

Forum Opieki Długoterminowej

ISSN 1643-1308 nakład 3000 egz.

**medi**

nr 1 (95) czerwiec 2025

**AI WKRACZA DO INSTYTUCJI**  
**ASYSTENCJA SEKSUALNA**  
**OPIEKUN MEDYCZNY – co dalej?**

Na stronie **www.damy-rade.info**

## 1. znajdź porady, filmy i wideowarsztaty



## 2. zamów bezpłatny Poradnik

- Jak opiekować się osobą przewlekle chorą w domu?
- Co warto wiedzieć o chorobie Alzheimera i innych formach demencji?

## 3. weź udział w bezpłatnych szkoleniach online

Wśród tematów znajdziesz między innymi:

- Zaburzenia zachowania w demencji – jak sobie z nimi radzić?
- Wyzwania w codziennej opiece (higiena, pielęgnacja, trudne zachowania).
- Stres i wypalenie w opiece.
- Odżywianie podopiecznego.
- Dobór produktu chłonnego na nietrzymanie moczu z dofinansowaniem NFZ.
- Profilaktyka przeciwoleżynowa.



### KONTAKT

**infolinia:** 801 105 555 (połączenie bezpłatne)  
**mail:** fundacja@tzmo-global.com  
**www:** damy-rade.info

### PARTNER



Forum Opieki Długoterminowej

# medi

CZERWIEC // 2025

**Szanowni Państwo,  
Drodzy Czytelnicy!**

Oddajemy w Wasze ręce czerwcowe wydanie Medi. Rozpoczynamy od artykułu Marzeny Grochowskiej, która analizuje, jak AI rewolucjonizuje domy pomocy społecznej, wspierając personel i poprawiając jakość życia mieszkańców. Kontynuując temat, publikujemy wywiad z Piotrem Mazurkiem oraz Anną Kwiatkoń-Szopą – którzy dzielą się swoimi doświadczeniami we wdrażaniu AI w swojej placówce, omawiając zarówno korzyści, jak i wyzwania tego procesu.

Jak zawsze, mogą Państwo również liczyć na artykuł dotyczący kwestii prawnych. W tym numerze Michał Bochenek omawia procedury kontroli w ośrodkach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczo-leczniczych.

W tym wydaniu poruszamy bardzo ważny, chociaż często unikany temat wsparcia w intymności osób z niepełnosprawnościami. Monika Karwacka analizuje rolę asystentów seksualnych i wyzwania związane z zapewnieniem godności i bezpieczeństwa w tej sferze życia. W dziale Psychologia znajdą Państwo również cenne wskazówki efektywnej komunikacji z osobami z zaburzeniami neuropsychicznymi.

W wywiadzie z lek. Agnieszką Skoczylas poruszamy temat geriatry, jej wyzwań i perspektyw na przyszłość. Ordynator Oddziału Geriatryczno-Internistycznego dzieli się swoją wiedzą i zwraca uwagę na konieczność systemowych rozwiązań w opiece geriatrycznej.

Skłaniamy również do refleksji nad zawodem opiekuna. Joanna Jeleniewska i Grzegorz Baranowski w artykule „Zawód opiekuna – czy na pewno jest zawodem przyszłości?” analizują sytuację zawodową opiekunów i perspektywy rozwoju tego zawodu.

Mamy nadzieję, że to wydanie dostarczy Państwu cennych informacji i inspiracji do dalszej pracy.

**Życzymy udanej lektury!**  
Redakcja Medi

#### WYDAWCA:

Fundacja TZMO  
Razem Zmieniamy Świat

#### PRACOWNIK WYDANIA:

TZMO SA  
Producent wyrobów  
pod markami Seni, Matopat, Bella

#### REDAKCJA NAUKOWA:

mgr Grzegorz Baranowski  
mgr Lilia Kimber-Dziwisz  
dr n. med. Piotr Kowalczyk  
mgr Janina Mirończuk  
dr n. med. Marta Podhorecka  
mgr Grażyna Śmiarowska  
dr n. med. Robert Ślusarz

#### REDAKTOR NACZELNA:

Katarzyna Rozmus-Gazda  
katarzyna.rozmus@tzmo-global.com

#### SKŁAD GRAFICZNY:

Małgorzata Bógdał

#### FOTO:

materiały własne oraz Freepik

#### ADRES REDAKCJI:

ul. Żółkiewskiego 20/26  
87-100 Toruń  
tel. 056 612-32-93  
fax. 056 612-35-83

#### PRENUMERATA:

Formularz prenumeraty  
znajduje się na stronie  
www.razemzmieniamyswiat.pl  
w zakładce PROJEKTY – MEDI

Redakcja zastrzega sobie prawo  
skracania i adiustacji  
nadsyłanych tekstów.  
Przedruk, kopiowanie lub powielanie  
w jakiegokolwiek formie  
wyłącznie za zgodą redakcji.

## Wyzwania opieki długoterminowej

- 5 AI wkracza do domu pomocy społecznej  
*Marzena Grochowska*
- 9 Jak sztuczna inteligencja wspiera opiekę nad mieszkańcami – doświadczenia z Rybnika  
*Piotr Mazurek*

## Prawo

- 16 Kontrole w jednostkach opieki długoterminowej  
*Michał Bochenek*

## Psychologia

- 21 Intymność bez barier i uprzedzeń – rola asystentów seksualnych w życiu osób z niepełnosprawnościami  
*Monika Karwacka*
- 25 Zasady komunikacji z osobą z zaburzeniami neuropoznawczymi  
*dr Magdalena Leszko*

## Zdrowie

- 28 O leczeniu i opiece geriatrycznej – szansach, wyzwaniach i rozwiązaniach na przyszłość  
*Agnieszka Skoczylas*

## Opieka

- 32 Zawód opiekuna – czy na pewno jest zawodem przyszłości?  
*Joanna Jeleniewska, Baranowski*

## Pielęgnacja

- 36 Sposób na podrażnienia i otarcia pod biustem – krem Seni CARE



# AI wkracza do domu pomocy społecznej

MARZENA GROCHOWSKA // *brainolog*

Wyobraź sobie miejsce, gdzie technologia, sztuczna inteligencja i troska idą w parze, tworząc harmonijną przestrzeń pełną ciepła i wsparcia. To nie jest wstęp do filmu science fiction, ale rzeczywistość, która staje się coraz bardziej powszechna.

W miarę jak technologia rozwija się w zawrotnym tempie, nasze domy pomocy społecznej stają się miejscami, gdzie nowoczesność spotyka się z troską i ciepłem. **Dom przyszłości** to nie tylko zaawansowane technologie, ale przede wszystkim ludzie, którzy z oddaniem i miłością

dbają o swoich mieszkańców. To miejsce, gdzie pracownik domu pomocy społecznej, ekspert zarządzania dobrostanem mieszkańca, spaja całość. W domach pomocy społecznej coraz śmielej rozgaszczą się sztuczna inteligencja (AI), stając się nieocenionym partnerem dla pracowników. AI pomaga im w codziennych obowiązkach i podnosi jakość życia mieszkańców.

Już dziś AI wspiera pracowników w zarządzaniu dokumentacją, monitorowaniu zdrowia mieszkańców oraz organizacji zajęć terapeutycznych.

Wyobraź sobie, jak AI pomaga w przewidywaniu potrzeb mieszkańców, dostosowując plany opieki do ich indywidualnych wymagań, diagnozując i monitorując funkcje życiowe. Dzięki temu pracownicy mogą poświęcić więcej czasu na rozmowy, uśmiechy i wspólne chwile, które tworzą atmosferę pełną ciepła i zrozumienia. Wprowadzenie AI do domów pomocy społecznej to nie tylko technologia – to przede wszystkim **sposób na poprawę jakości życia i pracy**. To partner, który wspiera, ułatwia i daje możliwość skupienia się na tym, co najważniejsze – na człowieku.

Sztuczna inteligencja rewolucjonizuje wiele dziedzin naszego życia, w tym opiekę społeczną. W domach pomocy społecznej AI może znacząco poprawić jakość życia mieszkańców oraz efektywność pracy personelu.

### Technologia w Służbie Człowieka

W domach przyszłości technologia odgrywa kluczową rolę w zapewnianiu bezpieczeństwa i komfortu mieszkańcom. Inteligentne systemy monitorowania zdrowia, telemedycyna oraz zdalna opieka to tylko niektóre z narzędzi, które pomagają opiekunom w codziennej pracy. Dzięki nim mogą oni szybko reagować na potrzeby mieszkańców, zapewniając im najlepszą możliwą opiekę. Współczesne podejście do opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej kładzie nacisk na indywidualne podejście i aktywne zaangażowanie mieszkańców w procesy decyzyjne. Opiekunowie stają się partnerami i przewodnikami, wspierając mieszkańców w ich codziennych wyzwaniach i pomagając im zachować jak największą autonomię. Sztuczna inteligencja już nie tylko rewolucjonizuje diagnostykę medyczną, oferując precyzyjne i szybkie wykrywanie chorób, ale wkracza w obszary pomocy społecznej. Dzięki AI opiekunowie mogą lepiej zrozumieć potrzeby zdrowotne mieszkańców i dostosować plany opieki do ich indywidualnych potrzeb. To narzędzie, które wspiera opiekunów w ich misji **zapewniania jak najlepszej opieki**.

### Rola Opiekuna

Opiekun w domu przyszłości to osoba, która łączy w sobie profesjonalizm z empatią. To ktoś, kto nie tylko dba o zdrowie fizyczne mieszkańców, ale również o ich dobrostan emocjonalny. Opiekunowie są sercem i duszą domów pomocy społecznej, tworząc miejsca, gdzie każdy mieszkaniec czuje się ważny i kochany. Opiekunowie w domach pomocy społecznej są wykwalifikowanymi specjalistami, którzy posiadają szeroką wiedzę z zakresu medycyny, psychologii oraz zarządzania opieką. Dzięki ciągłemu doskonaleniu swoich umiejętności są w stanie zapewnić najwyższy standard opieki. Ich pro-

fesjonalizm przejawia się w precyzyjnym monitorowaniu zdrowia mieszkańców, szybkim reagowaniu na zmiany w ich stanie zdrowia oraz w umiejętności dostosowywania planów opieki do indywidualnych potrzeb. Jednak to nie tylko wiedza i umiejętności czynią opiekunów wyjątkowymi. To przede wszystkim ich empatia i zdolność do nawiązywania głębokich relacji z mieszkańcami. Rozumieją oni, że każdy mieszkaniec ma swoje unikalne potrzeby, pragnienia i obawy. Potrafią słuchać, wspierać i być obecni w trudnych chwilach. Dzięki temu mieszkańcy czują się bezpieczni, zrozumiani i ważni. Każdy mieszkaniec jest traktowany indywidualnie, z uwzględnieniem jego osobistych potrzeb i preferencji. To oni dostosowują plany opieki, uwzględniając stan zdrowia, zainteresowania oraz cele życiowe mieszkańców. Dzięki-



ki temu każdy czuje się wyjątkowy i ważny. Współczesny opiekun korzysta również z nowoczesnych technologii, takich jak sztuczna inteligencja (AI), która wspiera ich w codziennej pracy. AI pomaga w monitorowaniu zdrowia mieszkańców, przewidywaniu ich potrzeb oraz organizacji zajęć terapeutycznych. Dzięki temu opiekunowie mogą skupić się na tym, co najważniejsze – na bezpośrednim kontakcie z mieszkańcami. Dziś śmiało można powiedzieć, że AI staje się partnerem w opiece nad mieszkańcem. Zapnijcie pasy to, co przeczytacie za chwilę już się wydarzyło.

### Innowacyjne Technologie

- 1 Soczewki mierzące poziom glukozy:** Inteligentne soczewki kontaktowe, opracowane przez naukowców z Uniwersytetu Stanforda i Postech, mierzą poziom glukozy we łzach. Dzięki wbudowanym czujnikom i technologii AI, soczewki mogą na bieżąco monitorować poziom cukru we krwi, co jest szczególnie ważne dla osób z cukrzycą.
- 2 Wózki zakupowe mierzące rytm zatokowy serca:** Wózki zakupowe wyposażone w czujniki i AI mogą monitorować rytm zatokowy serca użytkowników podczas zakupów spożywczych. To innowacyjne rozwiązanie pozwala na szybkie wykrycie nieprawidłowości i natychmiastowe powiadomienie personelu medycznego, co może uratować życie w przypadku nagłych problemów kardiologicznych.
- 3 Buty dla niedowidzących:** Inteligentne buty dla osób niedowidzących, opracowane przez Tec Innovation z Austrii, wyposażone są w czujniki, które wykrywają przeszkody na drodze i informują użytkownika za pomocą wibracji lub dźwięków. Dzięki temu osoby z problemami wzrokowymi mogą poruszać się bezpieczniej i bardziej samodzielnie.
- 4 Okulary dla niesłyszących:** Powstały z miłości do niedosłyszącego seniora, który z uwagi na niemożność skutecznej komunikacji izolował się od kołtów społecznych. Jego wnuk, Dan Scarfe, stworzył dla swojego dziadka specjalne okulary XRAI Glass. Wyposażone w mikrofony i technologię AI, okulary te mogą przekształcać dźwięki w tekst wyświetlany na soczewkach okularowych. To pozwala osobom niesłyszącym na łatwiejszą komunikację i lepsze zrozumienie otoczenia.
- 5 Hexoskin:** Zaawansowana kamizelka biometryczna, która monitoruje zdrowie użytkownika. Mierzy tętno, oddech, aktywność fizyczną i jakość snu. Dane biomedyczne, które zbiera, mogą być analizowane za pomocą aplikacji mobilnej lub platformy online.
- 6 HiMirror:** Inteligentne lusterko, które analizuje stan skóry, stan emocjonalny i zagrożenie depresją. To kolejna innowacja, która wkracza na salony i do życia publicznego.

- 7 Vivid Mind:** Głosowy biomarker demencji, opracowany przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu i Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie w współpracy z EIT Health. Technologia Sound Objects, opatentowana przez Vivid Mind, rewolucjonizuje medyczną analizę dźwięku poprzez unikalne podejście do dekompozycji, separacji i analizy dźwięku. Vivid Mind stosuje tę technologię do badań nad głosem jako biomarkerem zaburzeń funkcji poznawczych, takich jak demencja.
- 8 Intelligentne wyroby chłonne:** wyposażone w specjalne sensory, na bieżąco monitorują stopień ich napięcia. Dane te są następnie przesyłane w czasie rzeczywistym do aplikacji. Dzięki temu opiekunowie mogą optymalnie planować zmiany pieluchomajtek, co znacząco zmniejsza ryzyko powstawania odleżyn i poprawia komfort oraz higienę podopiecznych. Np. Seni Smart
- 9 Wirtualna rzeczywistość (VR):** Technologia VR, wspierana przez AI, pozwala seniorom na uczestnictwo w wirtualnych wycieczkach, zajęciach edukacyjnych i terapeutycznych. Dzięki VR mieszkańcy DPS mogą doświadczać nowych miejsc i aktywności, co pomaga w przeciwdziałaniu poczuciu osamotnienia i poprawia ich jakość życia

Tak jak prąd i światło zrewolucjonizowały nasze życie, tak teraz sztuczna inteligencja (AI) przynosi ogromne zmiany w różnych aspektach naszej codzienności. Przyszłość opieki społecznej z pewnością będzie coraz bardziej zdominowana przez technologie AI, które będą wspierać zarówno mieszkańców, jak i opiekunów w codziennych wyzwaniach. Wprowadzenie AI do domów pomocy społecznej przynosi wiele korzyści, zarówno dla mieszkańców, jak i personelu. Innowacyjne rozwiązania, takie jak inteligentne soczewki, wózki zakupowe, buty dla niedowidzących, okulary dla niesłyszących oraz systemy monitorowania zdrowia psychicznego, mogą znacząco poprawić jakość życia i bezpieczeństwo osób starszych oraz chorych. Dzięki tym technologiom, mieszkańcy domów pomocy społecznej mogą cieszyć się większym komfortem i bezpieczeństwem, a opiekunowie mogą skupić się na tym, co najważniejsze – na bezpośrednim kontakcie i wsparciu emocjonalnym. ●

Do zobaczenia w domu pomocy XXI wieku!



# Jak sztuczna inteligencja wspiera opiekę nad mieszkańcami

– DOŚWIADCZENIA Z RYBNIKA

PIOTR MAZUREK // Dyrektor Miejskiego Domu Pomocy Społecznej w Rybniku  
ANNA KWIATON-SZOPA // Psycholog

Sztuczna inteligencja rewolucjonizuje wiele dziedzin naszego życia, a sektor pomocy społecznej nie jest wyjątkiem. W tym wywiadzie przyjrzymy się bliżej zastosowaniu sztucznej inteligencji w Miejskim Domu Pomocy Społecznej w Rybniku. Dyrektor Piotr Mazurek oraz psycholog Anna Kwiaton-Szopa dzielą się z Katarzyną Rozmus-Gazda swoimi doświadczeniami, wyzwaniami i korzyściami płynącymi z implementacji nowoczesnych technologii. Zapraszamy do lektury inspirującej rozmowy o tym, jak AI może wspierać pracę z mieszkańcami i usprawniać codzienne obowiązki personelu.

**KR:** Szanowni Państwo, zacznijmy od tego co skłoniło Państwa do wykorzystania sztucznej inteligencji w Państwa placówce?

**PM:** Pomysł pojawił się w odpowiedzi na rosnące potrzeby mieszkańców oraz konieczność wsparcia personelu w codziennych obowiązkach. I to właśnie rozmowy z pracownikami stały się impulsem do szukania rozwiązań. Pojawiały się problemy przy opisywaniu indywidualnych planów wsparcia mieszkańca – z definiowaniem co jest celem, co jest działaniem, jakie są cele długofalowe, jakie działania można przypisać do konkretnych pracowników. Dostrzegaliśmy potencjał w narzędziach AI, szczególnie w zakresie automatyzacji powtarzalnych zadań.

**KR:** Jak przebiegał proces wdrażania AI? Jakie były pierwsze kroki?

**PM:** Początkowo korzystaliśmy z amerykańskich modeli sztucznej inteligencji i na tych modelach próbowaliśmy tworzyć cele i zadania. Na tym etapie szkoliliśmy też personel z pracy z danymi mieszkańców, tak by nie można było powiązać danych z konkretnym mieszkańcem (ze względu na RODO i przetwarzanie danych). Ograniczyliśmy się wtedy głównie do redagowania IPW. W późniejszym okresie pojawiły się polskie modele sztucznej inteligencji (modele Biełlik i PLLuM) (red. polskie odpowiedniki czatu GPT). I na tych narzędziach pracujemy na bieżąco. Widzimy, że praca, którą wykonaliśmy i wykonujemy cały czas z zasilaniem danych, nauką pisania promptów (red. instrukcja, pytanie lub zapytanie, które podaje użytkownik AI, aby uzyskać odpowiedź lub wykonać określone zadanie) – przynosi efekty i znacznie usprawnia naszą pracę.

**KR:** Skąd czerpalicie wiedzę o tym, jak efektywnie pracować z AI, zwłaszcza jak pisać dobre prompty? To kluczowe w pracy z chatami AI, prawda?

**AKS:** W dużej mierze nauczyliśmy się metodą prób i błędów, ale też sięgaliśmy po dostępne informacje, jak grupy facebookowe, gdzie pasjonaci sztucznej inteligencji dzielą się wiedzą. To właśnie tam znaleźliśmy pierwsze ważne dla nas wskazówki: z jakich modeli korzystać, jak formułować zapytania. Bo to, że my czegoś chcemy, że chcemy mieć to napisane profesjonalnym językiem, powiedzmy psychologicznym – to za mało. Kluczowe jest to, że to my musimy nauczyć narzędzie, gdzie ma szukać i czego, do czego ma się odnieść. To było trudne na samym początku, natomiast teraz wiemy jakie dane podać, jak precy-

zyjnie je sformułować, co powiedzieć o mieszkańcu i zespole, żeby ostateczny IPW mieszkańca był adekwatny i maksymalnie dopasowany do potrzeb jego, ale i możliwości personelu.

**KR:** Wspomnieliście, że AI pomaga w automatyzacji powtarzalnych zadań - jakie to są zadania? W jakich obszarach wykorzystujecie AI?

**PM:** Głównym naszym obszarem są indywidualne plany wsparcia mieszkańca, czyli praca zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, chcieliśmy usprawnić procedurę, spotkania – to było dla nas istotne. Żeby pokazać to na przykładzie: Pani Ania ma wypracowany już prompt, który pomaga w formułowaniu IPW według pewnego schematu i to jest schemat powtarzalny.

**AKS:** Tak, mamy wypracowaną formułę, po wprowadzeniu odpowiedniego zapytania otrzymujemy w zasadzie gotowy plan, który wymaga niewielkiej korekty – językowej czy merytorycznej, ale to są już kosmetyczne poprawki. Mówiąc kolokwialnie, „na gotowe” AI już nam przygotowuje IPW dostosowany do potrzeb konkretnego mieszkańca.

**PM:** Wcześniej zdarzało się, że pracownik pierwszego kontaktu na aktualizacji IPW mieszkańca pisał skrótowo o funkcjonowaniu i adaptacji seniora lub użył sformułowania „bez zmian”. Natomiast podczas rozmów okazywało się, że zmiany zachodziły, ale pracownik nie odnotowywał tego w formie pisemnej, bo mógł je uznać za mniej istotne, choćby to, że mieszkaniiec zaczął jeść posiłki w pokoju, a nie na stołówce – a to właśnie takie rzeczy są ważne. Więcej informacji przekazujemy, gdy mówimy, niż zapisujemy ręcznie, czy to długopisem, czy na klawiaturze, bo już filtrujemy informacje. Dlatego nagrywając wywiad jesteśmy w stanie otrzymać dużo więcej i bardziej szczegółowych informacji. Jest to ważne zwłaszcza przy pracy zmianowej. Technologia pozwala nam na transkrypcję tekstu mówionego, więc w prosty i szybki sposób jesteśmy w stanie przełożyć notatkę głosową na tekst.

**KR:** Czy AI zmienio podejście do planowania wsparcia mieszkańców w porównaniu do tradycyjnych metod?

**PM:** Same indywidualne plany wsparcia mieszkańca są trudnym obszarem, bo mówi się czasem o trudnych sytuacjach mieszkańca, funkcjonowania w domu pomocy społecznej. Natomiast sztuczna inteligencja, skupia się nie na tym, co mieszkaniiec powinien ro-

bić, a raczej na tym co my jako pracownicy możemy dla tego mieszkańca albo z tym mieszkańcem zrealizować jeszcze, żeby jego adaptacja, ta jesień życia tutaj w DPS-ie była dla niego jak najbardziej komfortowa. Wiadomo, że czasem jakość życia, stan zdrowia obniża się, natomiast chcemy towarzyszyć temu mieszkańcowi i szukamy ze sztuczną inteligencją kolejnych możliwości, rozwiązań, co jeszcze może być takiego, żeby wspomóc tę osobę, co mogliśmy pominąć, jakie są możliwe rozwiązania jakiejś trudnej sytuacji, których pracowników zaangażować, np. psychologa, terapeutę zajęciowego, a może walontariusza, który poświęci swój czas. Sztuczna inteligencja jest w stanie podpowiedzieć nam rozwiązania, na które wcześniej zwyczajnie mogliśmy nie wpasć.

**KR:** Wprowadzenie zmian w modelu pracy zawsze wiąże się z pewnymi wątpliwościami. Jakie wyzwania napotkali Państwo na etapie wprowadzania AI do placówki?

**PM:** Pojawiały się obawy zespołu co do zmiany stylu pracy - z pisemnego na mówiony. Czasami zapominamy, że ludzka mowa ma niesamowitą moc. Kiedy rozmawiamy, otwieramy się, dzielimy szczegółami, które mogłyby umknąć w pisemnych raportach. Początkowo personel obawiał się, że narzucamy im coś trudnego, każąc mówić o swojej pracy. Ale to właśnie ich głos, ich doświadczenie jest kluczowe. Przygotowując się do spotkań, zaczęli analizować swoją pracę głębiej, przypominać sobie detale, które wcześniej mogłyby umknąć. Chcieli „nakarmić” sztuczną inteligencję jak najobszerniejszymi danymi, bo wiedzieliśmy, że im więcej informacji, tym lepsze będą efekty.

**AKS:** To nie jest tak, że AI wykonuje pracę za nas. To my dostarczamy jej surowiec, a ona pomaga nam go uporządkować, nadać mu formę. Dzięki temu ja jako psycholog, mogę spędzić więcej czasu z mieszkańcami, nawiązać z nimi prawdziwy, ludzki kontakt, zamiast tracić go na papierkową robotę.

Podobnie z oprogramowaniem do pisanie raportów, na początku pojawiła się kwestia, że do wszystkich tabletek powinny zostać zakupione klawiatury. Potem się okazało, że w zasadzie są one zbędne, bo łatwiej, szybciej, wydajniej powiedzieć niż napisać, a korekta jest łatwiejsza niż można by przypuszczać.

**PM:** Jeśli pyta Pani o kwestie techniczne. Słyszałem głosy po co nam ta cała sztuczna inteligencja, te elektroniczne raporty? Słyszałem: „Przecież to takie trudne!” Zapytałem wtedy na zebraniu, kto ma smartfon? I się okazuje, że 100 % osób ma smartfon. A kto

na smartfonach ma chociaż jedną aplikację więcej niż miał oryginalnie, jak kupić smartfon? I się okazało, że 100 %. Każdy z nas ma bankowość elektroniczną, mObywatel, indywidualne konto pacjenta, albo dzienniki elektroniczne dzieci. Więc to nie jest tak, że nawet osoby 50, 55-letnie, czy 40, czy 30-letnie, że zamykają się w jakiejś bańce. Nie mamy osób, które korzystają z kultowej Nokii 3210, chociaż jest odporna na phishing. Smartfony są już czymś popularnym – i te bariery cyfrowe już nie stanowią problemu.

**AKS:** Na pewno podnoszenie świadomości dotyczącej wprowadzania AI w instytucji jest sporym wyzwaniem. Kiedyś jak pojawił się w Rybniku o nas artykuł, że właśnie wdrażamy sztuczną inteligencję, jednym z pierwszych pytań prasy do nas było, ile osób zwolnimy. Sztuczna inteligencja w domu pomocy społecznej nie spowoduje zwolnienia pracowników, tylko zwolnienia części czasu, jaką poświęca zespół terapeutyczny, opiekun, pokojowa – czyli pracownicy pierwszego kontaktu na spisywanie wszystkiego i nadawanie temu formy i dzięki temu pracownicy mogą poświęcić się pracy, rozmowom z mieszkańcami, czynnościom higieniczno-pielęgnacyjnym.

**KR:** A pojawiały się obawy o redukcję etatów?

**AKS:** Często dostaję takie pytania: a jak już są teraz te chatboty, to Ty się nie boisz, że ty zostaniesz bez pracy? Nie boję się, jestem zdania, że są takie zadania, że są pewne aspekty naszej pracy, których sztuczna inteligencja po prostu nie zastąpi. Mam na myśli przede wszystkim kontakt z drugim człowiekiem, tę interakcję, empatię – to jest domena ludzkiej inteligencji. I ja też mam taką etykę pracy, że przede wszystkim pracuję z człowiekiem, a później z dokumentami. Oczywiście dokumentacja też jest ważna, ale zajmuje sporo czasu, dlatego jeżeli mamy możliwość, żeby sobie zoptymalizować tę pracę na rzecz pracy z żywym człowiekiem, no to jesteśmy fanami takiego rozwiązania. To właśnie jest dla mnie priorytetem. Dzięki nowym technologiom mam więcej czasu na rozmowy, na wsparcie emocjonalne – na to, co w mojej pracy najważniejsze. Finalnie my zyskujemy czas, który możemy poświęcić mieszkańcowi, no i mieszkaniiec tak naprawdę zyskuje czas czy to pracownikiem pierwszego kontaktu, czy ze mną jako psychologiem.

**PM:** Dokładnie. AI nie zmieni opatrunku, nie poda leku, nie przytuli. Ale może dać nam czas na te czynności. Nie chodzi o zwalnianie ludzi, ale o zwalnianie czasu.

Spójrzmy też na dział księgowości – trudno uwie-

rzyć, że kiedykolwiek sztuczna inteligencja poradzi sobie z naliczaniem odpłatności za pobyt w DPS. To wymaga ogromnej wiedzy i to co robią pracownicy socjalni i dział księgowości u nas, i myślę w każdym domu pomocy społecznej, to na prawdę czapki z głów. Cofanie się do decyzji wydanych przez Ośrodek Pomocy Społecznej czy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie po kilku miesiącach, rozliczanie tych opłat wstecz – żadne, nawet najbardziej zaawansowane modele AI, sobie z tym nie poradzą na razie (śmiej). Nie zapominajmy, człowiek jest najważniejszy i sztuczna inteligencja na obecnym poziomie nie zastąpi pracy człowieka, nie zapełni nam luki personelu spowodowanych odejściem personelu medycznego do ochrony zdrowia. Tutaj musimy zachować zdrową równowagę, sztuczna inteligencja to nie panaceum na wszystko.

**KR:** Wspomnieli Państwo o barierach przy wdrażaniu AI, z czym muszą się liczyć inne placówki przy wdrożeniu sztucznej inteligencji? Jakie trudności, Państwa zdaniem, są najczęstsze i jak im zaradzić?

**PM:** Na początku często pojawia się obawa: „Po co nam to?” Przecież łatwiej jest oddać kartkę z ewaluacją, napisać kilka słów. Ale kluczem jest rozmowa z pracownikami, uświadomienie im, ile fantastycznej pracy wykonują na co dzień, czy to w rozmowach, czynnościach pielęgnacyjno-opiekuńczych, czy sesjach terapeutycznych. Wtedy zaczynają dostrzegać potencjał w nowym podejściu. Kolejną barierą jest błędne przekonanie, że sztuczna inteligencja tworzy „idealnych ludzi”, wygładzone, nieprawdziwe modele. Musieliśmy pokazać pracownikom, że AI nie okłamuje, nie dodaje czegoś, czego nie zrobili. To ich praca jest podstawą, a AI pomaga ją uporządkować, nadać formę. Początkowo mogą też pojawić się obawy o bariery technologiczne, ale musimy pamiętać, że rozwój kompetencji cyfrowych jest nieunikniony. Telefony się aktualizują, strony internetowe zmieniają, pojawiają się nowe technologie, jak chociażby czipy w środkach ochrony. To wszystko wspiera dobrostan mieszkańców.

Chodzi o to, by dostrzec, że AI nie zastępuje człowieka, ale może być potężnym narzędziem, które wspiera naszą pracę i pozwala lepiej służyć mieszkańcom.

**AKS:** IPW nie są po to, żeby leżały i czekały na kontrolę, ale żeby pracownicy mogli do nich sięgnąć, przypomnieć sobie ważne informacje, monitorować postępy. Chodzi o to, by towarzyszyć mieszkańcowi, wspierać go na różne sposoby. Sztuczna inteligencja może pomóc dostrzec detale, na które wcześniej byśmy nie wpadli. No i ważna rzecz – personel często obawia się sztucznej inteligencji, zwłaszcza nowi pracownicy. Ale wystarczy pokazać im, że nie stworzymy niczego od zera, tylko przetwarzamy dane w łatwiejszy sposób. Po pierwszym doświadczeniu napięcie znika.

**KR:** Rozmawialiśmy już o wykorzystaniu AI do planów wsparcia mieszkańców. Czy widzi Pan inne obszary w placówce, gdzie nowoczesne technologie, mogłyby usprawnić Państwa pracę?

**PM:** Absolutnie tak. To jest właśnie ten kierunek, w którym chcemy się rozwijać. Przykładem, który idealnie ilustruje potencjał cyfryzacji, jest niedawna sytuacja. Otrzymaliśmy zapytanie z sądu dotyczące wizyt opiekuna prawnego jednej z naszych mieszkanek. Musieliśmy odszukać te informacje w papierowym zeszycie wejść i wyjść. Nasze panie spędziły na tym dwa dni, żeby wszystko znaleźć. Oczywiście, udało się, ale gdybyśmy mieli elektroniczny system, wygenerowanie takiego raportu zajęłoby dosłownie chwilę. To pokazuje, jak bardzo elektroniczny obieg dokumentów mógłby usprawnić naszą pracę, zwłaszcza jeśli chodzi o raportowanie i szybki dostęp do informacji. Wyobrażam sobie, że w przyszłości wszystko byłoby zdigitalizowane, od indywidualnych planów wsparcia, po raporty z wizyt i inne dokumenty. To nie tylko oszczędność czasu, ale też większa przejrzystość i łatwiejsza archiwizacja. Myślę, że to naturalna ścieżka rozwoju nie tylko dla placówek opiekuńczych, ale szeroko środowiska opieki długoterminowej.

**KR:** Czy wdrożenie AI generuje jakieś konkretne koszty dla instytucji? Jeśli tak, to jakie?

**PM:** Kiedy mówimy o kosztach, nie mam na myśli opłat za konkretne oprogramowanie, ponieważ, jak wspomnieliśmy, korzystamy z darmowych polskich

modeli językowych jak Bielik czy PLuM. Tutaj kosztem jest nasz czas. Czas poświęcony na dojście do pewnego standardu, na wypracowanie skutecznych metod pracy ze sztuczną inteligencją. To bywa trudne, wymaga prób i błędów, ale widzimy, że finalnie ten czas się zwraca. Oszczędzamy czas, który psycholog, ja jako dyrektor, czy cały zespół poświęcalibyśmy na ręczne opisywanie i redagowanie dokumentacji. A to jest kluczowe, bo stany zdrowia mieszkańców trafiających do naszego domu pomocy społecznej są coraz trudniejsze, co wymaga intensyfikacji opieki.

**AKS:** Dzięki AI możemy spojrzeć na naszą pracę z zewnątrz, dostrzec detale, które wcześniej mogłyby umknąć. Na przykład, sztuczna inteligencja może zwrócić uwagę na konieczność kontrolowania poziomu cukru u konkretnego mieszkańca, co ma wpływ na wiele innych obszarów jego funkcjonowania – są już przecież rozwiązania, które odczytują poziomu glukozy i jest to wysyłane automatycznie w czasie rzeczywistym na smartfon. AI pomaga nam dostrzec szersze powiązania, na przykład między dietą a sennością czy drażliwością. To naprawdę szeroki temat.

**KR:** Wspomnieli Państwo o różnych modelach sztucznej inteligencji, w tym o tych ogólnodostępnych. Jak podchodzicie Państwo do kwestii bezpieczeństwa danych i prywatności mieszkańców, korzystając z takich narzędzi?

**PM:** To bardzo ważne pytanie. Kwestia bezpieczeństwa danych i prywatności jest dla nas absolutnym priorytetem. Dlatego, choć zdajemy sobie sprawę z popularności i możliwości takich narzędzi jak ChatGPT czy Copilot, my zdecydowaliśmy się na korzystanie z polskich modeli językowych – czatu Bielik, stworzonego przez Fundację SpeakLeash we współpracy z Akademickim Centrum Komputerowym Cyfronet AGH oraz modelu PLLuM realizowanego na zlecenie Ministerstwa Cyfryzacji. Powód jest prosty: te modele były trenowane na języku polskim i mamy pewność, że lepiej rozumieją nasze potrzeby i kontekst działania. Co więcej, mamy większą kontrolę nad tym, jak dane są przetwarzane i przechowywane, co jest kluczowe z punktu widzenia RODO. Nie chcemy ryzykować, że nawet zanonimizowane informacje o naszych mieszkańcach trafią na zagraniczne serwery. Oczywiście, każdy model sztucznej inteligencji, niezależnie od pochodzenia, wymaga odpowiedniego podejścia do wprowadzania danych i tworzenia promptów, tak aby nie naruszyć prywatności. Oczywiście, wszyscy nasi pracownicy posiadają upoważ-

nienia do przetwarzania danych osobowych. Jednak zdajemy sobie sprawę, że samo upoważnienie to nie wszystko. Biorąc pod uwagę rosnącą liczbę ataków hakerskich, w tym tych skierowanych przeciwko jednostką pomocy społecznej, musimy stale dbać o bezpieczeństwo danych. Nie sądzę, by ktoś celowo atakował akurat dom pomocy społecznej – przecież potencjalny haker wie, że nie otrzymają okupu w bit-coinach:) Bardziej obawiamy się, że możemy stać się przypadkowym celem ataku, co doprowadziłoby do zaszyfrowania danych i utraty do nich dostępu. To jest obawa, która dotyczy chyba każdej instytucji, bo ataki te rzadko są precyzyjnie wymierzone. Często hakerzy wykorzystują luki w systemach, a potem pojawiają się problemy. Korzystając z polskich modeli językowych, wracamy do korzeni „Polacy nie gęsi” i swoje AI mają. To dla nas istotne, zwłaszcza w kontekście RODO. Wybierając polskie rozwiązania, czujemy się po prostu bezpieczniej.

**KR:** Panie Dyrektorze, na zakończenie naszej rozmowy, jakie rady dałby Pan innym dyrektorom placówek, którzy rozważają wprowadzenie sztucznej inteligencji?

**PM:** Przede wszystkim powiedziałbym, żeby nie patrzyli na sztuczną inteligencję jak na coś, co tworzy coś sztucznego, coś oderwanego od rzeczywistości. Każda placówka pomocy społecznej ma wspólnych specjalistów, którzy dysponują ogromną wiedzą o swoich mieszkańcach. Czasami nawet nie zdają sobie sprawy, jak wiele wiedzą! Często pisanie raportów czy dokumentacji ręcznie lub na komputerze powoduje, że ta wiedza jest filtrowana i mniej informacji trafia na papier. A to, jak człowiek mówi, to jest bogactwo szczegółów i spostrzeżeń. Sztuczna inteligencja może pomóc to uporządkować, zredagować w przejrzystą i przystępną formę. Pamiętajmy, że pracownikami pierwszego kontaktu w domach pomocy społecznej mogą być osoby z różnym wykształceniem, nie tylko z wyższym. AI może pomóc im wyrazić to, co wiedzą i obserwują w bardziej hołistyczny sposób. Chodzi o to, by dostrzec, że AI nie zastępuje człowieka, ale może być potężnym narzędziem, które wspiera naszą pracę i pozwala lepiej służyć mieszkańcom.

Pięknie dziękuję Państwu za rozmowę.

Rozmowę przeprowadziła:  
Katarzyna Rozmus-Gazda

**Dołącz** do nas na inspirujących warsztatach prowadzonych przez cenioną ekspertkę w dziedzinie demencji, Teepę Snow. To unikalna okazja, aby zdobyć wiedzę i umiejętności, które pozwolą Ci z większym zrozumieniem wspierać osoby żyjące z różnymi formami demencji.

## Warsztaty z Teepą Snow

Choroba Alzheimera i inne formy demencji.  
Pozytywne podejście do opieki.

Pamiętać o (o)sobie

23 września 2025  
godz. 9.00 – 14.00

• stacjonarnie w Toruniu  
• online

[www.damy-rade.info](http://www.damy-rade.info)



### Dla kogo są te warsztaty?

Warsztaty są skierowane do wszystkich, którzy w swojej pracy lub życiu prywatnym mają kontakt z osobami z demencją: opiekunów, rodzin, pielęgniarek, lekarzy, personelu opiekuńczego, wolontariuszy i wszystkich zainteresowanych tą tematyką.

### Czego się nauczysz?

- Zrozumiesz „ukryty język” demencji: nauczysz się interpretować zachowania i potrzeby osób z demencją.
- Opanujesz skuteczne techniki komunikacji: poznasz, jak za pomocą słów i gestów wspierać osoby chore i reagować w sposób, który zmniejsza ich niepokój.
- Zapewnisz bezpieczeństwo i komfort: dowiesz się, jak zminimalizować ryzyko trudnych sytuacji.
- Odkryjesz sposoby na aktywizację: poznasz ciekawe i skuteczne metody angażowania osób z demencją, które sprawią im radość i poczucie sensu.

Pamiętaj, że opieka nad osobą z demencją to wyzwanie, które wymaga nie tylko wiedzy i umiejętności, ale także troski o siebie. Warsztaty z Teepą Snow to nie tylko okazja do nauki, ale również moment, aby zatrzymać się i pamiętać o sobie. Zadbaj o swoje potrzeby, znajdź czas na regenerację i wsparcie. Te warsztaty pomogą Ci nie tylko lepiej zrozumieć osobę, którą się opiekujesz, ale także znaleźć siłę i inspirację do dalszej pracy.

## Teepa Snow

jest światowej sławy specjalistką w dziedzinie demencji, terapeutką zajęciową z ponad 40-letnim doświadczeniem klinicznym.

Jej innowacyjne podejście „Positive Approach to Care” zrewolucjonizowało sposób myślenia o opiece nad osobami z demencją na całym świecie. Jej innowacyjne metody zmieniły życie tysięcy osób żyjących z demencją i ich opiekunów. Jej charakter i praktyczne podejście sprawiają, że nauka staje się fascynującą podróżą.

### JAK DOŁĄCZYĆ?



stacjonarnie w Toruniu,  
Centrum Kulturalno-Kongresowe Jordanki,  
aleja Solidarności 1/3, 87-100 Toruń



online

### KOSZT UDZIAŁU W WARSZTATACH

| WARSZTATY    | rejestracja do 15.07 | rejestracja do 16.07 |
|--------------|----------------------|----------------------|
| STACJONARNIE | 90 PLN               | 110 PLN              |
| ONLINE       | 70 PLN               | 70 PLN               |



**REJESTRACJA NA STRONIE:** [damy-rade.info](http://damy-rade.info)

**ZAPISZ SIĘ JUŻ DZIŚ I ZYSKAJ NOWE PERSPEKTYWY W OPIECE!**

# Kontrole w jednostkach opieki długoterminowej

MICHAŁ BOCHENEK // prawnik, ekspert w sprawach pomocy społecznej

*Problematyka kontroli w jednostkach opieki długoterminowej (ośrodki pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo – lecznicze) budzi emocje, ponieważ ewentualne błędy lub nieprawidłowości mogą skutkować konsekwencjami finansowymi, np. wypowiedz nie umowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia na usługi z zakresu opieki długoterminowej lub orzeczenie wojewody o czasowym lub stałym cofnięciu zezwolenia na prowadzenie placówki – DPS.*

*Biorąc pod uwagę, że tytułowa tematyka nie należy do łatwych, lektura niniejszego artykułu będzie cenna dla Państwa kierowników/dyrektorów jednostek opieki długoterminowej.*

Ogólnie można wskazać, że celem kontroli w jednostkach opieki długoterminowej jest ustalenie, czy oczekiwany stan spraw został urzeczywistniony. Konieczne będzie zatem nie tylko zbadanie stanu istniejącego – ale przede wszystkim znajomość i percepcja stanu postulowanego. W konsekwencji – tam, gdzie kontrola będzie elementem szerszej rozumianego nadzoru (a tak mamy w np. pomocy społecznej), będzie ona polegać na wyjaśnieniu przyczyn nieurzeczywistnienia stanu postulowanego oraz podaniu sposobu jego zrealizowania, a także środków zapewniających skuteczną realizację stanu postulowanego w przyszłości (np. zalecenia pokontrolne).

## Jednostki podlegające kontroli:

- 1) jednostki organizacyjne pomocy społecznej, w tym domy pomocy społecznej (DPS), mieszkania treningowe lub wspomagane, rodzinne domy pomocy, placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”;
- 2) urzędy gmin, starostwa powiatowe i urzędy marszałkowskie, w zakresie zadań pomocy społecznej;
- 3) podmioty niepubliczne wykonujące zadania z zakresu pomocy społecznej na podstawie umowy z organami administracji rządowej lub samorządowej,
- 4) zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450).

## 1 Jednostki organizacyjne pomocy społecznej (JOPS)

W JOPS kontrole prowadzi się zgodnie z rocznym planem kontroli opracowanym przez dyrektora właściwego do spraw pomocy społecznej wydziału urzędu wojewódzkiego, zatwierdzonym przez wojewodę. Wojewoda może zarządzić przeprowadzenie kontroli nieprzewidzianej w rocznym planie kontroli.

W jednostkach podlegających kontroli – DPS – przeprowadza się:

### Kontrole kompleksowe:

- 1) Zakres kontroli kompleksowej obejmuje obszar organizacji i funkcjonowania DPS, wiążący się z realizacją zadania określonego w ustawie. Zakres kontroli kompleksowej może obejmować sprawdzenie zrealizowania zaleceń pokontrolnych wydanych po poprzedniej kontroli kompleksowej, problemowej lub doraźnej. Co

istotne, kontrole kompleksowe w jednostce DPS przeprowadza się nie rzadziej niż raz na cztery lata według planu kontroli. W podmiocie niepublicznym wykonującym zadania DPS na podstawie umowy z organami administracji rządowej lub samorządowej, kontrolę kompleksową można przeprowadzić w okresie realizacji umowy zawartej z organami administracji rządowej lub samorządowej.

## 2) Kontrole problemowe:

Kontrola problemowa polega na sprawdzaniu wybranych obszarów organizacji i funkcjonowania DPS, wiążących się z realizacją zadania określonego w ustawie. Kontrolę problemową przeprowadza się według planu kontroli. Kontrola problemowa może być prowadzona w siedzibie kontrolującego, na podstawie dokumentów udostępnionych przez kierownika/dyrektora DPS.



## Uwaga

Przeprowadzenie kontroli kompleksowej lub problemowej jest poprzedzone opracowaniem programu tej kontroli, który zatwierdza wojewoda.

## 3) Kontrole doraźne:

Kontrolę doraźną przeprowadza się w każdym czasie w celu zbadania prawidłowości organizacji i funkcjonowania DPS w określonym zakresie, także w celu zbadania, czy i w jakim zakresie są zrealizowane zalecenia pokontrolne, po upływie czasu przeznaczonego na ich realizację. Podstawą prowadzenia kontroli doraźnej mogą być uzyskane przez właściwy do spraw pomocy społecznej wydział urzędu wojewódzkiego informacje dotyczące nieprawidłowości w organizacji i funkcjonowaniu DPS.

Kontrola doraźna może być prowadzona w siedzibie kontrolującego, na podstawie dokumentów udostępnionych przez kierownika/dyrektora DPS.

W praktyce istotną kwestią jest obowiązek przedstawienia w kierownikowi/dyrektorowi DPS upoważnienia do przeprowadzenia kontroli. Proszę zwrócić uwagę, że upoważnienie do przeprowadzenia kontroli w powinno zawierać:

- 1) oznaczenie organu, który wystawia upoważnienie;
- 2) datę i miejsce wydania oraz numer upoważnienia;
- 3) podstawę prawną do przeprowadzenia kontroli w DPS
- 4) imię, nazwisko i stanowisko służbowe osób upoważnionych do przeprowadzenia kontroli oraz numery legitymacji uprawniających do wykonywania czynności nadzorczych i kontrolnych, a także wskazanie kierującego zespołem przeprowadzającym kontrolę, zwanego dalej „zespołem inspektorów”;
- 5) nazwę jednostki podlegającej kontroli;

- 6) zakres kontroli oraz miejsce przeprowadzenia kontroli;
- 7) przewidywany termin, w którym będą przeprowadzane czynności kontrolne;

8) podpis osoby udzielającej upoważnienia.

Kierującego zespołem inspektorów wojewoda wyznacza spośród pracowników komórki organizacyjnej do spraw nadzoru i kontroli w pomocy społecznej właściwego do spraw pomocy społecznej wydziału urzędu wojewódzkiego. W przypadku, gdy w trakcie przeprowadzania postępowania kontrolnego zaistnieje konieczność zmiany zakresu, miejsca przeprowadzenia kontroli lub przedłużenia prowadzenia czynności kontrolnych, wojewoda może dokonać zmian w upoważnieniu do przeprowadzenia kontroli przez naniesienie na nim stosownej wzmianki albo wydać nowe upoważnienie. Zdarza się, że członek zespołu inspektorów podlega wyłączeniu od udziału w kontroli, na wniosek lub z urzędu, jeżeli wyniki kontroli mogą dotyczyć jego praw lub obowiązków albo praw lub obowiązków jego małżonka lub osoby pozostającej z nim faktycznie we wspólnym pożyciu, krewnych i powinowatych do drugiego stopnia albo osób związanych z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. Powody wyłączenia trwają mimo ustania małżeństwa, wspólnego pożycia, przysposobienia, opieki lub kurateli. Członek zespołu inspektorów podlega wyłączeniu również w razie zaistnienia w toku kontroli okoliczności mogących wywołać uzasadnione wątpliwości co do jego bezstronności. O wyłączeniu członka zespołu inspektorów od udziału w kontroli decyduje wojewoda.

O wyłączeniu członka zespołu inspektorów czyni się wzmiankę na upoważnieniu do przeprowadzenia kontroli. Przed rozpoczęciem czynności kontrolnych członek zespołu inspektorów składa pisemne oświadczenie o braku lub istnieniu okoliczności uzasadniających jego wyłączenie od udziału w kontroli. W okresie od złożenia oświadczenia o istnieniu okoliczności uzasadniających wyłączenie członka zespołu inspektorów od udziału w kontroli lub wniosku o wyłączenie do czasu wydania rozstrzygnięcia o wyłączeniu członka zespołu inspektorów od udziału w kontroli są podejmowane przez niego jedynie czynności niecierpiące zwłoki.

O zakresie i przewidywanym czasie trwania czynności kontrolnych, w tym terminie rozpoczęcia kontroli, wojewoda powiadamia szefa DPS oraz podmiot prowadzący jednostkę podlegającą kontroli co najmniej na 7 dni przed rozpoczęciem kontroli. Zasady wskazanej w zdaniu poprzednim nie stosuje się do kontroli doraźnej.



## Ważne

Czynności kontrolne przeprowadza się w dniach i godzinach pracy obowiązujących w jednostce podlegają-

cej kontroli, a w jednostkach działających całodobowo w godz. od 7.00 do 17.00. Czynności kontrolne mogą być przeprowadzane poza siedzibą jednostki podlegającej kontroli. W razie potrzeby kontrole doraźne mogą być przeprowadzane także w innych dniach i godzinach niż wskazane wyżej.

Kierownik jednostki podlegającej kontroli – DPS:

- 1) umożliwia zespołowi inspektorów wstęp do obiektów i pomieszczeń jednostki podlegającej kontroli, a także przeprowadzenie oględzin obiektów, składników majątkowych oraz przebiegu określonych czynności objętych obowiązującym standardem;
- 2) przedstawia na żądanie zespołu inspektorów informacje, dokumenty i dane dotyczące przedmiotu kontroli;
- 3) udziela zespołowi inspektorów informacji w formie ustnej lub pisemnej w zakresie objętym kontrolą;
- 4) zapewnia warunki i środki niezbędne do sprawnego przeprowadzenia kontroli, w miarę możliwości oddzielne pomieszczenie z odpowiednim wyposażeniem;
- 5) umożliwia zespołowi inspektorów przeprowadzanie rozmów z pracownikami lub osobami korzystającymi z usług świadczonych w jednostce podlegającej kontroli w sprawach dotyczących przedmiotu kontroli.

## Procedura dokonywania czynności kontrolnych

Czynności kontrolnych dokonuje się w obecności kierownika lub wyznaczonego przez niego pracownika jednostki podlegającej kontroli. W przypadku kontroli doraźnej czynności kontrolne mogą być dokonane w obecności znajdującego się na terenie jednostki podlegającej kontroli pracownika tej jednostki. Pracownicy jednostki podlegającej kontroli udzielają, w wyznaczonym przez zespół inspektorów terminie, ustnych lub pisemnych wyjaśnień w sprawach dotyczących przedmiotu kontroli. Z przyjęcia ustnych wyjaśnień członek zespołu inspektorów sporządza protokół. Każdy ma prawo złożyć ustne lub pisemne oświadczenie dotyczące zakresu kontroli. Z przyjęcia ustnego oświadczenia członek zespołu inspektorów sporządza protokół. Proszę pamiętać, że czynności kontrolnych dokonuje się z poszanowaniem praw oraz godności osób i rodzin korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej lub usług świadczonych przez jednostki podlegające kontroli.

Dokonane w postępowaniu kontrolnym ustalenia zespół inspektorów opisuje w protokole kontroli, sporządzanym w postaci papierowej lub elektronicznej.

Protokół kontroli zawiera:

- 1) oznaczenie jednostki podlegającej kontroli, jej siedzibę i adres, imię i nazwisko kierownika, z uwzględnieniem zmian zaistniałych w okresie objętym kontrolą;

- 2) imię i nazwisko, stanowisko służbowe członków zespołu inspektorów oraz numer i datę upoważnienia do przeprowadzenia kontroli;
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych w jednostce podlegającej kontroli, z wymienieniem dni będących przerwami w kontroli;
- 4) określenie zakresu kontroli i okresu objętego kontrolą;
- 5) ocenę skontrolowanej działalności, ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta;
- 6) zakres, przyczyny i skutki stwierdzonych nieprawidłowości;
- 7) pouczenie o prawie i terminie zgłoszenia zastrzeżeń do ustaleń zawartych w protokole kontroli oraz o prawie do odmowy podpisania protokołu;
- 8) informację o zgłoszeniu zastrzeżeń oraz o stanowisku zajęтым wobec nich przez zespół inspektorów;
- 9) omówienie dokonanych w protokole kontroli poprawek, skreśleń i uzupełnień;
- 10) wzmiankę o doręczeniu protokołu kontroli kierownikowi jednostki podlegającej kontroli;
- 11) podpisy członków zespołu inspektorów i kierownika jednostki podlegającej kontroli na każdej stronie protokołu;
- 12) podpisy członków zespołu inspektorów i kierownika jednostki podlegającej kontroli oraz miejsce i datę podpisania protokołu kontroli;
- 13) w razie odmowy podpisania protokołu kontroli – informację o tym fakcie.

W przypadku, gdy protokół kontroli zawiera informacje niejawne, protokół lub jego fragment oznacza się odpowiednią klauzulą tajności. Protokół kontroli sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach. Jeden egzemplarz protokołu kontroli przekazuje się, za poświadczeniem odbioru, kierownikowi jednostki podlegającej kontroli, a drugi włącza się do akt kontroli. W przypadku jednostek podlegających kontroli posiadających elektroniczną skrzynkę podawczą, protokół może być przekazany w postaci elektronicznej.



## Uwaga

Kierownik jednostki podlegającej kontroli może odmówić podpisania protokołu kontroli, składając, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, wyjaśnienie przyczyn tej odmowy. Odmowa podpisania protokołu kontroli przez kierownika jednostki podlegającej kontroli nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez zespół inspektorów i sporządzenia zaleceń pokontrolnych. Kierownikowi jednostki podlegającej kontroli przysługuje prawo zgłoszenia, przed podpisaniem protokołu kontroli, umotywowanych zastrzeżeń dotyczących ustaleń zawartych w protokole. Zastrzeżenia zgłasza się na pi-

śmie do dyrektora właściwego do spraw pomocy społecznej wydziału urzędu wojewódzkiego w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli. W przypadku zgłoszenia zastrzeżeń do protokołu kontroli, termin odmowy podpisania protokołu wraz z podaniem jej przyczyn biegnie od dnia doręczenia kierownikowi jednostki podlegającej kontroli stanowiska dyrektora właściwego do spraw pomocy społecznej wydziału urzędu wojewódzkiego wobec zastrzeżeń.

Pisemne zastrzeżenia do ustaleń zawartych w protokole kontroli są poddawane analizie przez kontrolujący daną jednostkę podlegającą kontroli zespół inspektorów.

Czynności nadzorcze wojewody wobec DPS mogą obejmować w szczególności:

- 1) skierowanie wystąpienia w sprawie sposobu realizacji zadań i wykorzystania środków finansowych na ten cel;
- 2) uzyskiwanie informacji i wyjaśnień dotyczących sposobu realizacji poszczególnych zadań;
- 3) monitorowanie realizacji zadań poprzez sprawozdania;
- 4) rozpatrywanie skarg na działalność jednostki podlegającej kontroli, nad którą wojewoda sprawuje nadzór.

## 2 Zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZOL)

Organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą (ZOL) w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej. Co istotne, organem prowadzącym rejestr jest wojewoda właściwy dla siedziby - w odniesieniu do podmiotów leczniczych – w tym. ZOL



## Uwaga

Przedmiotem kontroli przeprowadzanej przez organ prowadzący rejestr jest wyłącznie legalność prowadzonej działalności leczniczej przez ZOL. „Podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą zostać poddane kontroli przez organ prowadzący rejestr w zakresie zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami ustawy i przepisami wydanymi na jej podstawie przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej” (wyrok WSA w Warszawie z 3 lipca 2018 r., sygn. akt: VII SA/Wa 2294/17).

Kontrola jest przeprowadzana przez osoby upoważnione przez organ prowadzący rejestr do wykonywania czynności kontrolnych. Osoby, o których mowa wyżej wykonując czynności kontrolne, za okazaniem upoważnienia kierownikowi ZOL, mają prawo:

- 1) żądania informacji i dokumentacji;

- 2) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub statucie, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - 3) wstępu do pomieszczeń ZOL,
  - 4) udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
  - 5) wglądu do dokumentacji medycznej;
  - 6) żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.
- Co istotne, czynności wymienione wyżej w pkt 2, 4 i 5 mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny.

Z przeprowadzanych w ZOL czynności kontrolnych sporządza się protokół, który zawiera:

- 1) imię i nazwisko oraz adres miejsca zamieszkania albo firmę albo nazwę oraz adres siedziby ZOL,
- 2) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych;
- 4) imiona i nazwiska osób wykonujących czynności kontrolne;
- 5) opis stanu faktycznego;
- 6) stwierdzone nieprawidłowości;
- 7) wnioski osób wykonujących czynności kontrolne;
- 8) datę i miejsce sporządzenia protokołu;
- 9) informację o braku zastrzeżeń albo informację o odmowie podpisania protokołu oraz o przyczynie tej odmowy.

Protokół podpisują osoby wykonujące czynności kontrolne oraz kierownik ZOL. Jeżeli po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem kierownik ZOL zgłosi umotywowane zastrzeżenia, co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole, osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane zbadać dodatkowo te fakty i uzupełnić protokół. Zgłoszenie zastrzeżeń, o których mowa wyżej nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez osoby wykonujące czynności kontrolne.

Protokół kontroli sporządza się w dwóch egzemplarzach, z których jeden egzemplarz przekazuje się kierownikowi ZOL.

Kierownik ZOL w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu, ma prawo do wniesienia zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzenia czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole.

Warto pamiętać, że minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo przeprowadzania kontroli ZOL-i pod względem:

- 1) zgodności z prawem;
- 2) medycznym.

W ramach kontroli ministerialnej o której mowa wyżej minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony w szczególności do:

- 1) wizytacji pomieszczeń ZOL,
- 2) obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta;
- 3) oceny uzyskanej dokumentacji medycznej;
- 4) oceny informacji i dokumentacji innej niż dokumentacja medyczna;
- 5) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie niewymienionym w pkt 5;
- 7) oceny gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi.

Czynności wymienione wyżej w pkt 2, 3 i 5 mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny.

Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli wojewodom.

# Intymność bez barier i uprzedzeń

## – ROLA ASYSTENTÓW SEKSUALNYCH W ŻYCIU OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

**MONIKA KARWACKA** // pedagog specjalny, terapeuta pedagogiczny i edukator seksualny.

Współpracuje z ośrodkami akademickimi, prowadząc zajęcia z zakresu opieki i terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz spektrum autyzmu.

Jako supervisor w ośrodkach terapeutycznych wspiera rozwój specjalistów.

Prowadzi grupy wsparcia i zajęcia rozwojowe dotyczące seksualności dla osób z niepełnosprawnościami oraz ich rodzin.

Osoby z niepełnosprawnościami otrzymują wsparcie w wielu obszarach życia codziennego – wszędzie tam, gdzie ich samodzielność jest ograniczona. Pomoc może dotyczyć przyjmowania posiłków, poruszania się, czynności higienicznych, a także reprezentowania interesów danej osoby w sprawach administracyjnych czy społecznych. Zakres tego wsparcia jest zazwyczaj dostosowywany indywidualnie – do potrzeb, możliwości oraz potencjału danej osoby. Takie działania są powszechnie uznawane za wyraz szacunku dla prawa osób z niepeł-

nosprawnościami do godnego, niezależnego życia oraz do uczestnictwa w społeczeństwie na równych zasadach. Warto zadać sobie pytanie: Czy pamiętamy, że ta sama osoba, która potrzebuje wsparcia w codziennych czynnościach, może również wymagać pomocy w zrozumieniu i realizowaniu swojej seksualności? Czy w planowaniu działań pomocowych uwzględniana jest sfera seksualna i potrzeby intymne osoby?

Wiele osób z niepełnosprawnościami deklaruje niezadowolenie z życia seksualnego i podkreśla, że doświadcza w tym

obszarze silnej frustracji. Źródła trudności z realizacją potrzeby seksualnej i doświadczania seksualności przez osoby z niepełnosprawnościami są złożone i mają zarówno wymiar osobisty, jak i społeczny. Jednym z najczęściej wskazywanych problemów jest trudność w nawiązywaniu relacji intymnych – osoby z niepełnosprawnościami często spotykają się z odrzuceniem lub brakiem akceptacji ze strony potencjalnych partnerów. Ciało osób z niepełnosprawnościami bywa postrzegane jako „inne”, nienormatywne, a przez to nieatrakcyjne w powszechnym rozumieniu. W społecznej wyobraźni osoby z niepełnosprawnościami często są postrzegane jako osoby pozbawione potrzeb seksualnych lub jako niezdolne do budowania więzi emocjonalnych, co utrudnia znalezienie partnerów i tworzenie zarówno relacji romantycznych, jak i fizycznych. Osoby z niepełnosprawnością ruchową często nie mają pełnej kontroli nad swoim ciałem, co sprawia, że samodzielne doświadczanie przyjemności seksualnej – na przykład poprzez masturbację – bywa znacznie utrudnione, a w wielu przypadkach wręcz niemożliwe. Bliscy czy personel opiekuńczo-terapeutyczny, choć zauważają te potrzeby, zwykle nie wiedzą, jak na nie reagować, czy w ogóle powinni to robić, ani jak zapewnić wsparcie osobom z niepełnosprawnościami w odpowiedni i etyczny sposób. Niektóre osoby z niepełnosprawnościami są zmuszone do korzystania z usług osób zajmujących się komercyjną pracą seksualną, nierzadko bez odpowiednich warunków do zachowania godności i emocjonalnego bezpieczeństwa. Ograniczone doświadczenia seksualne wynikające z izolacji społecznej, barier fizycznych, komunikacyjnych lub psychicznych, również przyczyniają się do braku pewności siebie i poczucia wykluczenia z życia intymnego. Osoby z niepełnosprawnościami doświadczają także nadmiernej kontroli ze strony otoczenia – zarówno w rodzinach, jak i instytucjach wspierających. Życie intymne bywa w tych kontekstach ignorowane, ograniczane, a czasem wręcz zakazywane. Osoby z niepełnosprawnościami wskazują, że mają utrudniony dostęp do prywatnych przestrzeni, w których mogłyby eksplorować własną seksualność czy bezpiecznie rozwijać relacje intymne z partnerami. Często osoby z niepełnosprawnościami nie mają dostępu do rzetelnej, dostosowanej edukacji seksualnej, co dodatkowo wzmacnia poczucie zagubienia i zależności od innych. W konsekwencji osoby nie są w pełni świadome swoich własnych potrzeb, nie potrafią rozpoznawać i wyrażać tych potrzeb w sposób społecznie akceptowany, co naraża je na ośmieszanie, stygmatyzację, wykluczenie społeczne, a także przemoc seksualną. Bez wsparcia i edukacji osoby z niepełnosprawnościami często nie rozumieją granic w relacjach, co prowadzi do niewłaściwych zachowań. Niekiedy specjaliści sygnalizują, że publiczne zachowania seksualne osób z niepełnosprawnościami, nieodpowiednie sugestie lub komentarze o charakterze seksualnym czy nadmierna fizyczna bliskość naruszają granice zawodowe i prowadzą do napięć w relacjach, wywołują u profesjonalistów

dyskomfort, poczucie niepewności, a nawet zagrożenia.

Można więc stwierdzić, że seksualność osób z niepełnosprawnościami pod pewnymi względami stanowi temat trudny i niewygodny – budzący opór, obnażający społeczne uprzedzenia oraz brak przygotowania instytucji, rodzin i specjalistów do wspierania tej sfery życia. Seksualność nie jest uznawana za obszar, który zasługuje na wsparcie w ramach usług świadczonych osobom z niepełnosprawnościami. A przecież seksualność jest naturalną i ważną częścią ludzkiego życia. Podobnie jak prawo do terapii, godnej opieki, autonomii decyzyjnej czy uczestnictwa w życiu społecznym, **prawo do wyrażania seksualności i przeżywania przyjemności powinno być respektowane, chronione i wspierane – niezależnie od stopnia sprawności osoby.**

Ważnym krokiem – i jednocześnie realną szansą na włączenie seksualności do całościowego modelu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami – jest rozwój profesjonalnej asystencji seksualnej. Odpowiednio przeszkoleni asystenci mogą wspierać osoby z niepełnosprawnością w realizowaniu ich potrzeb emocjonalnych i cielesnych, z pełnym poszanowaniem granic, godności, autonomii oraz indywidualnych wartości i przekonań.

Można spotkać różne określenia stosowane wobec asystentów seksualnych i ich usług – „surogaci seksualni”, „doradcy seksualni”, „partnerzy zastępczy”, „towarzyszenie intymne”, „towarzyszenie seksualne”, „asystent erotyczny”, „seks ułatwiony”. Nazwy te nie zawsze są synonimiczne, ponieważ oddają różne niuanse relacji, w zależności od tego, czy asystent działa w obszarze wspierania seksualności, czy też jest zaangażowany w relacje seksualne z osobą z niepełnosprawnością.

Asystencja seksualna jest specjalistyczną formą pomocy i wsparcia osób z niepełnosprawnościami, które z różnych powodów mają ograniczony dostęp do realizacji swojej seksualności. Asystent seksualny to kobieta lub mężczyzna o dowolnej orientacji seksualnej, posiadająca specjalistyczne przygotowanie zawodowe do wspierania osób z niepełnosprawnościami w odkrywaniu, rozumieniu i bezpiecznym wyrażaniu własnej seksualności. Zadaniem asystenta seksualnego nie jest świadczenie usług seksualnych w rozumieniu komercyjnym – kluczowe jest tutaj rozróżnienie pomiędzy asystencją seksualną a pracą seksualną. Asystencja seksualna ma odmienny charakter, zakres i cel niż sekspraca:

- usługi są świadczone, przez osoby odpowiednio przeszkolone, zarówno kobietom i mężczyznom,
- asystenci przechodzą nie tylko szkolenia i treningi, ale często podlegają także superwizji, aby jak najlepiej rozpoznawać potrzeby klientów i wykluczyć możliwość zaangażowania emocjonalnego w kontakt z osobą, której pomagają,
- w państwach, w których asystencja jest prawnie dozwolona istnieją ścisłe uregulowania ukierunkowane

na zapewnienie odpowiedniej jakości usług, regulowane są także kwestie finansowe, by usługa była dostępna za stałą i umiarkowaną cenę,

- asystencja seksualna, zazwyczaj, nie jest podstawowym źródłem dochodu osoby wykonującej usługi,
- działania asystenta seksualnego odbywają się w kontekście terapeutycznym lub opiekuńczym, często we

współpracy z terapeutami, psychologami, seksuologami lub rodziną osoby z niepełnosprawnością.

Pomoc świadczona przez asystenta seksualnego może obejmować różnorodne formy wsparcia, zależne od indywidualnych potrzeb, preferencji oraz poziomu sprawności osoby z niepełnosprawnością. Zakres ten rozciąga się od

## Możliwa rola i zadania asystenta seksualnego osób z niepełnosprawnościami

### Edukacja seksualna

Zapewnienie edukacji dostosowanej do poziomu rozumienia osoby z niepełnosprawnością z zakresu budowania satysfakcjonujących i bezpiecznych relacji interpersonalnych, seksualności, praktyk seksualnych, granic w relacjach, zgody, bezpieczeństwa i zdrowia seksualnego.

### Tworzenie warunków sprzyjających intymności

Organizowanie w domach, ośrodkach opieki, mieszkaniach wspomaganych itp. przestrzeni i środowiska które zapewni prywatność, intymność oraz umożliwi autonomiczne wyrażanie emocjonalnych i seksualnych potrzeb.

### Interakcji społecznych i budowania relacji

Ułatwianie nawiązywania i podtrzymywania kontaktów międzyludzkich (przyjaźni, związków, randek itp.) poprzez treningi umiejętności społecznych, wsparcie w życiu towarzyskim oraz pomoc komunikacyjną.

### Dostęp środków wspierających seksualność

Pomoc w zdobyciu środków służących ekspresji seksualnej, takich jak akcesoria erotyczne, materiały edukacyjne czy środki wspomagające masturbację, w sposób zgodny z prawem, bezpieczny oraz dostosowany do indywidualnych potrzeb i preferencji osoby.

### Organizowanie dostępu do płatnych usług seksualnych

W krajach, w których taka forma wsparcia jest prawnie dopuszczalna, pośredniczenie w organizowaniu profesjonalnych, legalnych usług seksualnych z zapewnieniem bezpieczeństwa, świadomej zgody i przestrzegania przepisów prawa.

### Wsparcie w czynnościach związanych z aktywnością seksualną

Wsparcie może obejmować pomoc w rozbieraniu, pozycjonowaniu ciała i przyjmowaniu odpowiedniej pozycji, obsłudze sprzętów wspomagających aktywność seksualną, a także zapewnieniu warunków do masturbacji lub kontaktu seksualnego z inną osobą.

### Udział w terapii seksualnej

Funkcja wspierająca w terapii prowadzonej przez specjalistów (psychoterapeutów, seksuologów) jako członek interdyscyplinarnego zespołu.

działań edukacyjnych, poprzez fizyczne wsparcie w realizowaniu potrzeb intymnych, organizowanie płatnych usług seksualnych, aż po uczestnictwo w specjalistycznej terapii seksualnej. Asystent seksualny może wspomagać osoby z niepełnosprawnościami w zaspokajaniu potrzeb psychoseksualnych zarówno w sposób bierny, jak i aktywny. Pasywna asystencja seksualna może obejmować na przykład edukację w zakresie zdrowia seksualnego, antykoncepcji i bezpiecznego współżycia, masturbacji czy higieny. Aktywni asystenci seksualni mogą wspierać osoby z niepełnosprawnościami w uczestnictwie w aktach seksualnych, poprzez udzielanie pomocy fizycznej na przykład w przyjmowaniu dogodnej pozycji, rozbieraniu się, obsłudze sprzętu wspomagającego, mogą pomagać w stosowaniu środków antykoncepcyjnych. W zależności od potrzeb i indywidualnych ustaleń, asystenci seksualni mogą także podejmować różne formy dotyku i pieszczot – w tym masaż, stymulację narządów płciowych, a także brać udział w zbliżeniu seksualnym, jeśli wynika to z ustaleń i potrzeb osoby wspieranej.

Asystencja seksualna jest dostępna w kilku krajach europejskich, w Niemczech, Szwajcarii, Holandii, Danii, Belgii czy Włoszech. Rozwiązanie to w niektórych krajach funkcjonuje od ponad 20 lat. W Czechach praktyka ta rozwinęła się stosunkowo niedawno. W Izraelu i Stanach Zjednoczonych funkcjonują tak zwani asystenci-trenerzy seksualni, którzy współpracują z psychoterapeutami i seksuologami. Osoby te posiadają specjalistyczne przygotowanie i uzyskują licencję wydawaną przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Profesjonalnych Trenerów Seksualnych (IPSA, International Professional Surrogates Association), co potwierdza ich kompetencje w pracy z osobami wymagającymi wsparcia w obszarze życia intymnego.

Usługi asystencji seksualnej są finansowane w różny sposób. Osoby z niepełnosprawnościami samodzielnie finansują te usługi lub korzystają z finansowego wsparcia oferowanego przez organizacje non-profit. W niektórych krajach usługi te są wliczane do świadczeń społecznych przysługujących osobom z niepełnosprawnością. Tego typu rozwiązania wynikają z uznania seksualności za integralny element życia człowieka, a prawo do jej realizacji – za jedno z praw człowieka.

Zmiana w myśleniu o zakresie rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami i rozszerzenie działań na wspieranie osób z niepełnosprawnościami w realizacji potrzeb związanych z bliskością, intymnością i seksualnością, w sposób bezpieczny i godny, wynika nie tylko z uznania praw seksualnych tej grupy społecznej, ale także z dążenia do realnej normalizacji życia codziennego osób z niepełnosprawnościami i równouprawnienia.

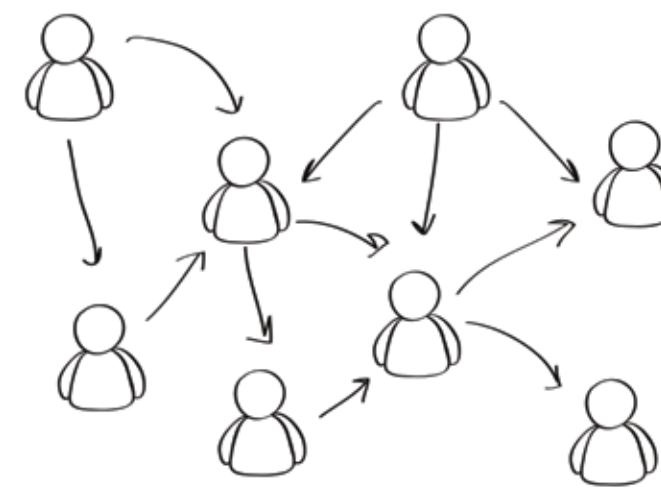
Dlaczego jeszcze asystencja seksualna jest ważna dla osób z niepełnosprawnościami? Z prowadzonych badań wynika, że aktywność seksualna, wyrażanie uczuć i budowanie

intymnych relacji pełni też istotne funkcje psychologiczne i społeczne. Intymność pomaga w budowaniu pewności siebie, poczuciu atrakcyjności oraz świadomości bycia ważnym i potrzebnym dla drugiej osoby. Przyjemność seksualna wspiera także zdrowie fizyczne – obniża poziom stresu, dzięki uwolnieniu endorfin, poprawia jakość snu, łagodzi ból i napięcie. Oksytocyna uwalniana podczas orgazmu działa uspokajająco, co może przyczynić się do redukcji stanów lękowych. Podczas orgazmu dochodzi do skurczu różnych grup mięśniowych, co wpływa na ich elastyczność i napięcie. Dla niektórych osób regularne przeżywanie orgazmów stanowi także formę ćwiczeń mięśni dna miednicy, co może poprawić kontrolę nad pęcherzem moczowym.

Temat asystencji seksualnej może budzić kontrowersje. Przeciwnicy tej formy wsparcia uważają, że jest ona tożsama z seksem komercyjnym (prostytucją), tylko opisywana innym językiem. Wątpliwości dotyczą głównie wymiaru etycznego – kwestii płacenia za kontakty seksualne. Pojawiają się również obawy związane z samodzielnością podejmowania decyzji i wyrażania zgody na kontakt seksualny przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną, które mogą mieć trudności w rozpoznaniu istoty oferowanej usługi lub w komunikowaniu swoich potrzeb i oczekiwań. Dodatkowo istnieje niepokój, że niektóre osoby z niepełnosprawnościami mogą dążyć do więzi emocjonalnej z asystentem, zakochiwać się czy traktować jak potencjalnego partnera życiowego. Wskazuje się także na ryzyko przekroczenia granic profesjonalizmu przez asystentów seksualnych, co może prowadzić do uzależnienia osób z niepełnosprawnościami, a w najgorszym przypadku – do ich wykorzystania seksualnego.

Aby przeciwdziałać tym kontrowersjom, kluczowe jest odpowiednie dobieranie kandydatów na asystentów seksualnych oraz przeprowadzanie kompleksowego procesu szkoleniowego dla tej grupy. Ważnym elementem minimalizującym ryzyko nadużyć jest zawarcie umowy lub kontraktu pomiędzy osobą z niepełnosprawnością a asystentem seksualnym, w której precyzyjnie określone będą granice relacji, zasady współpracy oraz cel wsparcia. Tego rodzaju działania pomagają stworzyć warunki, w których osoby z niepełnosprawnościami będą mogły realizować swoje potrzeby intymne w sposób bezpieczny i szanujący ich autonomię.

W dyskusji o asystencji seksualnej, zaletach i wadach tego rozwiązania, należy zaznaczyć, że możliwość korzystania z usług asystenta wcale nie oznacza konieczności. Warto mówić o seksualności otwarcie i szukać rozwiązań, które pozwalają każdemu człowiekowi na godne i świadome jej przeżywanie. ●



# Zasady komunikacji

## Z OSOBĄ Z ZABURZENIAMI NEUROPOZNAWCZYMI

**DR MAGDALENA LESZKO** // psycholog, gerontolog, autorka artykułów naukowych i popularnonaukowych dotyczących chorób otępiennych, prowadząca kanał na Youtube o nazwie Magdalena Leszko, założycielka grupy wsparcia dla opiekunów „Otępienie”

**Spektrum chorób przebiegających z zaburzeniami neuropoznawczymi obejmuje kilkadziesiąt zróżnicowanych jednostek nozologicznych. Niemniej jednak, do najczęściej diagnozowanych należą: choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, otępienie czołowo-skroniowe, choroba Huntingtona oraz stwardnienie zanikowe boczne (Guerriero Austrom i in., 2016). Zaawansowany wiek jest uznawany za kluczowy czynnik ryzyka rozwoju większości tych chorób. Należy jednak podkreślić, że choć zaburzenia neuropoznawcze są powszechnie kojarzone z osobami starszymi, mogą manifestować się u osób w różnym przedziale wiekowym (Hou i in., 2019).**

**D**zięki funkcjom poznawczym potrafimy orientować się w otoczeniu i dostosowywać do zmian, odbierając, przetwarzając i wykorzystując informacje do planowanych działań. Funkcje poznawcze umożliwiają również skuteczną komunikację. Niestety choroby przebiegające z zaburzeniami neuropoznawczymi zna-

cząco wpływają na zdolności poznawcze, w tym mowę i komunikację. Zaburzenia neuropoznawcze mogą prowadzić do problemów z płynnością wypowiedzi, trudności z przypominaniem sobie słów i konstruowaniem złożonych zdań lub ich rozumieniem. Zmiany wynikające z choroby prowadzą również do spowolnienia mowy oraz trudności w formułowaniu spójnych i gramatycznie

poprawnych zdań. Powtarzanie usłyszanych słów lub fraz również stanowi wyzwanie dla opiekunów (Pepper i Dening, 2023). Stopień tych zaburzeń zależy od stadium choroby, ale należy podkreślić, że zaburzenia mowy wpływają na codzienne funkcjonowanie, relacje społeczne i jakość życia zarówno osób chorujących, jak i ich opiekunów.

Efektywna komunikacja jest fundamentalnym elementem opieki, umożliwiającym nie tylko wymianę informacji, lecz także budowanie relacji z podopiecznym. W chorobach przebiegających z zaburzeniami neuropsychicznymi, które często manifestują się zaburzeniami mowy, zastosowanie odpowiednich strategii komunikacyjnych ma kluczowe znaczenie dla podtrzymania wzajemnego zrozumienia.

### Strategie Skutecznej Komunikacji

Zmiana sposobu mówienia (artykulacji) i wzbogacenie przekazu o komunikację niewerbalną (gesty) może znacząco poprawić jakość interakcji z podopiecznym. Usprawnienie komunikacji wymaga nie tylko modyfikacji postaw, ale także sposobu reagowania (Fried-Oken i in., 2015; Marshall i Hale, 2022).

**1. Zwięzłość wypowiedzi:** U osób z chorobami przebiegającymi z zaburzeniami neuropsychicznymi, zdolność do utrzymania uwagi jest często ograniczona. W związku z tym, nadmiar informacji werbalnych, w tym rozbudowane uzasadnienia lub próby przekonywania podopiecznego, mogą być trudne do przetworzenia. Zaleca się formułowanie komunikatów w postaci krótkich, prostych i jednoznacznych zdań, z unikaniem zamków na rzecz nazw własnych i konkretnych określeń.

**2. Znaczenie modulacji głosu:** Należy pamiętać, że podwyższanie tonu głosu w sytuacji, gdy podopieczny nie reaguje na polecenia pomimo wielokrotnych wyjaśnień, lub mówienie głośniejszym głosem w przekonaniu o jego niedostępie, może być kontraproduktywne. W wyniku zmian neuropsychicznych, podopieczny może mieć trudności ze zrozumieniem słów, jednakże jest wysoce prawdopodobne, że zarejestruje emocje wyrażane po-

zez intonację opiekuna, co może wywołać u niego poczucie irytacji lub bycia karconym.

**3. Unikanie komunikacji opartej na rozkazach:** Podobnie jak w poprzednim punkcie, należy podkreślić, że wydawanie poleceń tonem autorytatywnym, niekiedy z użyciem gestów napominających, może być nieskuteczne i demotywujące. Komunikaty wyrażające zniecierpliwienie i złość są odbierane jako rozkazy, co może negatywnie wpływać na relację i współpracę. Kluczowe jest utrzymanie spokojnego tonu głosu. Równie ważne jest powstrzymanie się od zadawania pytań testujących pamięć i orientację (np. „Co mówiłem wcześniej?”, „Kim jest ta osoba?”, „Ile ma Pan/Pani lat?”), które mogą wywoływać frustrację i stres.

**4. Komunikowanie intencji i planowanych działań:** Z punktu widzenia podopiecznego z zaburzeniami poznawczymi, nagłe podejmowanie czynności (np. próba rozebrania przy przygotowaniu do kąpielii) może być dezorientujące i wywoływać opór, nawet przy najlepszych intencjach opiekuna. Dlatego kluczowe jest jasne informowanie o nadchodzących działaniach. W celu ułatwienia zrozumienia i współpracy, zaleca się łączenie komunikatów werbalnych z wizualnymi (np. pokazanie szczotki podczas mówienia o czesaniu). Możliwość naśladowania opiekuna może być szczególnie pomocna. Demonstracja sekwencji czynności (np. mycia zębów) krok po kroku może znacząco wspomóc wykonanie zadania przez podopiecznego. Wskazane jest również uwzględnienie krótkich przerw i wprowadzenie elementów relaksacyjnych, takich jak łagodna muzyka.

**5. Okazywanie wdzięczności i angażowanie w pomoc:** W celu wzmocnienia poczucia wartości i godności osób z zaburzeniami neuropsychicznymi, istotne jest okazywanie wdzięczności oraz poszanowanie ich potrzeb i prywatności. Zaleca się inicjowanie sytuacji, w których podopieczni mogą angażować się w lubiane aktywności oraz podejmować próby nowych zajęć, co wspiera ich aktywizację i poczucie użyteczności.

### 6. Kontakt wzrokowy i obserwacja mowy ciała:

W komunikacji kluczowe jest utrzymywanie kontaktu wzrokowego, co sygnalizuje zaangażowanie i okazuje szacunek. Należy obserwować mowę ciała podopiecznego, zwracając szczególną uwagę na mimikę twarzy, gesty oraz postawę, które mogą dostarczać informacji o jego emocjach i potrzebach. Wspomagająco w komunikacji werbalnej warto używać gestów i wskazywać na przedmioty, co ułatwia zrozumienie przekazywanych treści.

### 7. Rola środowiska:

Nadmierna ilość dźwięków może przyczyniać się do wzrostu frustracji u osób z zaburzeniami neuropsychicznymi, skutkując wycofaniem się z interakcji społecznych. Aby skutecznie się komunikować,

warto zadbać o ciche i spokojne otoczenie, minimalizując hałas i inne czynniki rozpraszające uwagę podopiecznego.

**8. Znaczenie pozycji ciała w komunikacji:** Należy uwzględnić, że w chorobach przebiegających z zaburzeniami neuropsychicznymi dochodzi do zmian w polu widzenia, co może powodować, że podopieczny nie rejestruje obecności opiekuna zbliżającego się z tyłu lub z boku. Dlatego też zaleca się podchodzenie do podopiecznego od przodu, z zachowaniem bezpiecznego dystansu, aby zapobiec zaskoczeniu. W przypadku zbliżania się z innej strony, konieczne jest uprzedzenie.

Skuteczna komunikacja z osobami z zaburzeniami neuropsychicznymi jest wyzwaniem, ale dzięki zastosowaniu odpowiednich strategii werbalnych i niewerbalnych, dostosowaniu środowiska oraz okazywaniu empatii i cierpliwości, można znacząco poprawić jakość interakcji i wspierać dobrostan tych osób. ●

#### Literatura:

- Fried-Oken, M., Mooney, A., Peters, B. (2015). Supporting communication for patients with neurodegenerative disease. *NeuroRehabilitation*, 37(1), 69–87. <https://doi.org/10.3233/NRE-151241>
- Guerriero Austrom, M., Johnson, C. B., Rexroth, D. F., Unverzagt, F. W. (2016). Neurocognitive disorders. W: J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, i N. Pole (Red.), *APA handbook of clinical psychology: Psychopathology and health* (s. 253–271). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14862-009>
- Hou, Y., Dan, X., Babbar, M., Wei, Y., Hasselbalch, S. G., Croteau, D. L., Bohr, V. A. (2019). Ageing as a risk factor for neurodegenerative disease. *Nature reviews. Neurology*, 15(10), 565–581. <https://doi.org/10.1038/s41582-019-0244-7>
- Marshall, K., Hale, D. (2022). Communication Strategies for Neurocognitive Disorders. *Home Healthcare Now*, 40(6), 343.
- Pepper, A., Dening, K. H. (2023). Dementia and communication. *British journal of community nursing*, 28(12), 592–597. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2023.28.12.592>

# O leczeniu i opiece geriatrycznej

– SZANSACH, WYZWANIACH

I ROZWIĄZANIACH NA PRZYSZŁOŚĆ

**LEK. AGNIESZKA SKOCZYLAS** // lekarz geriatra, ordynator Oddziału Geriatryczno-Internistycznego Szpitala Wolskiego w Warszawie

**KK Czy może Pani powiedzieć, czym jest geriatra?**

**AS** Przede wszystkim należy powiedzieć, że geriatra jest błędnie kojarzona z oddziałami paliatywnymi, hospicyjnymi a geriatra nie zajmuje się opieką paliatywną, opieką hospicyjną. Oddziały geriatryczne nie są przeznaczone dla osób, które nie mają opieki domowej. Oddziały geriatryczne powinny być oddziałami wielospecjalistycznymi, które diagnozują kompleksowo pacjenta po 60

r.ż. i są w stanie określić jego potrzeby zdrowotne. Musi się tu znaleźć miejsce dla kogoś, kto się zna na internie, na neurologii, kto się zna na psychiatrii, kto zdiagnozuje i poprowadzi otępienie. Kto zajmie się upadkami i przyczynami upadków. Kogoś, kto zdiagnozuje zespoły geriatryczne. Jest ich sporo to są depresje, otępienia, zaburzenia oddawania moczu, zaburzenia oddawania stolca, zaburzenia wzroku, problemy z układem ruchu, ze słuchem. Te problemy zaostrzają przebieg różnych chorób

– sprzyjają otępieniom, zespołowi kruchości, pogorszeniu funkcjonowania osoby starszej.

**KK Czy jesteśmy przygotowani na obecne wyzwania demograficzne w związku z opieką osób starszych?**

**AS** Geriatrów w Polsce jest ok. 500, to są niewielkie liczby na społeczeństwo, w którym w 2050 osoby starsze będą stanowiły 30-35%. Już teraz w Warszawie co 3. osoba jest osobą starszą. Jednak część tych osób spędza czas w domu. Nie jesteśmy przygotowani na opiekę nad tymi osobami. Nie mamy systemu opieki, który gwarantowałby zwykłe zaopatrzenie potrzeb człowieka. Kto ma przejąć opiekę nad osobą starszą? Są trzy możliwości, albo osoba starsza sama sobie zapewni opiekę (sprzedając mieszkanie, oddając je bankom i zapewniając sobie dzięki temu opiekuna, Drugim rozwiązaniem jest opieka rodzinna, ale teraz jest zmiana modelu rodziny, przesunęły się nasze priorytety. Jesteśmy zainteresowani realizacją siebie, a nie rodzeniem dzieci, a co dopiero opieką nad osobą starszą. Trzecim rozwiązaniem jest przejęcie opieki przez państwo, ale takiej opieki nie udźwignie żaden system. Nie mamy rozwiązań, które zagwarantowałyby konieczność opieki nad osobą starszą przez bliskich. Tylko w kodeksie rodzinnym – zstępni mają obowiązek alimentacyjny, ale to nie jest wystarczające.

**KK Mówiąc o realizacji potrzeb osób starszych co Pani ma na myśli?**

**AS** Zaopatrzenie codziennego kontaktu, dopilnowanie wypijania odpowiedniej ilości płynów. Zapewnienie zjedzenia posiłków – śniadania, obiadu, kolacji. Podanie leków. Jest wiele pacjentów, którzy mieszkają sami, a mają bardzo często umiarkowane lub zaawansowane otępienie i pozostają bez opieki drugiego człowieka. Jest także mnóstwo depresji.

**KK Jakie są zalecenia dla starszych pacjentów?**

**AS** Osoby starsze powinny suplementować witaminę D. Trzeba bardzo dbać o odżywianie osoby starszej. Same osoby często zapominają o jedzeniu. Osoby starsze mają zaburzenia apetytu. Następuje utrata lub spadek apetytu, zostaje tylko smak słodki, który zostaje na całe życie. Same jedzenie musi być dobrze doprawione. Powinny być stosowane inne normy leków. Zupełnie inny jest meta-

bolizm leków. Warto zwrócić uwagę, że osoby po 80. roku życia nie są reprezentowane w testowaniu leków, te grupy kończą się na 75. r. ż. Starsze osoby przyjmujące dużo leków, powinny brać pod uwagę interakcje między nimi.

**KK Co zrobić by geriatra była częstszym wyborem lekarzy?**

**AS** Promować geriatricę. Zmiany społeczne dotyczą wszystkich, także młodych lekarzy. Geriatrzy są najtaniej opłacaną ze specjalizacji. Czas to zmienić. Czas zainteresować lekarzy co można zrobić promując interdyscyplinarny charakter geriatrici. W tej chwili mam, tu w Warszawie, świetny zespół wielospecjalizacyjny. Aby być geriatrą trzeba być pasjonatem, osobą wszechstronną i trzeba lubić ludzi. To co zmieniło się na niekorzyść to przy nowych programach specjalizacyjnych, które niedawno weszły, interniści stracili obowiązkowy staż z geriatrici, który powinien być dla każdej ze specjalizacji. Każdy lekarz powinien wiedzieć, że u starszego człowieka zaczynamy od małych dawek, a potem stosujemy większe.

**KK Na co jeszcze zwracać uwagę osobom, które pracują z osobami starszymi?**

**AS** Trzeba przypominać lekarzom, że starszy człowiek ma swoje potrzeby psychiczne i duchowe. Ostre bóle brzucha mogą być skutkiem depresji. Żeby to stwierdzić należy wykluczyć inne choroby, nie tylko zdiagnozować depresję. Ważne by wiedzieć, że dla osoby starszej bardziej istotne jest, aby życie było dobre jakościowo, niż to żeby było jak najdłuższe.

**KK Co Pani sądzi o ustawie o szczególnej opiece geriatrycznej z 2022?**

**AS** Ta ustawa zakładała utworzenie centrów zdrowia 75+. To była bardzo dobra ustawa. Centra pomogłyby w utworzeniu opieki koordynowanej. Założenie było, aby utworzyć także ośrodek opieki dziennej, ośrodki miały współpracować z oddziałami geriatrycznymi. Utworzenie tego wymaga wiele nakładów finansowych, zatrudnienia ludzi, znalezienia rozwiązań. Ustawa dała możliwość, określiła, że miały to być środki z budżetu państwa, ale nie było podanego bezpośredniego źródła finansowania. Od momentu wejścia w życie ustawy minęło 5 lat. Miała powstać Rada ds. Opieki Geriatrycznej, ale ona nie powstała. Został przepro-

wadzony konkurs, ale po zmianie ekipy rządzącej wszystko ucichęło.

**KK Jak Pani ocenia środki przeznaczone z Krajowego Planu Odbudowy na oddziały geriatryczne? Środki z KPO są do wydatkowania do połowy 2026 – to zbyt krótki czas by zrobić dobrą inwestycję i ją rozliczyć. Po drugie co mają na myśli rządzący mówiąc o zwiększeniu łóżek geriatrycznych?**

**AS** Mam wrażenie, że te środki są po to, by zapewnić opiekę paliatywną, opiekę tzw. przejściową między szpitalem, a zakładem opiekuńczo-leczniczym. To nie tędy droga. Geriatria powinna pójść w kierunku, jak najlepszego ustawienia pacjenta planowego, a nie takiego, który trafił do szpitala z SOR-u i który nie ma dokąd pójść. Geriatria polega na tym by pacjenta zaopatrzyć, aby przywrócić go do życia społecznego, by uniknąć instytucjonalizacji. Taka osoba, która zostanie odpowiednio wcześniej hospitalizowana - wyjdzie z tego oddziału z optymalnym leczeniem, rzadziej trafi na SOR i na to są odpowiednie badania. A to są badania na całym świecie. W tym kierunku powinniśmy pójść. Geriatrzy powinni zajmować się pacjentami, którym możemy pomóc już tu i teraz by mieli, jak najlepsze życie. Nie gaszenie pożarów, nie ratowanie pacjentów w stanach nagłych.

**KK Jakie inne rozwiązania Pani przewiduje?**

**AS** Zainteresować się zdrowiem swoim i pacjentów dużo wcześniej. Zaopatrzyć już 50 latka, jeśli teraz będzie intensywnie leczony to ma szansę żyć dłużej w zdrowiu. Musimy po drugie rozważyć, jak będziemy się zajmować osobami starszymi, bo żaden system nie będzie mógł udźwignąć tej opieki społecznej. Trzeba będzie mówić bardzo wcześnie o procesie umierania. Kiedyś czuwało się przy umierającym, teraz oddaje się pacjenta do hospicjum. Tu nie chodzi o przedłużanie nadmiernie życia tylko o jego komfort. Należałoby osobom, które chcą odejść wśród bliskich pozwolić im odejść w swoim domu. Aby pacjent nie musiał umierać w szpitalu. Nikt nie mówi, że opieka jest łatwa. Gdy potrzebna jest opieka z zewnątrz ważne aby zadbać o nią w porę, o hospicjum. Musimy zadbać o wykształcenie opiekunów osób starszych. To nie mogą być osoby przypadkowe. To muszą być osoby, które będą wiedziały, że jeżeli ten pacjent zaczyna mówić rzeczy niezrozumiałe to może to być oznaką zakażenia lub odwodnienia pacjenta.

**KK Skąd czerpać taką wiedzę?**

**AS** W tej chwili przeprowadzamy szkolenia geriatrów w Naczelnej Izbie Lekarskiej, jeśli powstałyby centra 75+ wtedy byłaby możliwość przeprowadzenia szkoleń dla rodzin i dla pacjentów. Ponadto powinniśmy wyjść z inicjatywą edukacyjną do szkół. Dzieciaki w starszych klasach powinny uczyć się o starości. Także wykształcenie w młodym pokoleniu szacunku do osób starszych jest niezbędne.

**KK Co jeszcze należałoby zrobić?**

**AS** Po pierwsze trzeba się przygotować na śmierć. Każdy boi się odchodzenia, bólu, utraty kogoś bliskiego. Po drugie będzie potrzebne wsparcie psychologiczne dla osób, które decydują się na opiekę nad osobą bliską. To jest bardzo trudne i te osoby nie otrzymują wsparcia ze strony bliskiego otoczenia. Jest to praca bardzo trudna, bardzo wypalająca. Spotykam się na co dzień z agresją, z przykrościami. Kolejną ważnym elementem jest wsparcie od strony technicznej np. maty sygnalizujące, że człowiek się przewrócił, opaski telemedyczne, ułatwienia tj. siedzisko na poręcz, która służy jako przystanek dla osób starszych podczas pokonywania schodów. Proszę pamiętać, że często osoby starsze są więźniami czwartego piętra. Spółdzielnie powinny wiedzieć, że istnieje obowiązek instalacji windy.

**KK Czy chciałaby Pani jeszcze coś dodać?**

**AS** Starzenie się społeczeństwa wymaga planowania, wymaga rozwiązań systemowych na każdym poziomie lokalnym, opieki społecznej. Brakuje koordynacji wszystkich działań. Koordynator opieki geriatrycznej powinien być w każdym szpitalu, a najlepiej w każdym oddziale. Tym pacjentom trzeba umówić konsultacje, zadbać o to by ktoś przychodził – zadbać o opiekę socjalną. Zadbać, aby pacjent pamiętał o wizytach – trzeba mu o tym przypominać. To także poinformowanie POZ o zmianie leczenia, zmianie leków. Przekazanie kart informacyjnych. ●

**Bardzo dziękuję za ciekawą i wartościową rozmowę.**

Rozmawiała: Katarzyna Konieckiewicz dla Fundacji TZMO „Razem Zmieniamy Świat”.



# Zawód opiekuna

– CZY NA PEWNO JEST  
ZAWODEM PRZYSZŁOŚCI?

JOANNA JELENIEWSKA, BARANOWSKI // Fundacja LIBERTATEM

Role opiekuna w życiu człowieka, wydaje się, iż powiedziano już wszystko. Jedno z ważniejszych zdań to takie, iż zawód opiekuna to najpiękniejszy zawód świata i tak rzeczywiście jest. Jego rola i misja jest nierozdzielnie związana z przynajmniej dwoma, ważnymi momentami życiowymi każdego z nas. Pierwszy z tych momentów to czas naszych narodzin. To tam mamy do czynienia z pomocą naszych pierwszych i najpiękniejszych opiekunów – rodziców. Drugi z momentów w życiu człowieka związany jest ze starością, niepełnosprawnością i momentem odchodzenia z tego świata – a chętnych do pomocy w tym drugim przypadku jakże dzisiaj brakuje...

## Opiekun – zawód wielu kompetencji.

Rola zawodowa opiekuna jest związana z zabezpieczeniem potrzeb w życiu człowieka. Szkoda czasu na uprawianie teoretycznego podejścia do potrzeb w życiu człowieka i omawianie na łamach tego artykułu teorii potrzeb Masłowa, teorii ERG Claytona lub innych teorii. Warto jednak zastanowić się jak znacząca jest ilość zadań związanych z działalnością zawodową opiekunów, gdyż są one odniesieniem do rzeczywistych potrzeb życiowych człowieka, który własnym staraniem nie jest ich w stanie zaspokoić. Zatem celem zawodowym pracy opiekuna jest troska o dobrostan osoby, z którą znajduje się w relacji zawodowej – w relacji pomagania. Podejmowano wiele prób skatalogowania czynno-

ści zawodowych wykonywanych przez opiekunów. To w zależności od specjalizacji danego opiekuna są bardzo różne czynności, skierowane do różnych grup odbiorców. Jednak pomimo tak wielu różnych oczekiwań i wielu aktywności jakie musi podejmować opiekun, ważne jest spojrzenie na zawód opiekuna jako na zawód o wysokich kompetencjach.

To od opiekuna wymagane jest posiadanie wysoko rozwiniętych kompetencji personalnych, cech osobowościowych i społecznych, pozwalających na wykonywanie tej pracy. Empatia, cierpliwość, odpowiedzialność, komunikatywność, umiejętność pracy w zespole, elastyczność, siła fizyczna i wytrzymałość, kreatywność, spostrzegawczość, rzetelność to tylko niektóre z cech osobowych pożądanych u opiekuna. Jednak to nie tylko uwarunkowania osobowościowe mają znaczenie w pracy opiekuna. Liczą się też umiejętności praktyczne i przede

wszystkim dobrze ugruntowana wiedza. By realizować zadania opiekuna potrzebna jest wiedza z zakresu m.in.; medycyny, psychologii, fizjologii człowieka, pedagogiki, gerontologii i wielu innych dziedzin nauki. Warto podkreślić również, iż opiekun powinien posiadać także podstawową wiedzę z zakresu prawa cywilnego, rodzinnego i dziedzin prawa związanych z jego pracą (np. prawa pomocy społecznej).

Powyższy wywód zdecydowanie dowodzi, że zawód opiekuna to zawód specjalistyczny, zatem możemy zadać sobie kolejne pytanie....

## Opiekun – zawód przyszłości?

Na tak postawione pytanie nie sposób udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Z perspektywy posiadanych przez nas danych demograficznych, zawód opiekuna jawi się jako jeden z naj-



bardziej poszukiwanych zawodów przyszłości. Według najnowszych danych Eurostatu, Polska pod względem tempa starzenia się społeczeństwa (5,6 proc.), w okresie od 2014 do 2024r., przewyższyła wszystkie inne kraje Unii Europejskiej. Nasz kraj odnotował także największy wzrost tzw. współczynnika obciążenia demograficznego – czyli wskaźnika relacji pomiędzy liczbą osób w wieku nieprodukcyjnym (0-19 lat oraz 65 lat i więcej) do liczby osób w wieku produkcyjnym (20-64 lata). Wzrost ten nastąpił rekordowo o 13,3 punktu procentowego. Pozytywny aspekt wydłużenia się życia każdego z nas będzie rodził znaczące konsekwencje, w zakresie wzrostu liczby osób wymagających pomocy osób trzecich. Dodatkowo warto zaznaczyć, iż w 2024 roku w Polsce urodziło się ok. 252 tys. dzieci, co jest wartością niższą o ponad 20 tys. w stosunku do roku 2023.

Wszystkie te dane pokazują tendencję w zakresie zapotrzebowania na opiekę i skalę potrzeb przyszłego rynku pracy dla tego szlachetnego zawodu.

Jednak pomimo takich perspektyw zawodowych, do realizacji tej profesji nie garną się „tłumy” młodych adeptów zawodu. Przyczyn tego stanu rzeczy jest wiele, a wśród nich fakt niskiego prestiżu zawodu opiekuna. I tutaj czas na wyliczenie czynników odpowiedzialnych za ten stan. Pierwszym z nich jest niski szacunek okazywany przez społeczeństwo. Wynika to m.in. z braku wiedzy o zadaniach zawodowych realizowanych przez opiekuna oraz koniecznych kompetencjach niezbędnych do jego wykonywania.

Warto wskazać, iż zawód opiekuna nie jest dziś postrzegany z perspektywy zawodu specjalistycznego. Dlatego tylko potraktowanie zawodu opiekuna jako zawodu specjalistycznego może spowodować zainteresowanie zawodem młodych ludzi, gdyż dziś każdy młody człowiek,

nawet u progu życia zawodowego, chce być traktowany jak specjalista.

Kolejnym, zdecydowanie nie sprzyjającym prestiżowi zawodowemu czynnikiem jest poziom obecnych zarobków opiekunów w sektorze publicznym. To właśnie władze publiczne różnych poziomów administracji odpowiadają za tak krótkowzroczne, a w dalszej perspektywie czasowej, nieopłacalne kształtowanie zarobków opiekunów.

Ten stan rzeczy powoduje ucieczkę osób wykonujących tą szlachetną pracę do prywatnych realizatorów usług oraz do tzw. „szarej strefy”. A tam, zarobki są o wiele wyższe. Przekonał się o tym dokładnie tylko ten z nas, który próbował szukać wsparcia opiekuna, w swoich trudnych sytuacjach życiowych.

Brak reakcji ze strony władz publicznych w zakresie kształtowania poziomu wynagrodzeń opiekunów na atrakcyjnym i akceptowalnym poziomie, doprowadzi wkrótce do prawdziwej zapaści w realizacji usług opiekuńczych przez sektor publiczny.

### Opiekun – straciliśmy wiele czasu i szans. Potrzebna prawdziwa i pilna reforma.

Pytanie o stracony czas jest pytaniem najbardziej właściwym. Pogrzebaliśmy już nadzieję na jakiegokolwiek zmiany w systemie, choć były one bardzo rozbudzone po przyjęciu w czerwcu 2022 roku Strategii Rozwoju Usług Społecznych, polityki publicznej do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.). W tym właśnie dokumencie określony został Cel strategiczny nr 2, który dotyczy zbudowania skutecznego i trwałego systemu świadczącego usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Warto zwrócić uwagę na Kierunek działań nr 6:

## 6. WSPARCIE I ROZWÓJ KADR ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI SPOŁECZNE PRZEZ:

udział w szkoleniach, w tym specjalistycznych, w celu podniesienia kwalifikacji i kompetencji osób wykonujących zawód: opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa, opiekun osoby starszej, asystent osoby niepełnosprawnej;

przegląd kadr opiekuńczych i uregulowanie zawodu „specjalista do spraw opieki”. Nadanie określonych kompetencji zawodowych, ustanowienie stopni specjalizacji pozwoli na zmianę wizerunkową osób wykonujących funkcje opiekuńcze w domach pomocy społecznej oraz w środowisku;

określenie poziomu minimalnego wynagrodzenia dla zawodu „specjalista do spraw opieki”.

Niestety podejmowane działania na szczeblu zarówno samorządowym jak i centralnym są tylko pozorne. Samorządowcy nadal realizują usługi opiekuńcze za pomocą rozwiązań generujących najmniejsze koszty, co odbija się przede wszystkim na wynagrodzeniu opiekunów w środowisku, czy w placówkach świadczących opiekę instytucjonalną.

W zakresie działań administracji rządowej jest jeszcze gorzej. Trudno brać na poważnie zapowiedzi Resortu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dotyczące reformy systemu pomocy społecznej w sposób bezkosztowy, natomiast pomysł Resortu Senioralnego na tworzenie profesjonalnego systemu wsparcia za pomocą „kół gospodyń wiejskich” pokazuje dokładnie totalny brak propozycji rozwiązań systemowych.

Dzisiaj jak nigdy dotąd potrzebne są działania kompleksowe.

we. Potrzebna jest konsekwencja w budowaniu prestiżu zawodowego zawodów opiekuńczych. Działania w zakresie troski o budowanie korpusu opiekunów powinny być podejmowane już w środowiskach szkolnych, gdyż tylko poprzez działania propagujące ten piękny zawód, można zmienić wizerunek zawodów opiekuńczych.

Nie podjęcie pilnych działań w zakresie promocji i tworzenia ekosystemu wspierającego zawody opiekuńcze doprowadzi nas w najbliższej przyszłości do masowej skali niezabezpieczenia potrzeb opiekuńczych, właśnie wtedy, gdy nasze pokolenia będą tej pomocy wymagały.

Poniżej przedstawiam Państwu listę działań, które powinny być podjęte w sposób natychmiastowy. Wszyscy mamy wiele do zrobienia w tym zakresie. ●

## POSTULATY EKSPERTÓW FUNDACJI LIBERTATEM W ZAKRESIE TWORZENIA SYSTEMU ROZWOJU USŁUG SPOŁECZNYCH - REFORMA ZAWODÓW OPIEKUŃCZYCH

| PODMIOT            | DZIAŁANIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| WŁADZE CENTRALNE   | <ul style="list-style-type: none"> <li>PRAWDZIWA REFORMA (nie bezkosztowa) - utworzenie zawodu „specjalista ds. opieki” z różnymi specjalnościami (opieka nad dzieckiem, opieka nad chorym, opieka nad osobą z niepełnosprawnością ruchową, itp.)</li> <li>ustalenie stopni awansu zawodowego i stopni specjalizacji w w/w zawodzie</li> <li>ustalenie minimalnych stawek dla specjalistów ds. opieki</li> <li>wspieranie kadr opiekuńczych poprzez szkolenia, supervizję, itp.</li> <li>zabezpieczenie dedykowanych środków w budżecie państwa niezbędnych na tworzenie rozwiązań systemowych</li> </ul> |
| WŁADZE SAMORZĄDOWE | <ul style="list-style-type: none"> <li>programy stypendialne dla młodzieży, która chce podjąć w przyszłości pracę w zawodach opiekuńczych (kierunki zamawiane)</li> <li>kształtowanie wynagrodzeń zawodów opiekuńczych na atrakcyjnym i akceptowalnym poziomie, we własnych jednostkach organizacyjnych i dla podmiotów realizujących zadania na zlecenie samorządu</li> <li>wsparcie osób wykonujących zawody opiekuńcze</li> <li>promocja zawodów opiekuńczych</li> </ul>                                                                                                                               |
| KĄŻDY OBYWATEL     | <ul style="list-style-type: none"> <li>kształtowanie postaw dzieci i młodzieży względem osób wykonujących zawody opiekuńcze</li> <li>udział w działaniach samopomocowych</li> <li>wsparcie osób wykonujących czynności opiekuńcze, niezależnie czy wykonuje je zawodowo czy też misyjnie</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

### Fundacja LIBERTATEM

- jest organizacją pozarządową działającą na rzecz rozwoju usług społecznych w środowisku zamieszkania. W Gminie Ożarówice (województwo śląskie) zbudowała, podtrzymuje i prowadzi spójny system realizacji usług społecznych na rzecz osób starszych i z niepełnosprawnościami oparty o współpracę samorządu i organizacji pozarządowej.

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

# Sposób na podrażnienia i otarcia pod biustem

## – KREM SENI CARE Z ARGININĄ

### Pielęgnacja skóry pod biustem z kremem Seni Care z arginina

Skóra pod biustem to obszar szczególnie narażony na podrażnienia, otarcia i odparzenia. Wilgoć, pot, a także tarcie bielizny czy ubrań mogą prowadzić do dyskomfortu, a nawet stanów zapalnych. Właściwa pielęgnacja jest kluczowa dla zachowania zdrowia i komfortu skóry w tym delikatnym miejscu. Rozwiązaniem może być krem Seni Care z arginina.

### Dlaczego strefa pod biustem wymaga szczególnej troski?

Skóra pod biustem jest cienka i delikatna, a jej naturalna wentylacja jest ograniczona. Sprzyja to gromadzeniu się wilgoci, co z kolei stwarza idealne warunki do rozwoju bakterii i grzybów. Dodatkowo, osoby o obfitym biuście, z nadwagą lub otyłością, są szczególnie narażone na problemy skórne w tym obszarze.

Otarcia, odparzenia i podrażnienia w strefie pod biustem objawiają się zaczerwienieniem, swędzeniem, pieczeniem, a w skrajnych przypadkach pękaniem skóry i stanami zapalnymi. Dolegliwości te mogą być bardzo uciążliwe i utrudniać codzienne funkcjonowanie.

### Jak krem Seni Care z arginina wspiera pielęgnację skóry pod biustem?

Krem Seni Care z arginina to produkt pielęgnacyjny o działaniu ochronnym i regenerującym, specjalnie opracowany z myślą o skórze wrażliwej i skłonnej do podrażnień. Ma lekką konsystencję i łatwo się wchłania.

nia. Tworzy na skórze przezroczystą warstwę ochronną. Arginina zawarta w kremie nawilża i przyspiesza regenerację naskórka, a wraz z olejem canola chroni przed powstawaniem podrażnień. Receptura została wzbogacona o odżywczy, kojący i łagodzący podrażnienia biokompleks lniany oraz nawilżający pantenol. Zawiera składnik naturalnego pochodzenia neutralizujący zapach.

### Jak stosować krem Seni Care z arginina w pielęgnacji skóry pod biustem?

Aby krem Seni Care z arginina przyniósł oczekiwane efekty, należy go stosować regularnie, według potrzeb, nawet kilka razy dziennie. Przed aplikacją kremu należy dokładnie oczyścić i osuszyć skórę pod biustem. Następnie nanieść niewielką ilość kremu i delikatnie wmasować.

### Profilaktyka - klucz do zdrowej skóry pod biustem

Oprócz regularnego stosowania kremu Seni Care z arginina warto pamiętać o kilku zasadach profilaktyki, które pomogą utrzymać skórę pod biustem w dobrej kondycji:

- **Higiena:** Regularne mycie i osuszanie skóry pod biustem to podstawa. Do mycia używaj delikatnych produktów myjących, np. delikatnego żelu myjąco-natłuszczającego Seni Care, który nie narusza naturalnej bariery ochronnej skóry. Po kąpieli dokładnie osusz skórę, zwracając szczególną uwagę na strefę pod biustem.

### Wskazówki:

Unikaj stosowania kremu na uszkodzoną skórę. W przypadku nasilonych dolegliwości lub braku poprawy skonsultuj się z lekarzem, np. dermatologiem.

- **Odpowiednia bielizna:** Wybieraj biustonosze dobrze dopasowane, wykonane z naturalnych, przewiewnych materiałów, np. bawełny. Unikaj biustonoszy z fiszbinami lub szwami, które mogą powodować otarcia.
- **Ubrania:** Noś luźne, przewiewne ubrania, które nie uciskają i nie ocierają skóry pod biustem. Unikaj syntetycznych materiałów, które mogą potęgować pocenie się.
- **Kontrola wagi:** Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko podrażnień i odparzeń pod biustem. Dlatego ważne jest, aby utrzymywać prawidłową masę ciała.
- **Zdrowa dieta:** Spożywaj dużo owoców i warzyw, które są bogate w witaminy i antyoksydanty. Pij dużo wody, aby utrzymać odpowiednie nawilżenie organizmu.

Pielęgnacja skóry pod biustem to ważny element dbania o higienę i komfort całego ciała. Krem Seni Care z arginina to skuteczne rozwiązanie dla skóry wrażliwej, skłonnej do podrażnień i odparzeń. Regularne stosowanie kremu, w połączeniu z właściwą profilaktyką, pomaga utrzymać skórę w dobrej kondycji i zapobiegać problemom skórnym.

### Wszechstronne zastosowanie kremu Seni Care z arginina

Krem Seni Care z arginina to produkt o szerokim zastosowaniu. Oprócz pielęgnacji skóry pod biustem, z powodzeniem może być stosowany na inne obszary



ry ciała narażone na otarcia, podrażnienia i odparzenia, takie jak **brzuch, pachwiny, fałdy na udach i inne fałdy skórne**. Dzięki swoim właściwościom ochronnym i regenerującym krem Seni Care z arginina pomaga utrzymać skórę w dobrej kondycji i zapobiegać powstawaniu dyskomfortu w różnych obszarach ciała.

### Krem z arginina w profilaktyce przeciwodleżynowej

Krem ochronny z arginina Seni Care jest powszechnie stosowany w profilaktyce przeciwodleżynowej u osób z inkontynencją i pacjentów długoterminowo unieruchomionych. Arginina wspomaga regenerację naskórka i nawilża, co jest kluczowe w zapobieganiu uszkodzeniom skóry spowodowanym długotrwałym uciskiem i wilgocią. Regularne stosowanie kremu z arginina na obszary narażone na odleżyny pomaga wzmocnić barierę ochronną skóry i zmniejszyć ryzyko powstawania bolesnych ran. ●

## PIELĘGNACJA W OPIECE

---

### MYCIE BEZ WODY



Krem  
myjący 3 w 1



Pianka  
myjąco-pielęgnująca



Szampon  
w pianie

---

### AKTYWACJA



Żel  
aktywizujący



Olejek  
pielęgnacyjny

### SKUTECZNA OCHRONA



Krem ochronny  
z arginina  
profilaktyka  
przeciwodrożynowa



Krem ochronny  
z tlenkiem cynku  
na zaczerwienienia

---

### WYGODNE OCZYSZCZANIE



Chusteczki  
pełnacyjne  
Seni Care



Chusteczki  
pełnacyjne  
Seni Care Sensitive



Chusteczki  
pełnacyjne  
Seni Care Aqua



Chusteczki pełnacyjne  
Seni Care Maxi



Chusteczki pełnacyjne  
Seni Care inti+

---

## PIELĘGNACJA SUCHEJ I WYMAGAJĄCEJ SKÓRY

---

### DELIKATNE OCZYSZCZANIE



Delikatny żel  
myjąco-natłuszczający



Odżywczy  
kremowy żel do mycia



Szampon  
nawilżający

---

### REGENERACJA



Balsam  
regenerujący  
do skóry suchej



Emulsja  
intensywnie  
nawilżająca



Odżywczy  
krem do rąk



Odżywczy  
krem do stóp



Krem do suchej  
zrogowaciałej  
skóry

---



Aktywna  
pianka



Neutralizator

### KOMFORT OPIEKI – oferta uzupełniająca



Myjki higieniczne



Podfoliowane myjki  
higieniczne



Ręczniki higieniczne  
air-laid



Śliniaki higieniczne  
z kieszonką

wyrób medyczny




# Seni Active Trio

**majtki chłonne** na nietrzymanie moczu  
**o podwyższonej chłonności**  
rekomendowane do użycia w nocy 



**NAJBARDZIEJ  
CHŁONNE**  
z oferty  
Seni Active

- zakładane jak zwykła bielizna
- z systemem kontroli zapachu
- odpowiednie dla osób, które odmawiają noszenia pieluchomajtek (np. osoby z demencją)

Zamów próbkę  
na [seni.pl](https://seni.pl)



zeskanuj kod

**+ Dofinansowane przez NFZ**

**To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.**



## Twoje wsparcie w nietrzymaniu moczu



Kilka kropel moczu na bieliznie to sygnał, którego nie należy bagatelizować. Warto to skonsultować ze specjalistą i sięgnąć po odpowiednie zabezpieczenie - wkładki urologiczne.



Wybierz komfort — wybierz wkładki  
**Seni Lady Slim Micro Plus**



Zamów bezpłatne  
próbki na [seni.pl](https://seni.pl)



### Dyskrecja

ultracienkie i bardziej chłonne od wkładek higienicznych, do ochrony przy nietrzymaniu moczu

### Poczucie suchości

szybkie rozprowadzanie wilgoci dzięki  
Extra Dry System

### Kontrola zapachu

z funkcją Odour Stop, zapewniającą  
kontrolę zapachu

Seni produkty chłonne na nietrzymanie moczu. Producent i podmiot prowadzący reklamę - Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA.

**To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie  
z instrukcją używania lub etykietą.**