, Rola fizjoterapii w długoterminowej opiece geriatrycznej, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej / Long-Term Care Nursing” 2016, nr 3.

Szatur-Jaworska Barbara, Faza starości w cyklu życia człowieka – ogólna charakterystyka, (w:) Barbara Szatur-Jaworska, Piotr Błędowski, Małgorzata Dzięgielewska (red.), Podstawy gerontologii społecznej, Warszawa 2006.

Szatur-Jaworska Barbara, System wsparcia społecznego osób starszych w Polsce (w:) Barbara Szatur-Jaworska, Piotr Błędowski (red.), System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, 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.

Takeshima Hideyuki, Ushijima Toshikazu, Accumulation of Genetic and Epigenetic Alterations in Normal Cells and Cancer Risk, "NPJ Precision Oncology – Nature" 2019, no. 3, DOI: [10.1038/s41698-019-0079-0](https://doi.org/10.1038/s41698-019-0079-0).

Tamura Yoshiaki, Ishikawa Joji, Yoshinori et al., Prevalence of Frailty, Cognitive Impairment, and Sarcopenia in Outpatients with Cardiometabolic Disease in a Frailty Clinic, "BMC Geriatric" 2018, no. 18, DOI: [10.1186/s12877-018-0955-4](https://doi.org/10.1186/s12877-018-0955-4).

Trafiątek Elżbieta, Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej, Kielce 2006.

Tu Huakang, Wen Chi P., Tsai Shan P., Cancer Risk Associated with Chronic Diseases and Disease Markers: Prospective Cohort Study, "BMJ 360" 2018, s. 134, DOI: [10.1136/bmj.k134](https://doi.org/10.1136/bmj.k134).

United Nations, Ageing, 2022, <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>, (dostęp: 29.10.:2024).

Urząd Statystyczny w Białymstoku, Sytuacja demograficzna województwa podlaskiego w 2023 r., Białystok 2024 <https://bialystok.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/ludnosc/sytuacja-demograficzna-województwa-podlaskiego-w-2023-r-5,2.html> (dostęp: 6.10.2024).

Voros Viktor, Fekete Sandor, Tenyi Tamas et al., Untreated Depressive Symptoms Significantly Worsen Quality of Life in Old Age and May Lead to the Misdiagnosis of Dementia: A Cross-sectional Study, "Annals of General Psychiatry" 2020, no. 19, DOI: [10.1186/s12991-020-00302-6](https://doi.org/10.1186/s12991-020-00302-6).

Waszkiewicz Agata, Białecka Barbara, Kształtowanie usług medycznych na podstawie oceny i odczucia pacjenta „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i zarządzanie” 2012, z. 63a, nr kol. 1891.

Wilmowska-Pietruszyńska A., Putz J., Ubezpieczenie pielęgnacyjne jako propozycja rozwiązań systemowych potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, nr 4.

Witkowska Anna, Grabara Małgorzata, Aktywność fizyczna i trening zdrowotny seniorów, Katowice 2021.

Wittenberg Raphael, Comas-Herrera Adelina, Davies Bledwyn et al., Relying on Informal Care in The New Century? Informal Care for Elderly People in England to 2031, "Ageing and Society" 2000, no. 20(6).

Włodarczyk Cezary, Poździej Stefan, Systemy zdrowotne. Zakres problematyki, Kraków 2001.

Wołk Zdzisław, Zawodownawstwo. Wiedza o współczesnej pracy, Warszawa 2013.

World Health Organization, Noncommunicable Diseases, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases> (dostęp: 29.10.2024).

World Health Organization, World report on ageing and health, 2015, <https://fctc.who.int/news-and-resources/publications/i/item/world-report-on-ageing-and-health#:~:text=Comprehensive%20public%20health%20action%20on%20population%20ageing%20is,built%20around%20the%20new%20concept%20of%20functional%20ability> (dostęp: 4.11.2024).

World Health Organization. Ageing and health, 2022, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health> (dostęp: 29.10.2024).

World Health Organization. 2022a. "Long-term care." <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care> (dostęp: 18.10.2024).

Wóycicka Irena, Abramowska-Kmon Anita, Bakalarczyk Rafał et al., W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce, Warszawa 2022.

Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 kwietnia 2008 r. W sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie, <https://www.prawo.vulcan.edu.pl/przegdok.asp?qdatprz=akt&qplikid=2969> (dostęp: 12.06.2024).

Akty prawne

Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 27 września 2018 r. w sprawie studiów (t.j. Dz.U. 2018 poz. 1861, art. 8).

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (t.j. Dz.U. 2023 poz. 975).

Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 29 września 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (t.j. Dz.U. 2023 poz. 2152).

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 i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (t.j. Dz.U. 2021 nr 755).

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (t.j. Dz.U. 2014 poz. 1145).

Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2020 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2020 poz. 2285).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki/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).

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 Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 lutego 2017 r. w sprawie wykazu zawodów regulowanych i działalności regulowanych, przy wykonywaniu których usługodawca posiada bezpośredni wpływ na zdrowie lub bezpieczeństwo publiczne, w przypadku których można wszcząć postępowanie w sprawie uznania kwalifikacji (t.j. Dz.U. 2024 poz. 170).

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

Rozporządzeniu 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. 2023 poz. 870).

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 1 maja 2004 r. (t.j. Dz.U. 2024 poz. 858).

Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. 2022 poz. 2702 ze zm.).

Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 814).

Ustawa z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2022 poz. 2527).

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1283).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 799).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2024 poz. 799).

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

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

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

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135).

Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1693).

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408).

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1516 ze zm.).

Ustawa z dnia z 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz.U. 2016 poz. 64 ze zm.).

Netografia

<https://bialystok.studentnews.pl/s/4400/80223-kursy-szkolenia.htm?c2=28299> (dostęp: 18.09.2024).

<https://bialystok.zak.edu.pl/oferta-edukacyjna/kursy-online/opieka-seniora-online> (dostęp: 18.09.2024).

<https://ela.nauka.gov.pl/pl/major?experience=ALL&graduationYear=2022&major=&institution=&studyVoivodeship=&studyForm=&studyLevel=&limit=10&offset=0> (dostęp 5.07.2024)

<https://ckppip.edu.pl/wp-content/uploads/2023/11/Specjalizacja-w-dz.-piel.-geriatrycznego.pdf> (dostęp: 13.04.2024).

<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5734611-Opiekun-spoeczno-medyczny-opiekun-osob-starszych-i-dzieci.htm> (dostęp: 18.09.2024).

<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/4960747-Dzienny-opiekun.htm>, <https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5068455-Opiekun-osob-starszych.htm> (dostęp: 18.09.2024).

<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5213689-Kurs-Siostra-PCK.htm>, <https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5534680-Opiekun-osoby-starszej.htm> (dostęp: 18.09.2024).

<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5534687-Opiekun-osob-starszych.htm>, <https://grajewo.zdz.bialystok.pl/szkolenia/planowane-szkolenia.html> (dostęp: 18.09.2024).

<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/4408244-Opiekunka-osob-starszych.htm>, <https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/4594098-KKZ-Opiekun-medyczny.htm> (dostęp: 18.09.2024).

<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/4494727-Opiekunka-osob-starszych.htm>, <https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/4407544-Opiekun-osoby-starszej.htm> (dostęp: 18.09.2024).

<https://kursy.kwalifikacjazawodowe.info/s/4512/80332-Kursy-z-opieki-spoecznej-podlaskie/5565997-Opiekunka-osob-starszych.htm>. (dostęp: 18.09.2024).

<https://pracodawcagodnyzaufania.pl/wskutek-niskich-plac-i-obciazenia-obowiazkami-praca-w-pomocy-spoecznej-nie-jest-sciezka-kariery-preferowana-przez-studentow/> (dostęp: 27.03.2024).

<https://wsparciedlaopiekuna.pl/artykuly/potrzeby-opiekunow-niefORMALNYCH-w-sprawowaniu-opieki-nad-osobami-samodzielnymi-starszymi-i-mozliwosci-ich-wsparcia/> (dostęp: 10.10.2024).

<https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2023/02/0744-program-1-1.pdf>, (dostęp: 8.04.2024).

<https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-bonie-senioralnym> (dostęp: 14.04.2024).

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/szczegolna-opieka-geriatryczna> (dostęp: 14.04.2024).

<https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna> (dostęp: 12.05.2024).

<https://www.nfz-krakow.pl/dla-swadczeniodawcow/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna> (dostęp: 15.05.2024).

<https://oke.lomza.pl/aktualnosci/informacja-o-wynikach-egzaminu-potwierdzajcego-kwalifikacje-w-zawodzie-3/> (dostęp: 8.07.2024).

<https://podlaskie.szkolypolicealne.edubaza.pl/serwis.php?s=1346&pok=23568&c1m=32> (dostęp: 8.10.2024).

<https://www.prawo.pl/zdrowie/opiekun-medyczny-w-opiece-dlugoterminowej,521663.html> (dostęp: 18.11.2024)

www.mz.gov.pl (dostęp: 18.10.2024).

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (dostęp: 29.10.2024).

12.2. Spis tabel

Tabela 1. Zastosowane metody i techniki badawcze w analizie zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi osób starszych	9
Tabela 2. Zastosowane metody badawcze do realizacji poszczególnych celów badania	11
Tabela 3. Perspektywy rozpatrywania starości.....	15
Tabela 4. Zakres usług opiekuńczych	34
Tabela 5. Udział osób w wieku 65 lat i więcej w ludności ogółem województwa podlaskiego objętych specjalistyczną opieką zdrowotną w wybranych poradniach w 2023 roku.....	52
Tabela 6. Liczba osób objętych opieką hospicjum stacjonarnego według województw w latach 2016 i 2022	60
Tabela 7. Liczba osób objętych opieką hospicjum stacjonarnego w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022	61
Tabela 8. Liczba osób objętych opieką oddziałów medycyny paliatywnej według województw w latach 2016 i 2022.....	65
Tabela 9. Liczba osób objętych opieką oddziałów medycyny paliatywnej w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022	66
Tabela 10. Liczba osób objętych opieką zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych według województw w latach 2016 i 2022	70
Tabela 11. Liczba osób objętych opieką zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022.....	71
Tabela 12. Liczba osób objętych opieką zakładów opiekuńczo-leczniczych według województw w latach 2016 i 2022	75
Tabela 13. Liczba osób objętych opieką zakładów opiekuńczo-leczniczych w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022	76
Tabela 14. Liczba osób objętych długoterminową opieką pielęgniariską w warunkach domowych według województw w latach 2016 i 2022	82
Tabela 15. Liczba osób objętych długoterminową opieką pielęgniariską w warunkach domowych w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022.....	83
Tabela 16. Liczba osób objętych długoterminową opieką domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie według województw w latach 2016 i 2022	87
Tabela 17. Liczba osób objętych długoterminową opieką domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022.....	88
Tabela 18. Liczba osób objętych opieką hospicjum domowego według województw w latach 2016 i 2022	92
Tabela 19. Liczba osób objętych opieką hospicjum domowego w województwie podlaskim w latach 2016 i 2022.....	93
Tabela 20. Liczba osób objętych opieką w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej według województw w latach 2016 i 2022	100
Tabela 21. Wykaz kierunków kształcących w zawodach, kwalifikacjach i umiejętnościach związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi w ramach szkolnictwa wyższego w województwie podlaskim.....	121
Tabela 22. Liczba absolwentów uczelni wyższych na kierunkach kształcących w zawodach medycznych i opiekuńczych w województwie podlaskim w latach 2016–2022	123
Tabela 23. Kształcenie w zawodach zaliczanych do branży pomocy społecznej	126
Tabela 24. Wykaz szkół i oferta kierunków kształcących w zawodach, kwalifikacjach i umiejętnościach związanych z usługami medycznymi i opiekuńczymi w ramach systemu oświaty w województwie podlaskim	127

Tabela 25. Liczba osób, które zdały egzamin potwierdzający w zawodach medycznych i opiekuńczych w powiatach województwa podlaskiego w latach 2020–2023	129
Tabela 26. Liczba osób, które zdały egzamin potwierdzający w zawodach medycznych i opiekuńczych w powiatach województwa podlaskiego z podziałem na szkoly w latach 2020–2023	130
Tabela 27. Kursy i szkolenia kwalifikacyjne w zawodach świadczących usługi opiekuńcze realizowane w województwie podlaskim	133
Tabela 28. Struktura badanych podmiotów i zrealizowanych wywiadów pogłębionych w podziale na podregiony	137
Tabela 29. Podmioty objęte badaniami IDI w podregionie białostockim	138
Tabela 30. Podmioty objęte badaniami IDI w podregionie łomżyńskim	139
Tabela 31. Podmioty objęte badaniami IDI w podregionie suwalskim	139
Tabela 32. Struktura badanych podmiotów i zrealizowanych wywiadów pogłębionych (IDI) w podziale na podregiony	165
Tabela 33. Instytucje edukacyjne objęte badaniami w podregionie białostockim	166
Tabela 34. Instytucje edukacyjne objęte badaniami w podregionie łomżyńskim	166
Tabela 35. Instytucje edukacyjne objęte badaniami w podregionie suwalskim	167
Tabela 36. Wykaz instytucji edukacyjnych kształcących na kierunkach medycznych i opiekuńczych w województwie podlaskim objętych badaniami	186
Tabela 37. Ocena stopnia w jakim zakresie realizowane programy kształcenia na kierunkach medycznych i opiekuńczych dostarczają wiedzę, umiejętności i kompetencji do wykonywania zawodu	189
Tabela 38. Ocena stopnia w jakim zakresie realizowane programy kształcenia na kierunkach medycznych i opiekuńczych dostarczają wiedzę, umiejętności i kompetencje do wykonywania zawodu (według kierunków kształcenia)	190
Tabela 39. Ocena zajęć praktycznych na poszczególnych kierunkach kształcenia	191
Tabela 40. Zestaw stwierdzeń dotyczących percepcji pracy z osobami starszymi	192
Tabela 41. Czynniki wpływające na podaż na rynku pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych oraz pracy z osobami starszymi	207

12.3. Spis wykresów

Wykres 1. Struktura specjalistycznej lekarskiej opieki zdrowotnej w wybranych poradniach osób w wieku 65 lat i więcej w województwie podlaskim w 2023 roku (%)	53
Wykres 2. Liczba oddziałów geriatrycznych według województw w latach 2016 i 2022	54
Wykres 3. Liczba oddziałów geriatrycznych z podziałem na województwa w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności w latach 2016 i 2022.....	55
Wykres 4. Liczba osób objętych opieką oddziałów geriatrycznych według województw w latach 2016 i 2022	56
Wykres 5. Liczba osób objętych opieką oddziałów geriatrycznych w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022	57
Wykres 6. Liczba hospicjów stacjonarnych z podziałem na województwa w latach 2016 i 2022.....	58
Wykres 7. Liczba hospicjów stacjonarnych w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2016 i 2022	59
Wykres 8. Liczba oddziałów medycyny paliatywnej według województw w latach 2016 i 2022.....	63
Wykres 9. Liczba oddziałów medycyny paliatywnej w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2016 i 2022	64
Wykres 10. Liczba zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych z podziałem na województwa w latach 2016 i 2022.....	68
Wykres 11. Liczba zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2016 i 2022	69
Wykres 12. Liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych według województw w latach 2016 i 2022	73
Wykres 13. Liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców według województw w latach 2016 i 2022	74
Wykres 14. Liczba ośrodków oferujących długoterminową opiekę pielęgniariską w warunkach domowych według województw w latach 2016 i 2022	78
Wykres 15. Liczba ośrodków oferujących długoterminową opiekę pielęgniariską w warunkach domowych w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022.....	79
Wykres 16. Liczba ośrodków oferujących długoterminową opiekę pielęgniariską w warunkach domowych na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2016 i 2022	80
Wykres 17. Liczba ośrodków oferujących długoterminową opiekę pielęgniariską w warunkach domowych w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022.....	81
Wykres 18. Liczba ośrodków oferujących długoterminową opiekę domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie według województw w latach 2016 i 2022	85
Wykres 19. Liczba ośrodków oferujących długoterminową opiekę domową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2016 i 2022	86
Wykres 20. Liczba ośrodków oferujących usługi hospicjum domowego według województw w latach 2016 i 2022.....	89
Wykres 21. Liczba ośrodków oferujących usługi hospicjum domowego w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2016 i 2022.....	90
Wykres 22. Liczba stacjonarnych zakładów pomocy społecznej według województw w latach 2016 i 2022.....	95
Wykres 23. Liczba stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022	96
Wykres 24. Liczba miejsc w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej według województw w latach 2016 i 2022.....	97
Wykres 25. Liczba miejsc w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej w województwie podlaskim według powiatów w latach 2016 i 2022	99

Wykres 26. Liczba osób korzystających z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych według województw w latach 2016 i 2022	101
Wykres 27. Liczba lekarzy geriatrów według województw w latach 2019 i 2022	103
Wykres 28. Liczba lekarzy geriatrów w województwie podlaskim według powiatów w latach 2019 i 2022	104
Wykres 29. Liczba lekarzy geriatrów w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2019 i 2022	105
Wykres 30. Liczba lekarzy geriatrów w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności w województwie podlaskim według powiatów w latach 2019 i 2022	106
Wykres 31. Średni wiek lekarzy geriatrów w poszczególnych województwach w latach 2019 i 2022	107
Wykres 32. Liczba pielęgniarek według województw w latach 2019 i 2022	108
Wykres 33. Liczba pielęgniarek w województwie podlaskim według powiatów w latach 2019 i 2022	109
Wykres 34. Liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2019 i 2022	110
Wykres 35. Liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności w województwie podlaskim według powiatów w latach 2019 i 2022	111
Wykres 36. Średni wiek pielęgniarek według województw w latach 2019 i 2022	112
Wykres 37. Liczba pielęgniarek geriatrycznych, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry w latach 2006–2023	113
Wykres 38. Liczba pielęgniarek geriatrycznych, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w dziedzinie geriatry w latach 2016–2023	114
Wykres 39. Liczba fizjoterapeutów według województw w latach 2019 i 2022	115
Wykres 40. Liczba fizjoterapeutów województwie podlaskim według powiatów w latach 2019 i 2022	116
Wykres 41. Liczba fizjoterapeutów w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności według województw w latach 2019 i 2022	117
Wykres 42. Liczba fizjoterapeutów w przeliczeniu na 100 tysięcy ludności w województwie podlaskim według powiatów w latach 2019 i 2022	118
Wykres 43. Średni wiek fizjoterapeutów w poszczególnych województwach w latach 2019 i 2022	119
Wykres 44. Ocena programów kształcenia na poszczególnych kierunkach kształcących w zawodach medycznych i opiekuńczych	187
Wykres 45. Wartość zintegrowanego wskaźnika oceny pozytywnej i negatywnej pracy z osobami starszymi w podziale na kierunki kształcenia	194
Wykres 46. Ocena poziomu kompetencji niezbędnych do wykonywania pracy z osobami starszymi oraz do wykonywania zawodów medycznych i opiekuńczych	197
Wykres 47. Różnica między średnią oceną poziomu kompetencji niezbędnych do wykonywania zawodów medycznych i opiekuńczych a średnią oceną poziomu kompetencji niezbędnych do pracy z osobami starszymi	197
Wykres 48. Zamiar pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych po ukończeniu nauki	199
Wykres 49. Zamiar pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych oraz pracy z osobami starszymi w podziale na kierunki kształcenia	203
Wykres 50. Ocena atrakcyjności rynku pracy z osobami starszymi w percepcji osób kształcących się na kierunkach medycznych i opiekuńczych	205
Wykres 51. Ocena czynników zachęcających do pracy z osobami starszymi oraz do pracy w zawodach medycznych i opiekuńczych	209

12.4. Spis skrótów

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna
AOTMiT – Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji
BDL – Bank Danych Lokalnych
CAWI – wywiad online (*computer assisted web interview*)
COG – całościowa ocena geriatryczna
CSR – społeczna odpowiedzialność biznesu
CUS – centrum usług społecznych
DDP – dzienny dom pomocy
DOS – dom opieki społecznej
DPS – dom pomocy społecznej
ERK – Europejskie Ramy Kwalifikacji
FGI – zogniskowany wywiad grupowy (*focus group interview*)
GUS – Główny Urząd Statystyczny
IDI – indywidualny wywiad pogłębiony (*individual in-depth interview*)
MOPS – miejski ośrodek pomocy społecznej
MSWiA – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO – organizacja pozarządowa (*non-government organization*)
NIK – Najwyższa Izba Kontroli
NZOZ – niepubliczny zakład opieki zdrowotnej
ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych
OPS – ośrodek pomocy społecznej
PEF – Państwowy Egzamin Fizjoterapeutyczny
POZ – podstawowa opieka zdrowotna
PRK – Polskie Ramy Kwalifikacji
PPZ – program profilaktyki zdrowotnej
SP ZOZ – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
SOR – szpitalny oddział ratunkowy
USK – Uniwersytecki Szpital Kliniczny (w Białymstoku)
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
ZOL – zakład opiekuńczo-leczniczy
ZOZ – zakład opieki zdrowotnej
ZPO – zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy