

WP2: Analiza wyzwań i najlepszych praktyk w zakresie hybrydowych modeli opieki – sprawozdanie.

Od niedoboru do wsparcia – innowacyjne modele opieki behawioralnej:

A2.3 BADANIA DOKUMENTACYJNE

Autor: Julia Matuszek

Badania przeprowadzone przez Fundację Understanding w ramach projektu Erasmus+: „Wsparcie – innowacyjne modele opieki behawioralnej w opiece społecznej”.

Maj 2026

Spis treści:

Wprowadzenie	2
1. Cechy wspólne dla wszystkich krajów	3
Presja demograficzna, niedobór na rynku i wysoki popyt	3
Duża zależność od opieki nieformalnej	3
Bariery związane z umiejętnościami korzystania z technologii cyfrowych	3
2. Kluczowe różnice między krajami partnerskimi	3
Struktura systemu opieki	3
Zaangażowanie wolontariuszy i emerytów.	4
Skupienie się na konkretnych potrzebach.	4
Wykorzystanie e-zdrowia w codziennej opiece.	4
3. Główne wnioski i implikacje dla projektu SUPPORT	4
3.1 Kluczowe przesłania dotyczące modelu szkoleniowego w ramach pakietu roboczego WP3.	4
Skupienie się na „rozszerzonym zespole opieki”.	4
Praktyczna, niekliniczna treść.	5

Etyka i granice prawne.	5
3.2 Kluczowe przesłania dotyczące narzędzia e-zdrowia w ramach WP4.	5
Projektowanie zgodnie z zasadą „łatwości domyślnej”.	5
Koordinacja w zakresie administracji i selekcji klinicznej.	5
Dostępność językowa.	5
3.3 Kluczowe przesłania dotyczące WP5 – strategia wdrożeniowa.	5
Partnerstwa lokalne mają kluczowe znaczenie.	5

Wprowadzenie

Chociaż to sami opiekunowie są odpowiedzialni za wspieranie osób wykazujących zachowania dezorientacyjne oraz wykonywanie obowiązków opiekuńczych, systemy, w ramach których działają, odgrywają istotną rolę w kształtowaniu realiów tego sektora. Wymagania rynku, przepisy prawne i regulacje oraz dostępność systemów wsparcia to czynniki, które mogą znacząco wpływać na codzienne życie opiekunów, a także na ich wiedzę i samopoczucie.

Ponadto systemy odpowiedzialne za organizację opieki w danym kraju lub regionie powinny służyć jako pierwszy punkt kontaktowy w zakresie rozpowszechniania programów skierowanych do tej grupy. Podkreśla to znaczenie analizy systemu w celu ustalenia, w jaki sposób można skutecznie usprawnić kadrę opiekuńczą poprzez wzmocnienie pozycji opiekunów oraz poszerzenie jej poprzez integrację wolontariuszy, członków rodziny i emerytów, obok profesjonalnego personelu opiekuńczego, budując dobrze wyposażone i zrównoważone sieci.

Aby to osiągnąć, niniejszy raport opiera się na trzech kluczowych obszarach analizy badań źródłowych:

- 1) Kontekst i niedobory kadrowe: przegląd aktualnych braków kadrowych, krajowych struktur opieki oraz polityk dotyczących formalnego udziału wolontariuszy i emerytów.
- 2) Najlepsze praktyki szkoleniowe: Identyfikacja skutecznych modeli szkoleń zawodowych, nieformalnych i międzypokoleniowych w celu zrozumienia, w jaki sposób opiekunowie obecnie zdobywają swoje umiejętności.
- 3) Cyfryzacja i e-zdrowie: ocena sytuacji technologicznej, obejmująca analizę istniejących narzędzi cyfrowych wykorzystywanych przez opiekunów oraz wyzwań technicznych, takich jak ograniczona dostępność łączności o dużej przepustowości.

W niniejszym dokumencie przedstawimy zbiorcze dane i statystyki związane z tymi czynnikami w Holandii, Niemczech, Polsce i we Włoszech. Ostatecznie synteza ta ma wysoce praktyczny cel – stanowi solidną podstawę empiryczną, która będzie bezpośrednio kierować przyszłymi działaniami w ramach projektu, zapewniając, że rozwiązania te będą dostosowane do rzeczywistych uwarunkowań systemowych opiekunów oraz osób wymagających szczególnej troski, którymi się opiekują.

1. Cechy wspólne dla wszystkich krajów

Presja demograficzna, niedobór na rynku i wysoki popyt

Na podstawie statystyk krajowych we wszystkich czterech krajach obserwuje się gwałtowne starzenie się społeczeństwa, co stanowi strukturalny czynnik napędzający wzrost zapotrzebowania na opiekę domową, wsparcie dla osób cierpiących na demencję oraz pomoc środowiskową dla osób starszych (np. RIVM, 2024; Raport OASI 2025; Destatis, 2025). Jednocześnie we wszystkich krajach występuje powszechny, krytyczny i rosnący niedobór profesjonalnych pracowników opieki. W Holandii prognozuje się niedobór 301 000 pracowników do 2035 r. (VWS/ABF Research i partnerzy), Niemcy przewidują niedobór sięgający nawet 690 000 osób do 2049 r. (Statistisches Bundesamt, 2024), a Polska boryka się z poważnymi niedoborami spowodowanymi niskimi wynagrodzeniami i emigracją (Health at a glance, 2024; Sowada i in., 2019; Domagała i in., 2022), a we Włoszech występuje strukturalna rozbieżność między popytem na opiekę a dostępnością formalnych usług. Zakres niedoborów kadrowych przedstawiono poniżej w tabeli 1. Pomimo dostępnych możliwości szkolenia i podnoszenia kwalifikacji praca w sektorze opieki nie wydaje się być postrzegana jako pełnoprawna ścieżka kariery, a raczej jako zajęcie przejściowe.

Tabela 1. Charakterystyka niedoborów siły roboczej w krajach partnerskich.

Obszar	Holandia	Niemcy	Polska	Włochy
Niedobór siły roboczej	Prognozowany niedobór 301 000 pracowników do 2035 r.	Prognozowany niedobór sięgający nawet 690 000 pracowników do 2049 r.	Niedobory związane z niskimi wynagrodzeniami i emigracją	Niedopasowanie popytu na opiekę do usługami formalnymi
Opieka nieformalna	Duża zależność od rodzinnych opiekunów	Silne połączenie wsparcia rodzinnego i ustawowego	Duże obciążenie rodziny związane z opieką	Duża zależność od opiekunów domowych
Wolontariat	Ustrukturyzowane ścieżki wolontariatu	Federalna usługa wolontariacka i formalne programy	Ograniczone zachęty i słabsza kultura wolontariatu	Wolontariat oparty na w trzecim sektorze

Gotowość cyfrowa	Zaawansowane narzędzia opieki hybrydowej	Rozwój regulowanych aplikacji do opieki cyfrowej	Rozwijające się systemy EHR, ale ograniczone narzędzia behawioralne	Regionalne i ograniczone narzędzia wsparcia
------------------	--	--	---	---

Duża zależność od opieki nieformalnej

Podstawą systemu opieki we wszystkich czterech krajach jest opieka nieformalna i rodzinna. Znaczna większość opieki długoterminowej jest świadczona w domu przez przeciążonych obowiązkami członków rodziny, często starsze kobiety (Fuchs, J. i in. 2023). Włochy dodatkowo w dużym stopniu opierają się na prywatnych „asystentach rodzinnych” (domowych opiekunach), których zatrudnienie jest słabo w porównaniu z opieką instytucjonalną lub zewnętrznymi organizacjami świadczącymi domową opiekę domową (ISTAT, 2019). Co istotne, opieka domowa jest formą opieki o słabszych regulacjach, co skutkuje brakiem standardowego programu szkoleniowego, większą niejasnością co do zadań, mniejszym dostępem do wsparcia oraz niejasnościami dotyczącymi ról.

Barieri związane z umiejętnościami cyfrowymi

Pomimo zróżnicowanego poziomu cyfryzacji infrastruktury opiekuńczej w poszczególnych krajach znaczna część nieformalnych opiekunów, którymi zazwyczaj są osoby starsze, oraz osób objętych opieką boryka się z problemami związanymi z umiejętnościami cyfrowymi i wiedzą na temat zdrowia (Inicjatywa D21, 2025; Frackiewicz i Bak, 2023). Nowoczesne narzędzia e-zdrowia są niedostępne we wszystkich regionach dla osób zapewniających codzienną opiekę ze względu na ich koszt oraz brak programów wprowadzających wykorzystanie technologii w opiece (Pharos). Obecne wykorzystanie tych narzędzi ma miejsce w większych placówkach, jednak nadal koncentruje się wyłącznie na funkcjach administracyjnych (GesundBund; Glinkowski i in., 2025).

2. Główne różnice między krajami partnerskimi

Struktura systemu opieki

Zaobserwowano istotne różnice w krajowym rozkładzie systemów opieki oraz w zakresie równości: Niemcy posiadają wysoce ustrukturyzowany, ustawowy system ubezpieczeń na rzecz opieki długoterminowej, Holandia charakteryzuje się mieszaną, zdecentralizowaną strukturą podzieloną między gminy i ustawy o opiece długoterminowej, podczas gdy Włochy i Polska stosują modele wysoce zdecentralizowane, charakteryzujące się poważnymi nierównościami regionalnymi (np. podział między północą a południem Włoch oraz dysproporcje między obszarami wiejskimi a miejskimi w Polsce) oraz brakiem jednolitych standardów krajowych (ISTAT, 2026; Eurostat, 2023). Jednak we wszystkich krajach struktura opieki jest projektowana i zarządzana głównie przez lokalne podmioty.

Zaangażowanie wolontariuszy i emerytów.

W Holandii i Niemczech istnieją formalne, uregulowane ścieżki dla wolontariuszy, obejmujące ulgi podatkowe, bezpłatną weryfikację przeszłości oraz ustrukturyzowane programy, takie jak Federalna Służba Wolontariacka (IGJ; Sozialgesetzbuch XI, § 45a). Ponadto wolontariat wydaje się być zintegrowany z tożsamością społeczną, akceptowany jako forma budowania społeczności i wkładu w życie społeczne. W Polsce i we Włoszech kultura wolontariatu jest słabo rozwinięta. W krajach tych sektor wolontariatu jest słabo uregulowany (Republika Włoska, 2017; Rzeczpospolita Polska, 2003). W Polsce wolontariatowi brakuje zachęt finansowych oraz silnej kultury długoterminowego zaangażowania. We Włoszech wolontariat jest w dużej mierze zarządzany przez trzeci sektor, jednak wolontariusze i nieformalni opiekunowie działają w ramach mniej sformalizowanych ram.

Skupienie się na konkretnych potrzebach.

Podczas gdy wszystkie kraje kładą duży nacisk na demencję i pogorszenie funkcji poznawczych, Włochy wyraźnie wskazują uzależnienie od alkoholu i narkotyków jako główne czynniki powodujące stany splątania wymagające opieki środowiskowej i domowej, dla których nie dysponują odpowiednią infrastrukturą.

Wykorzystanie e-zdrowia w codziennej opiece.

Holandia jest zaawansowana w stosowaniu hybrydowych narzędzi opieki społecznej (np. aplikacji do planowania dnia i aplikacji do przekazywania obowiązków) w pielęgniarstwie środowiskowym. Niemcy przyspieszają realizację programu cyfryzacji opieki zdrowotnej i wprowadzają regulowane aplikacje do opieki cyfrowej (DiPA) przeznaczone do zastosowań hybrydowych. Polska i Włochy dysponują silnymi, rozwijającymi się krajowymi systemami opieki zdrowotnej (elektroniczna dokumentacja medyczna), ale odczuwają poważny brak narzędzi do codziennego wsparcia behawioralnego dostosowanych do potrzeb opiekunów nieprofesjonalnych i osób świadczących opiekę domową. Istniejące narzędzia służą głównie do celów administracyjnych lub są dostępne wyłącznie w nowoczesnych placówkach prywatnych

3. Kluczowe przesłania i implikacje dla projektu SUPPORT

3.1 Kluczowe przesłania dotyczące modelu szkoleniowego WP3.

Skupienie się na „rozszerzonym zespole opiekuńczym”.

Szkolenie nie powinno postrzegać opiekunów jako pojedynczych jednostek, lecz skupiać się raczej na wspólnych wysiłkach różnych osób i specjalistów opiekujących się osobami wykazującymi zachowania dezorientacyjne. Przedstawiana wiedza powinna mieć charakter uzupełniający, opierając się na holistycznym podejściu do opieki. Włączenie do szkolenia elementów skutecznej komunikacji, delegowania zadań i planowania opieki ułatwiłoby koordynację pracy zespołów opiekuńczych i zapewniłoby odpowiedni poziom złożoności opieki.

Treści praktyczne, niekliniczne.

Specjaliści ds. opieki we wszystkich krajach partnerskich przechodzą odpowiednie szkolenia, ale muszą działać w ramach swoich kompetencji, dlatego programy nauczania, teorie eksperckie i umiejętności kliniczne nie są odpowiednie dla szkolenia w ramach WP3, ponieważ mogłyby zachęcać ich do podejmowania zadań wymagających specjalistycznej wiedzy. Program powinien w dużym stopniu skupiać się na praktycznej nauce opartej na scenariuszach dotyczących codziennych wyzwań: rozpoznawaniu czynników wywołujących zachowania dezorientacyjne, łagodzeniu napięć, bezpiecznej mobilizacji, wyznaczaniu granic oraz dbaniu o siebie przez opiekunów.

Etyka i granice prawne.

Wymagany jest specjalny moduł poświęcony etyce. Wolontariusze i nieformalni opiekunowie muszą zostać przeszkoleni w zakresie protokołów bezpiecznej eskalacji, zgody oraz ochrony danych osobowych. W nawiązaniu do poprzedniego punktu, aby zapewnić, że opiekunowie nie będą próbować zastępować personelu klinicznego, zaleca się uwzględnienie w szkoleniu elementów oceny ryzyka oraz wskazówek dotyczących tego, kiedy należy wezwać specjalistę.

3.2 Kluczowe przesłania dotyczące narzędzia e-zdrowia w ramach WP4.

Projekt „Easy by Default”.

Ponieważ docelowi użytkownicy to osoby starsze, znajdujące się pod presją czasu lub o niskim poziomie pewności w korzystaniu z technologii cyfrowych, narzędzie musi posiadać duże przyciski, przejrzyste ikony, opcje offline/do wydruku oraz minimalną głębokość nawigacji. Narzędzie powinno unikać skomplikowanej terminologii i zawierać graficzne przykłady jako wskazówki.

Koordinacja w zakresie administracji i selekcji klinicznej.

Aplikacja nie powinna naśladować złożonego portalu szpitalnego ani już dostępnych narzędzi administracyjnych. Powinna skupiać się na hybrydowej opiece społecznej: prostej organizacji codziennych czynności, krótkich przekazach obowiązków, sygnałach dotyczących samopoczucia, przycisku alarmowym/drzewie kontaktów alarmowych oraz jasnych wskazówkach „w odpowiednim momencie” na wypadek sytuacji kryzysowych.

Dostępność językowa.

Ponieważ badania pokazują, że sektor opieki jest ścieżką kariery często wybieraną przez migrantów, należy rozważyć dostosowanie narzędzia do większej liczby języków poza językami narodowymi krajów partnerskich. Używany język powinien być jasny, bez zbędnego żargonu technicznego, z łatwymi do zrozumienia metaforami i przykładami.

3.3 Kluczowe przesłania dotyczące strategii wdrożeniowej WP5.

Kluczowe znaczenie mają partnerstwa lokalne.

Realizacja projektu SUPPORT powinna być prowadzona przez lokalne gminy, okręgi socjalne, ośrodki doradztwa w zakresie opieki oraz lokalne organizacje pozarządowe, a nie opierać się wyłącznie na scentralizowanej polityce państwowej.

Źródła:

Niniejszy raport stanowi syntezę czterech krajowych dokumentów z badań źródłowych przygotowanych przez organizacje partnerskie w ramach projektu SUPPORT (WP2) zgodnie z metodologią badań źródłowych WP2. Podstawowe raporty wykorzystane do niniejszej syntezy obejmują:

Holandia: Opracowany przez Stichting Surplus.

Niemcy: Opracowane przez stowarzyszenie Gemeinnuetziger Verein zur Foerderung der beruflichen Bildung e.V. (GVFB) oraz Strausberger Bildungs- und Sozialwerk e.V. (SBSW).

Włochy: Opracowane przez CSCI.

Polska: Opracowanie: Fundacja Understanding.

Szczegółowe informacje znajdują się w załączniku.

JF(Destatis) (2025). „Do 2035 r. jedna czwarta ludności Niemiec będzie w wieku 67 lat lub starsza”.

Komunikat prasowy nr 446, 11 grudnia 2025 r._

https://www.destatis.de/EN/Press/2025/12/PE25_446_12.html

Domagała, A., Kulbat, A. i Parzonka, K. (2022). Emigracja z perspektywy polskich pracowników służby zdrowia – wnioski z badania jakościowego. *Frontiers in Public Health*, 10, 1075728.

Frąckiewicz, E. i Bąk, I. (2023). Umiejętności cyfrowe osób starszych w Polsce na tle krajów UE – analiza porównawcza. *GERONTOLOGIA POLSKA*, 4.

Fuchs, J. i in. (2023). „Nieformalni opiekunowie w Niemczech – kim są i jakie ryzyko ponoszą oraz jakie zasoby posiadają?”. *Frontiers in Public Health*, 11:1058517. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1058517/full>

„Health at a glance: Europe 2024” (2024) Health at a Glance: Europe [Preprint].

doi:10.1787/b3704e14-en.

Inicjatywa D21 (2025). „D21-Digital-Index 2024/2025: Streszczenie” oraz pełny raport.

<https://initiated21.de/publikationen/d21-digital-index/2024-25/executive-summary> oraz

https://initiated21.de/download/248068/D21_Digital_Index_2024_2025_final.pdf

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). „Przepisy prawne i odpowiedzialność wolontariusza”.

<https://www.igj.nl/onderwerpen/themas-in-het-toezicht/inzet-personeel-in-de-zorg/samenwerk-en-met-vrijwilligers/wetgeving-en-verantwoordelijkheid>

ISTAT (2019) Raport roczny 2019 – Sytuacja kraju. Rzym: Istituto Nazionale di Statistica.

Republika Włoska (2017) Dekret ustawodawczy nr 117/2017: Codice del Terzo Settore (Kodeks trzeciego sektora). Rzym: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Raport OASI, 2025 (Obserwatorium Organizacji Opieki Zdrowotnej i Włoskiego Systemu Opieki Zdrowotnej. rep.

Prognosemodel Zorg en Welzijn (VWS/ABF Research i partnerzy). Pulpit prognoz dotyczących rynku pracy; zob. również Rijksoverheid „Personeelstekort in zorg en welzijn tegengaan”.

<https://prognosemodelzw.nl/> ;

<https://www.rijksoverheid.nl/themas/familie-zorg-en-gezondheid/werken-in-de-zorg/personeel-stekort-in-zorg-en-welzijn-tegengaan>

Rzeczpospolita Polska (2003) Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie. Warszawa: Dziennik Ustaw. Dostępne na stronie: [Gov.pl wolontariat w Polsce](https://gov.pl/wolontariat-w-polsce) (Dostęp: 28 maja 2026 r.).

RIVM. „Ustawa o umowie o leczeniu medycznym (WGBO)”..
<https://www.rivm.nl/cpt/kwaliteit-wet-en-regelgeving/wetgeving/wgbo>

Sowada, C., Sagan, A., Kowalska-Bobko, I., Badora-Musiał, K., Bochenek, T., Domagała, A. oraz Światowa Organizacja Zdrowia. (2019). Polska: Przegląd systemu opieki zdrowotnej.

Kodeks socjalny XI, § 45a. „Oferta wsparcia w życiu codziennym”; zob. również informacje Federalnego Ministerstwa Zdrowia (BMG) na temat wsparcia w życiu codziennym. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/45a.html> oraz <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege-zu-hause/weitere-leistungen-und-angebote-zur-unterstuetzung-im-alltag>

Federalny Urząd Statystyczny (Destatis) (2025). „Liczba ludności w 2024 r. wzrosła o 100 000 osób” / Komunikat prasowy nr 030 z dnia 23 stycznia 2025 r.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/01/PD25_030_124.html

Załączniki

Załącznik 1

Raport z badań źródłowych dotyczących Niemiec.

1. Przegląd sytuacji w kraju

Obszar	Najważniejsze ustalenia i krótka analiza	Implikacje dla programu SUPPORT
Ludność i starzenie się społeczeństwa	Pod koniec 2024 r. Niemcy liczyły prawie 83,6 mln mieszkańców [1]. W 2024 r. 23,2% ludności było w wieku 65+ [2]. Destatis prognozuje, że odsetek osób w wieku 67+ wzrośnie z około 20% w 2024 r. do 25–27% w 2038 r., natomiast liczba osób w wieku 80+ ma wzrosnąć z 6,1 mln w 2024 r. do 8,5–9,8 mln do 2050 r. [3]. Starzenie się społeczeństwa jest zatem strukturalnym czynnikiem napędzającym popyt na opiekę domową, opiekę długoterminową, wsparcie dla osób cierpiących na demencję oraz pomoc środowiskową.	W ramach WP3 osoby starsze, emeryci i starsi wolontariusze powinni być traktowani jako główna grupa docelowa, a nie jako grupa drugorzędna. Szkolenia powinny opierać się na krótkich, praktycznych modułach, prostym języku niemieckim oraz wielokrotnych ćwiczeniach. W ramach WP4 należy uwzględnić starszych użytkowników: duża czcionka, płytka struktura nawigacji, brak skomplikowanych procedur logowania, wyraźne przyciski alarmowe/kontaktowe oraz materiały pomocnicze do wydrukowania.
Osoby o wysokich potrzebach w zakresie opieki	W grudniu 2023 r. 5,7 mln osób zostało uznanych za wymagające opieki długoterminowej na podstawie SGB XI. Około 86% (4,9 mln) było objętych opieką domową; 3,1 mln było objętych opieką głównie przez krewnych w ramach zasiłku opiekuńczego, 1,1 mln otrzymywało wsparcie ze strony usług ambulatoryjnych, a około 0,8 mln mieszkowało w domach opieki [4]. Niemcy są zatem krajem, w którym dominuje system opieki domowej i rodzinnej, mimo że profesjonalne usługi pozostają niezbędne.	Program SUPPORT powinien priorytetowo traktować wsparcie hybrydowe skierowane do osób mieszkających w domu, w środowisku społecznym oraz w małych sieciach lokalnych. W ramach WP3 należy wyjaśnić podstawowe zagadnienia związane z poruszaniem się po systemie opieki: stopień opieki (Pflegegrad), kasa opiekuńcza (Pflegekasse), doradztwo w zakresie opieki, możliwości opieki zastępczej oraz progi eskalacji. W ramach WP4 należy zmniejszyć obciążenie związane z koordynacją dla rodziny
Obszar	Kluczowe ustalenia i krótka analiza	Implikacje dla programu SUPPORT



Co-funded by
the European Union



		oraz opiekunów-wolontariuszy, zamiast powielać profesjonalne systemy dokumentacji.
Demencja i zachowania dezorientacyjne	DZNE szacuje, że w 2023 r. w Niemczech około 1,8 mln osób cierpiało na demencję; liczba ta może wzrosnąć do 2,7 mln do 2050 r. [5]. W Niemczech nie ma jednego krajowego wskaźnika rutynowego odpowiadającego holenderskiej kategorii „onbeprepen/verward gedrag”. W przypadku programu SUPPORT podejściem uzasadnionym naukowo jest operacjonalizacja zachowań dezorientacyjnych jako pojęcia nadrzędnego obejmującego zaburzenia funkcji poznawczych, objawy behawioralne związane z demencją, kryzysy psychospołeczne, traumę/stres, kryzysy związane z substancjami psychoaktywnymi, dezorientację, agresję, odmowę opieki oraz problemy komunikacyjne.	W ramach WP3 należy unikać ograniczania się wyłącznie do demencji. Moduły podstawowe powinny obejmować obserwację czynników wyzwalających, komunikację skoncentrowaną na osobie, łagodzenie napięć, błąkanie się/dezorientację, odmowę opieki, agresję, zapewnienie bezpieczeństwa oraz przekazywanie opieki. W ramach WP4 należy zapewnić wskazówki dostosowane do konkretnych sytuacji w odpowiednim czasie, zamiast przypisywania etykiet diagnostycznych.
Nieformalni opiekunowie	Oficjalne statystyki dotyczące opieki wskazują, że w 2023 r. 3,1 mln osób objętych opieką było głównie pod opieką krewnych w domu [4]. Szersze badania wskazują na znacznie większą grupę opiekunów: jedno niemieckie badanie populacyjne wykazało, że 21,7% dorosłych zapewniało nieformalną opiekę lub wsparcie co najmniej raz w tygodniu, podczas gdy 6,5% zapewniało intensywną opiekę przez co najmniej 10 godzin tygodniowo [9]. Obciążenie to ma charakter zróżnicowany pod względem płci i koncentruje się w grupach osób w średnim wieku i starszych, przy czym osoby zapewniające intensywną opiekę zgłaszają gorsze wyniki zdrowotne [9].	Opiekunowie rodzinni, wolontariusze i emeryci powinni być traktowani jako główni odbiorcy szkolenia w ramach projektu SUPPORT, obok profesjonalnych opiekunów. Pakiet roboczy WP3 powinien obejmować dbanie o siebie, radzenie sobie ze stresem, granice ról, podstawy bezpiecznej mobilizacji, komunikację oraz kierowanie do odpowiednich specjalistów. WP4 powinno pomóc opiekunom w podziale zadań i przekazywaniu informacji bez powodowania dodatkowej, nieodpłatnej pracy administracyjnej.

2. Struktura niemieckiego systemu opieki i kontekst kadrowy

Wskaźnik	Najważniejsze ustalenia wraz ze źródłami i analizą	Implikacje dla programu SUPPORT
2.1 Luki kadrowe i kluczowe wyzwania	Niemcy borykają się z utrzymującym się niedoborem profesjonalnego personelu pielęgniarstwa i opiekuńczego. Federalna Agencja Pracy odnotowała w 2023 r. średnio około 35 000 wolnych stanowisk w sektorze opieki pielęgniarstwa oraz zaledwie 44 osoby poszukujące pracy na 100 zarejestrowanych ofert pracy dla wykwalifikowanego personelu pielęgniarstwa [6]. Destatis prognozuje, że zapotrzebowanie na pracowników opieki może wzrosnąć z 1,62 mln w 2019 r. do 2,15 mln w 2049 r. (+33%). Nawet przy optymistycznym scenariuszu w ciągu dziesięciu lat może zabraknąć około 90 000 pracowników, a do 2049 r. – około 280 000; przy scenariuszu utrzymania status quo luka ta może wynieść około 350 000 w ciągu dziesięciu lat i 690 000 do 2049 r. [7]. Kluczowymi wyzwaniami są zapotrzebowanie wynikające ze zmian demograficznych, praca w niepełnym wymiarze godzin, dostępność usług na obszarach wiejskich, utrzymanie personelu, uzależnienie od siły roboczej imigranckiej, uznawanie kwalifikacji oraz ryzyko wypalenia zawodowego.	Dane z Niemiec zdecydowanie potwierdzają logikę SUPPORT dotyczącą rozszerzonego kręgu opieki, ale tylko przy zastosowaniu jasnych zabezpieczeń. Wolontariusze i emeryci nie mogą zastąpić profesjonalnego personelu; mogą natomiast wspierać organizację, obserwację, dotrzymywanie towarzystwa, rutyny cyfrowe oraz wczesne eskalowanie sytuacji. Pakiet roboczy 3 (WP3) powinien obejmować rozpoznawanie sytuacji kryzysowych, łagodzenie napięć, samoobronę, wyznaczanie granic oraz przekazywanie obowiązków. Pakiet roboczy 4 (WP4) powinien wspierać łatwo dostępne dzielenie się zadaniami, systemy ostrzegania i łańcuchy kontaktowe, a nie podejmowanie decyzji klinicznych.
2.2 Struktura opieki	W Niemczech funkcjonuje ustawowy system ubezpieczenia długoterminowej opieki (soziale Pflegeversicherung), regulowany głównie przez SGB XI. Jest on obowiązkowy dla osób posiadających ustawowe lub prywatne ubezpieczenie zdrowotne i działa jako ubezpieczenie częściowe: świadczenia zależą od stopnia opieki (Pflegegrad), czasu trwania ubezpieczenia oraz wybranej formy opieki [8]. Osoby korzystające z opieki mogą łączyć świadczenia pieniężne, opiekę domową w formie rzeczowej, opiekę dzienną/nocną, opiekę zastępczą/krótkoterminową oraz opiekę stacjonarną. Obowiązki są rozdzielone między prawo federalne, fundusze opieki, ubezpieczycieli zdrowotnych, kraje związkowe, gminy oraz szerokie grono podmiotów świadczących usługi, w tym organizacje pomocy społecznej, prywatnych usługodawców oraz podmioty non-profit. Od 1 lipca 2025 r. opieka zastępcza i krótkoterminowa dla osób o stopniach opieki 2–5 zostaną połączone w elastyczny roczny budżet w wysokości do 3 539 EUR [10].	Wdrażanie powinno opierać się na partnerstwie lokalnym. W przypadku pakietu roboczego 5 (WP5) i projektów pilotażowych najważniejszymi podmiotami są kasy opiekuńcze (Pflegekassen), punkty wsparcia opiekuńczego (Pflegestuetzpunkte) oraz struktury doradztwa w zakresie opieki, gminy, lokalne sieci ds. demencji, organizacje pomocy społecznej, dostawcy opieki ambulatoryjnej, ośrodki społecznościowe oraz agencje wolontariatu. Polityka centralna zapewnia ramy, ale praktyczne wdrożenie zależy od lokalnej koordynacji.
2.3 Udział emerytów i wolontariuszy	W Niemczech istnieje kilka formalnych ścieżek udziału w wolontariacie. Federalna Służba Wolontariacka (Bundesfreiwilligendienst) jest otwarta dla osób w każdym wieku po ukończeniu obowiązkowej edukacji szkolnej i może być realizowana w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin przez okres od sześciu do dwudziestu czterech miesięcy [16]. Oferty wsparcia codziennego o niskim progu dostępności mogą być uznawane na podstawie § 45a SGB XI zgodnie z przepisami federalnymi i krajowymi [18]. Nieformalni opiekunowie mogą uzyskać ochronę w zakresie ubezpieczenia emerytalnego, od bezrobocia i wypadkowego na określonych warunkach określonych w SGB XI [8]. Przepisy podatkowe również uwzględniają zaangażowanie wolontariackie: od 1 stycznia 2026 r. ogólny zasiłek wolontariacki (Ehrenamtszuschale) wzrośnie z 840 EUR do 960 EUR rocznie [17].	Program SUPPORT powinien stworzyć sformalizowaną, ale nieobciążającą ścieżkę dla wolontariuszy: opis roli, weryfikacja kandydatów, poufność, sprawdzenie podstawowych kompetencji, nadzór, dokumentacja oraz jasne ograniczenia dotyczące zadań. Emeryci i wolontariusze powinni zostać przeszkoleni w zakresie wsparcia pozaklinicznego, kontaktów społecznych, organizacji dnia, pomocy cyfrowej oraz wczesnego ostrzegania. W ramach WP4 potrzebne są uprawnienia oparte na rolach oraz jasne wskazówki dotyczące tego, kiedy należy skontaktować się z profesjonalistą lub służbami ratunkowymi.

3. Kwalifikacje i ścieżki szkoleniowe

Niemcy dysponują silną formalną ścieżką kształcenia zawodowego w zakresie profesjonalnej opieki pielęgniarstwa oraz podstawą prawną dotyczącą doradztwa i szkoleń dla opiekunów rodzinnych. Kluczową luką w projekcie SUPPORT nie jest całkowity brak



Co-funded by
the European Union



szkoleń, ale brak krótkich, praktycznych,

transgranicznych szkoleń, które łączyłyby profesjonalnych opiekunów, opiekunów rodzinnych, wolontariuszy i emerytów w zakresie zachowań dezorientacyjnych, rutynowych czynności cyfrowych oraz bezpiecznego eskalowania sytuacji.

Obszar szkolenia	Kluczowe ustalenia i najlepsze praktyki	Implikacje dla WP3/WP4
3.1 Kształcenie zawodowe	Od stycznia 2020 r. w Niemczech stosuje się szkolenie ogólne dla Pflegefachpersonen, łączące dawne odrębne ścieżki kształcenia w zakresie opieki nad osobami starszymi, pielęgniarstwa ogólnego i pielęgniarstwa pediatrycznego. Kwalifikacja ta umożliwia pracę w różnych placówkach opiekuńczych, obejmuje szkolenie praktyczne, znosi opłaty za naukę, zapewnia wynagrodzenie za szkolenie i może być również uzyskana w ramach studiów licencjackich [11]. Jest to solidny system formalny, ale zbyt długotrwały i zbyt wyspecjalizowany dla uczestników programu SUPPORT, którzy są wolontariuszami, emerytami lub nieformalnymi opiekunami.	Najlepsza praktyka: Szkolenie formalne należy traktować wyłącznie jako punkt odniesienia dla kompetencji, a nie jako program nauczania do naśladowania. W ramach WP3 należy wyodrębnić elementy praktyczne: obserwację, komunikację, higienę, bezpieczne wspomaganie ruchowe, dokumentację, przekazywanie obowiązków między różnymi grupami zawodowymi oraz granice etyczne. W przypadku zachowań dezorientacyjnych należy stosować krótkie moduły oparte na przypadkach klinicznych, obejmujące odgrywanie ról, analizę czynników wyzwalających oraz refleksję pod nadzorem.
3.2 Szkolenie dla nieformalnych opiekunów	Niemieckie prawo zapewnia osobom objętym opieką oraz opiekunom rodzinnym prawo do porad i szkoleń. Informacje dotyczące zdrowia publicznego opisują kilka ścieżek: doradztwo w zakresie opieki zgodnie z § 7a SGB XI, regularne konsultacje domowe zgodnie z § 37 ust. 3 oraz kursy opiekuńcze lub indywidualne szkolenia w domu zgodnie z § 45 SGB XI [12]. Inicjatywa „Dementia Partner” oferuje bezpłatny, 90-minutowy kurs skondensowany, seminaria internetowe oraz e-learning, które wyjaśniają zagadnienia związane z demencją, komunikacją i praktycznym wsparciem [13].	Najlepsza praktyka: połączenie skondensowanej nauki online z lokalnymi ćwiczeniami w trybie bezpośrednim. W ramach WP3 należy wykorzystać mikrouczenie, jednostronicowe materiały drukowane, przykłady wideo oraz 90-minutowe warsztaty scenariuszowe. Treści powinny obejmować komunikację, agresję/odmowę współpracy, organizację dnia, stres opiekuna, lokalne ścieżki wsparcia oraz sytuacje, w których należy zwrócić się o profesjonalną pomoc.
3.3 Modele międzypokoleniowe i integracyjne	Federalny program „Lokalne sojusze na rzecz osób z demencją” wspiera lokalne sieci pomocy i wsparcia. Wcześniejsze finansowanie objęło około 500 lokalnych sojuszy; nowa fala wsparcia obejmie 150 sieci do 2026 r. i obejmuje gminy, stowarzyszenia, kościoły, domy wielopokoleniowe, szpitale, lekarzy, organizacje sportowe, kulturalne i edukacyjne oraz wolontariuszy [14]. Ośrodki wielopokoleniowe stanowią również program krajowy mający na celu wzmocnienie spójności między młodymi a starszymi oraz poprawę lokalnej jakości życia [15].	Najlepsza praktyka: Należy organizować działania oparte na wzajemnej wartości, a nie na jednostronnej pomocy. Szkolenia w ramach programu SUPPORT powinny obejmować ustrukturyzowane role dla młodszych wolontariuszy, starszych wolontariuszy oraz profesjonalnego personelu: kontakty społeczne, rutynowe czynności, pomoc w zakresie technologii cyfrowych, grupy spacerowe, zajęcia wspomagające pamięć oraz bezpieczne kierowanie do odpowiednich instytucji. Metoda ta powinna ograniczać hierarchie i uwidaczniać wkład obu stron.
3.4 Etyka i prawo w opiece	Odpowiednie podstawy prawne i etyczne obejmują świadomą zgodę zgodnie z niemieckim prawem cywilnym: przed rozpoczęciem leczenia należy uzyskać zgodę, a w przypadku gdy osoba nie jest w stanie wyrazić zgody, istotną rolę odgrywa upoważniony przedstawiciel lub dyspozycja woli [22]. Niemieckie prawo dotyczące kurateli zmieniło się w kierunku wspieranego podejmowania decyzji oraz woli i preferencji danej osoby [23]. Cyfrowe dane dotyczące zdrowia są wysoce wrażliwe, a cyfrowe narzędzia opieki muszą spełniać wymogi ochrony danych, zwłaszcza w sytuacjach, gdy informacje są udostępniane krewnym, wolontariuszom i profesjonalnym dostawcom usług [24].	W ramach WP3 należy stworzyć dedykowany moduł dotyczący etyki i prawa: zgoda i zdolność do wyrażenia zgody, godność, poufność, granice odpowiedzialności wolontariuszy, dokumentacja, zabezpieczenia, unikanie środków przymusu oraz progi sytuacji kryzysowych. W ramach WP4 należy stosować minimalizację danych, wyraźną zgodę, dostęp oparty na rolach, możliwość audytu oraz opcjonalne, a nie domyślne śledzenie/monitorowanie.

4. Narzędzia cyfrowe w opiece

Obszar	Kluczowe ustalenia i analiza	Implikacje dla SUPPORT
4.1 Poziom cyfryzacji	Niemcy przyspieszają cyfryzację sektora opieki zdrowotnej. Od 2025 r. osoby objęte ubezpieczeniem ustawowym otrzymują elektroniczną kartę pacjenta (ePA), chyba że wyrażą sprzeciw; aplikacje zdrowotne na receptę, telemedycyna oraz infrastruktura e-recept stanowią część krajowego programu cyfryzacji opieki zdrowotnej [19]. Ogólna gotowość cyfrowa pozostaje jednak zróżnicowana. Indeks cyfrowy D21 na lata 2024/2025 wskazuje, że jedynie 63% osób czuje się dobrze przygotowanych na zmiany cyfrowe, 52% ma dystans, jest sceptyczne lub negatywnie nastawione do cyfryzacji, a około 4,2 mln dorosłych nadal nie korzysta z internetu; grupy osób starszych, o niższych dochodach i niższym wykształceniu charakteryzują się mniejszą odpornością cyfrową [21].	Wysokie ambicje programowe nie oznaczają jeszcze praktycznej użyteczności dla użytkowników platformy SUPPORT. Pakiet roboczy WP4 powinien być zaprojektowany z myślą o zestresowanych opiekunach rodzinnych, starszych wolontariuszach oraz osobach z zaburzeniami funkcji poznawczych: poziom języka niemieckiego B1, ikony, duże przyciski, minimalna liczba opcji do wyboru, brak zbędnej złożoności konta, alternatywne rozwiązania telefoniczne/drukowane oraz karty kryzysowe do użytku offline.



Co-funded by
the European Union

Fundacja
UNDERSTANDING

Consorzio
Scuole
Comunità
Impresa



Višier

BSW

URPLUS

4.2 Przykłady narzędzi e-zdrowia	W Niemczech istnieje uregulowana ścieżka dla aplikacji cyfrowych w dziedzinie zdrowia (DiGA) oraz aplikacji cyfrowych w dziedzinie opieki (DiPA). BfArM opisuje DiPA jako narzędzia, z których mogą korzystać osoby objęte opieką we współpracy z krewnymi, opiekunami-wolontariuszami lub ambulatoryjnymi służbami pielęgniarstka, mające na celu zmniejszenie ograniczeń, wzmocnienie zdolności lub zapobieganie rosnącym potrzebom w zakresie opieki [20]. Ma to bezpośrednie znaczenie dla SUPPORT, jednak obecne regulowane narzędzia nie są automatycznie odpowiednie dla hybrydowej opieki środowiskowej w przypadku osób wykazujących zachowania dezorientacyjne. ePA jest przydatna w przypadku dokumentacji medycznej; projekt SUPPORT wymaga praktycznego wsparcia w zakresie organizacji dnia, przekazywania obowiązków i eskalacji problemów.	WP4 nie powinno naśladować portalu klinicznego. Priorytetami funkcjonalnymi powinny być: (1) Dzisiaj/Plan; (2) „Co teraz?” – wskazówki dotyczące agresji, odmowy współpracy, błąkania się, dezorientacji i niepokoju; (3) Udostępnić/Przebrać – krótkie obserwacje; (4) Sytuacje awaryjne/drzewo kontaktów; (5) Przypomnienia i sprawdzanie samopoczucia; (6) jasne ustalenia dotyczące zgody i widoczności.
4.3 Bariery	Główne bariery mają charakter zarówno organizacyjny i społeczny, jak i techniczny: rozdrobnienie odpowiedzialności między funduszami opieki, dostawcami usług i krajami związkowymi	Szkolenie cyfrowe w ramach WP3 powinno obejmować praktyczne ćwiczenia z korzystania z aplikacji oraz szkolenie z zakresu technologii cyfrowych
Obszar	Kluczowe ustalenia i analiza	Konsekwencje dla programu SUPPORT
	oraz gmin; nierówny poziom umiejętności cyfrowych; obawy dotyczące prywatności i zaufania; czas personelu; brak zwrotu kosztów za nadzór; niska interoperacyjność; oraz ryzyko, że narzędzia cyfrowe ograniczą osobisty kontakt. Bariery te są szczególnie istotne dla osób z zaburzeniami funkcji poznawczych oraz dla opiekunów, którzy są w podeszłym wieku, przeciążeni obowiązkami lub nie czują się pewnie w świecie cyfrowym.	budowanie zaufania, a nie tylko instrukcje. W ramach WP4 należy unikać zaawansowanych funkcji wymagających ciągłego profesjonalnego monitorowania, chyba że projekt może zagwarantować odpowiednią obsadę kadrową. Najbezpieczniejszym rozwiązaniem jest prosta warstwa wsparcia i koordynacji z ludzką odpowiedzialnością, a nie zautomatyzowana selekcja.

5. Podsumowanie końcowe dla projektu SUPPORT

- Główna luka kadrowa: Niemcy borykają się z szybkim starzeniem się społeczeństwa, dużą liczbą osób korzystających z opieki domowej oraz prognozowanym niedoborem profesjonalnych opiekunów. Projekt SUPPORT może pomóc poprzez wzmocnienie nadzorowanego, rozszerzonego kręgu opieki, w skład którego wchodzi specjaliści, opiekunowie rodzinni, wolontariusze i emeryci, przy jednoczesnym wyraźnym unikaniu przekazywania komunikatu, że wolontariusze zastępują profesjonalistów.
- Główna luka kompetencyjna: Zarówno profesjonalni, jak i nieprofesjonalni opiekunowie potrzebują praktycznych szkoleń opartych na scenariuszach dotyczących zachowań dezorientacyjnych: rozpoznawania czynników wyzwalających, komunikacji, łagodzenia napięć, organizacji dnia, regulacji stresu, granic prawnych/etycznych, przekazywania obowiązków i kierowania do odpowiednich służb.
- Główna luka cyfrowa: Niemcy budują krajową infrastrukturę cyfrową w dziedzinie zdrowia, ale nie rozwiązuje to automatycznie kwestii codziennej koordynacji opieki w domach i społecznościach lokalnych. W ramach WP4 należy nadać priorytet prostym funkcjom związanym z organizacją dnia, przekazywaniem obowiązków, wskazówkami w sytuacjach kryzysowych oraz kontaktami, a nie zaawansowanym funkcjom sztucznej inteligencji czy dokumentacji medycznej.
- Najlepsza praktyka do uwzględnienia w WP3: Połączenie ustawowych porad i szkoleń w zakresie opieki na podstawie SGB XI oraz modelu kompaktowego uczenia się „Dementia Partner”, wzmocnione bezpośrednimi ćwiczeniami z odgrywania ról oraz lokalnymi informacjami dotyczącymi skierowań.
- Najlepsze praktyki do uwzględnienia w WP4: Niemiecka koncepcja DiPA jest istotna, ponieważ wyraźnie obejmuje osoby objęte opieką, krewnych, opiekunów-wolontariuszy oraz ambulatoryjne usługi pielęgniarstka. Projekt SUPPORT powinien wykorzystywać tę logikę, ale zaprojektować prostsze, hybrydowe narzędzie opieki społecznej skupione na rutynowych czynnościach, obserwacjach i eskalacji.
- Grupy, którym należy nadać priorytet w wywiadach indywidualnych (IDI) i ankietach: personel opieki ambulatoryjnej, personel placówek opieki dziennej i stacjonarnej, pracownicy socjalni, opiekunowie rodzinni osób z demencją lub o stopniu opieki (Pflegegrad) 2–5, starsi wolontariusze/emeryci, uczestnicy Bundesfreiwilligendienst lub lokalni wolontariusze, doradcy ds. opieki (Pflegestuetzpunkte), koordynatorzy sieci ds. demencji, eksperci ds. cyfrowego zdrowia/DiPA, opiekunowie z wiejskich obszarów regionu wschodniego oraz opiekunowie o niskim poziomie umiejętności cyfrowych.

Rejestr poprawek dla tej zweryfikowanej wersji

Sprawdzono i doprecyzowano listę źródeł. Poprawki obejmują: (1) zastąpienie ogólnych adresów URL Destatis i ministerstw dokładnymi adresami stron; (2) poprawienie odniesienia do artykułu na temat opieki nieformalnej na: Fuchs et al. (2023), „Frontiers in Public Health”, DOI 10.3389/fpubh.2023.1058517; (3) dodanie dokładnych oficjalnych źródeł dotyczących budżetu na opiekę zastępczą/krótkoterminową na rok 2025, ryczaftu za wolontariat (Ehrenamtspauschale) na rok 2026, § 45a SGB XI, DiPA oraz indeksu cyfrowego D21; oraz (4) wyraźne zaznaczenie, że dane dotyczące siły roboczej i liczby ludności są w stosownych przypadkach prognoząmi.

Bibliografia. Wykorzystane źródła

[1] Federalny Urząd Statystyczny (Destatis) (2025). „Liczba ludności w 2024 r. wzrosła o 100 000 osób” / Komunikat prasowy nr 030, 23 stycznia 2025 r. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemittelungen/2025/01/PD25_030_124.html

[2] Federalny Urząd Statystyczny (Destatis). „Tabela kluczowa: Ludność w wieku 65 lat i starsza” (Niemcy 2024 = 23.2%). https://www.destatis.de/EN/Themes/Countries-Regions/International-Statistics/Data-Topic/Tables/BasicData_Population65.html

[3] F(Destatis) (2025). „Do 2035 r. jedna czwarta ludności Niemiec będzie w wieku 67 lat lub starsza”. Komunikat prasowy nr 446, 11 grudnia 2025 r. https://www.destatis.de/EN/Press/2025/12/PE25_446_12.html

[4] Federalny Urząd Statystyczny (Destatis) (2024/2025). „Osoby wymagające opieki długoterminowej według rodzaju opieki, 2023 r.” oraz statystyki dotyczące opieki długoterminowej. https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health_Graphic/Interactive/long-term-care-type.html

[5] Niemieckie Centrum Chorób Neurodegeneracyjnych (DZNE). „Demencja: arkusz informacyjny i przegląd” / Informacje DZNE na temat demencji. <https://www.dzne.de/en/about-us/uebersicht/>

[6] Federalna Agencja Pracy (2024). „Personel pielęgniarstwa w Niemczech: w większości kobiety, zatrudnione w niepełnym wymiarze godzin i bardziej poszukiwane niż kiedykolwiek wcześniej”. Komunikat prasowy nr 19, 8 maja 2024 r. <https://www.arbeitsagentur.de/en/press/2024-19-nursing-staff-in-germany-mostly-female-part-time-and-in-more-demand-than-ever-before>

[7] Federalny Urząd Statystyczny (Destatis) (2024). „Do 2049 r. przewiduje się zapotrzebowanie na co najmniej 280 000 dodatkowych pracowników opieki”. Komunikat prasowy nr 033, 24 stycznia 2024 r. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemittelungen/2024/01/PD24_033_23_12.html; zob. również Eppers, N. (2024). „Rynek pracy w sektorze pielęgniarstwa i opieki a zmiany demograficzne”, WISTA 2/2024. https://www.destatis.de/EN/Methods/WISTAScientificJournal/Downloads/nursing-care-labour-market-demographic-change-022024.pdf?__blob=publicationFile&v=3

[8] Federalne Ministerstwo Zdrowia (BMG). „Ubezpieczenie pielęgnacyjne” / internetowy przewodnik po opiece długoterminowej. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege-pflege-pflegeversicherung.html](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/pflege-pflegeversicherung.html)

[9] Fuchs, J. i in. (2023). „Nieformalni opiekunowie w Niemczech – kim są i jakie ryzyko ponoszą oraz jakie zasoby posiadają?” Frontiers in Public Health, 11:1058517. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1058517/full>

[10] gesund.bund.de / Federalne Ministerstwo Zdrowia (2025). „Opieka krótkoterminowa: tymczasowy pobyt w placówce opiekuńczej” oraz „Zasilek na opiekę zastępczą”; łączny roczny budżet w wysokości 3 539 EUR od 1 lipca 2025 r. <https://gesund.bund.de/en/kurzzeitpflege> oraz <https://gesund.bund.de/en/verhinderungspflege>

[11] pflegeausbildung.net / Federalne Ministerstwo Edukacji, Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży. „Najczęściej zadawane pytania dotyczące kształcenia w zakresie opieki”

- oraz „Wynagrodzenie”, <https://www.pflegeausbildung.net/ausbildung/faq-zur-pflegeausbildung/> oraz <https://www.pflegeausbildung.net/ausbildung/verguetung/>
- [12] [gesund.bund.de /](https://gesund.bund.de/) Federalne Ministerstwo Zdrowia (2025). „Porady i szkolenia dla opiekunów”, <https://gesund.bund.de/en/beratung-und-schulung>
- [13] Inicjatywa „Demenz Partner” / Niemieckie Stowarzyszenie Alzheimerowskie. „Radzenie sobie z demencją w życiu codziennym” oraz informacje o kursach. <https://www.demenz-partner.de/> oraz <https://www.demenz-partner.de/demenz-kurs-suchen/ueber-unsere-kurse>
- [14] Federalne Ministerstwo Edukacji, Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży (BMBFSFJ). „Lokalne sojusze na rzecz osób z demencją”, <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/themen/aeltere-menschen/demenz/lokale-allianzen-fuer-menschen-mit-demenz>; Centrum sieciowe Lokalnych sojuszy na rzecz osób z demencją, program federalny. <https://www.netzwerkstelle-demenz.de/ueber-uns/bundesprogramm>
- [15] Federalne Ministerstwo Edukacji, Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży. Ulotka „Federalny program centrów wielopokoleniowych”. <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/115800/51aaab6f76cbac6c9cbb8f26a0ff6208/mgh-bundesprogramm-flyer-englisch-data.pdf>
- [16] Federalny Urząd ds. Rodziny i Zadań Społeczeństwa Obywatelskiego (BAFzA). „Arkusz informacyjny dotyczący wykonywania federalnej służby wolontariackiej”. https://www.bundesfreiwilligendienst.de/fileadmin/de.bundesfreiwilligendienst/content/de/Service/Downloads/Freiwilligenvereinbarung-Bundesfreiwilligendienst-Durchfuehrung/201_Information_Sheet_for_Performing_the_Federal_Revised_en-GB_K.pdf
- [17] Federalne Ministerstwo Finansów (BMF) (2025). „Najważniejsze zmiany podatkowe w 2026 r.” / Ryczałt za wolontariat wzrasta z 840 EUR do 960 EUR. <https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/das-aendert-sich-2026.html>
- [18] Kodeks socjalny XI, § 45a. „Oferta wsparcia w życiu codziennym”; zob. również informacje BMG na temat wsparcia w życiu codziennym. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbx/45a.html> oraz <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege-zu-hause/weitere-leistungen-und-angebote-zur-unterstuetzung-im-alltag>
- [19] [gesund.bund.de /](https://gesund.bund.de/) Federalne Ministerstwo Zdrowia. „Cyfryzacja w służbie zdrowia: przegląd” oraz „Elektroniczna dokumentacja pacjenta”. <https://gesund.bund.de/digitalisierung-im-gesundheitswesen> oraz <https://gesund.bund.de/die-elektronische-patientenakte>
- [20] Federalny Instytut Leków i Wyrobów Medycznych (BfArM). „Cyfrowe aplikacje zdrowotne i pielęgnarskie (DiGA, DiPA)” oraz „Cyfrowe aplikacje pielęgnarskie”. https://www.bfarm.de/EN/Medical-devices/Tasks/DiGA-and-DiPA/_node.html oraz https://www.bfarm.de/EN/Medical-devices/Tasks/DiGA-and-DiPA/Digital-Nursing-Applications/Interesting-facts/_node.html
- [21] Inicjatywa D21 (2025). „D21-Digital-Index 2024/2025: Streszczenie” oraz pełny raport. <https://initiatived21.de/publikationen/d21-digital-index/2024-25/executive-summary> oraz https://initiatived21.de/download/248068/D21_Digital_Index_2024_2025_final.pdf



Co-funded by
the European Union



[22] Niemiecki kodeks cywilny (BGB), § 630d „Zgoda”. https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_bgb/ oraz https://www.eu-patienten.de/en/rechtsquellen/buergerliche_630d_gesetzbuch_bgb.jsp
[23] Niemiecki Instytut Praw Człowieka. „Prawo dotyczące opieki prawnej i wspomagane podejmowanie decyzji”. <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/en/topics/rights-of-persons-with-disabilities/legal-guardianship-and-supported-decision-making>
[24] Federalne Ministerstwo Zdrowia (BMG) / gesund.bund.de. Cyfrowa opieka zdrowotna i kontekst wrażliwych danych dotyczących zdrowia; zob. elektroniczna dokumentacja pacjenta oraz przegląd zagadnień związanych z cyfrową opieką zdrowotną. <https://gesund.bund.de/digitalisierung-im-gesundheitswesen> oraz <https://gesund.bund.de/die-elektronische-patientenakte>

Załącznik B.

Raport z badań źródłowych dotyczących Holandii

SUPPORT WP2 Krajowy raport z badań źródłowych – Holandia

Dziedzina	Treść
Kraj partnerski	Holandia
Partner odpowiedzialny	Stichting Surplus, w odniesieniu do Visier i innych partnerów projektu SUPPORT
Data zweryfikowanej wersji	6 maja 2026 r.
Cel	Zebranie i analiza krajowych danych dotyczących potrzeb w zakresie opieki, niedoborów kadr, ścieżek szkoleniowych oraz gotowości w zakresie e-zdrowia, a także przełożenie tych danych na implikacje projektowe dla szkoleń w ramach pakietu roboczego 3 (WP3) projektu SUPPORT oraz narzędzi e-zdrowia w ramach pakietu roboczego 4 (WP4)
Uwaga metodologiczna	Niniejsza wersja jest zgodna z metodologią WP2 oraz szablonem krajowych badań źródłowych. Dane liczbowe zostały ponownie zweryfikowane w oparciu o źródła pierwotne lub o wysokim stopniu wiarygodności w dniu 6 maja 2026 r. Prognozy i dane statystyczne o charakterze tymczasowym są wyraźnie oznaczone jako takie.

Uwaga dotycząca weryfikacji danych

W niniejszym raporcie nie twierdzi się, że dane liczbowe są trwale prawdziwe w sensie absolutnym. Twierdzi się natomiast, że cytowane dane liczbowe można powiązać ze stronami źródłowymi, do których odwołano się w momencie weryfikacji. Prognozy dotyczące populacji i siły roboczej są scenariuszami, a nie obserwacjami. Wstępne statystyki mogą zostać skorygowane przez właściciela danych.

Rejestr poprawek w porównaniu z wcześniejszą wersją holenderską

Pozycja	Wprowadzona poprawka
Klienci opieki środowiskowej	W poprzednim tekście podano liczbę 591 500 pacjentów. Została ona zastąpiona danymi Vektis: 593 000 pacjentów objętych opieką środowiskową (wijkverpleging) w 2024 r. [3].
Kompetencje zdrowotne / umiejętności cyfrowe	W poprzedniej wersji tekstu wykorzystano starszą liczbę dotyczącą kompetencji zdrowotnych – „co czwarty” – pochodzącą z arkusza informacyjnego Pharos z 2023 r. W zweryfikowanej wersji zastosowano aktualne dane Pharos: 35% osób ma trudności ze znalezieniem, zrozumieniem i oceną informacji dotyczących zdrowia; prawie co piąta osoba w wieku powyżej 12 lat ma ograniczone umiejętności cyfrowe [26a, 26b].
Źródło dotyczące WGBO	Ogólne odniesienie do RIVM zostało zastąpione konkretną stroną RIVM poświęconą WGBO oraz, w stosownych przypadkach, dodatkowym źródłem dotyczącym praw pacjenta w stosownych przypadkach [22].
Źródło dotyczące Wlz	Łączna liczba dotycząca Wlz jest obecnie powiązana z publikacją „De Staat van Volksgezondheid en Zorg / Monitor Langdurige Zorg”, opartą na danych CIz, z podaniem daty źródła i statusu tymczasowego [2].

1. Przegląd krajowy

Obszar	Zweryfikowane kluczowe ustalenia i krótka analiza	Konsekwencje dla SUPPORT
Ludność i starzenie się społeczeństwa	Na początku 2025 r. w Holandii mieszkało 3,76 mln osób w wieku 65 lat i starszych 0,9 mln mieszkańców w wieku powyżej 80 lat. CBS prognozuje, że do 2070 r. liczba osób w wieku powyżej 80 lat wzrośnie do 2,1 mln [1]. Starzenie się społeczeństwa stanowi zatem presję strukturalną na opiekę domową, opiekę długoterminową oraz wsparcie środowiskowe.	W ramach WP3 należy traktować osoby starsze oraz starszych wolontariuszy jako głównych użytkowników: krótkie moduły praktyczne, przystępny język i ćwiczenia oparte na scenariuszach. W ramach WP4 należy założyć, że z rozwiązania będą korzystać starsi opiekunowie i osoby objęte opieką: duża czcionka, niewielka liczba kroków i brak skomplikowanych procedur logowania.
Osoby o wysokich potrzebach w zakresie opieki	Raport „De Staat van Volksgezondheid en Zorg” podaje, że w listopadzie 2024 r. 376 425 osób posiadało ważne wskazanie Wlz, na podstawie danych Monitor Langdurige Zorg/CIz; źródło zaznacza, że liczba ta ma charakter tymczasowy [2]. Vektis podaje, że w 2024 r. 593 000 klientów korzystało z opieki środowiskowej (wijkverpleging) [3].	Program SUPPORT powinien priorytetowo traktować koordynację opieki nad osobami mieszkającymi w domu lub w małych placówkach lub środowiskach lokalnych, a nie tylko w placówkach opiekuńczych. Szkolenia powinny wyjaśniać ścieżki postępowania w ramach ustaw Wmo, Zvw i Wlz oraz progi eskalacji.



Demencja i zachowania niezrozumiałe/zaburzone	RIVM prognozuje wzrost liczby osób cierpiących na demencję z 261 000 w 2022 r. do 506 000 w 2050 r. [4]. W 2024 r. policja odnotowała 149 827 incydentów z udziałem osób wykazujących zachowania niezrozumiałe lub dezorientowane [5]. Trimboś podkreśla, że takie zachowania niekoniecznie mają podłoże psychiatryczne i często odzwierciedlają złożone problemy w różnych sferach życia [6].	W ramach WP3 należy unikać wąskiego ujęcia ograniczającego się wyłącznie do demencji. Moduły powinny obejmować zachowania dezorientacyjne jako praktyczną kategorię nadrzędną: zaburzenia funkcji poznawczych, kryzysy psychospołeczne, traumę/stres, trudności w komunikacji, agresję, błąkanie się i dezorientację.
Nieformalni opiekunowie	Rijksoverheid podaje, że jest około 5 milionów nieformalnych opiekunów, czyli mniej więcej jedna na trzy osoby [7]. CBS odnotowało w 2023 r. 1,9 miliona opiekunów w wieku powyżej 16 lat w ramach	Nieformalni opiekunowie są niezbędni, ale już teraz znajdują się pod presją. W ramach WP3 należy uwzględnić dbanie o siebie,
Obszar	Zweryfikowane kluczowe ustalenia i krótka analiza	Konsekwencje dla programu SUPPORT
	ściślejszą definicję, co daje średnio 13 godzin tygodniowo [8]. Dane te nie są sprzeczne: operują się na różnych definicjach i progach.	ustalenie granic, jasność ról i ścieżki skierowań. WP4 powinno zmniejszać obciążenie związane z koordynacją, a nie tworzyć dodatkowych obowiązków sprawozdawczych.

2. Struktura holenderskiego systemu opieki i kontekst kadrowy

Wskaźnik	Zweryfikowane ustalenia i analiza	Implikacje dla projektu SUPPORT
2.1 Luki kadrowe i wyzwania	Oficjalny model prognostyczny „Prognosemodel Zorg en Welzijn” wskazuje, że pod koniec 2024 r. w sektorze opieki i pomocy społecznej, z wyłączeniem opieki nad dziećmi, zatrudnionych będzie 1,54 mln pracowników. Model ten przewiduje 23-procentowy wzrost zapotrzebowania na personel w latach 2024–2035 oraz oczekiwany niedobór 301 000 pracowników na rynku pracy do końca 2035 r. w scenariuszu referencyjnym [9]. Również Rijksoverheid ostrzega, że jeśli nic się nie zmieni, niedobór ten może wzrosnąć do 301 000 osób do 2035 r. [9].	Potwierdza to logikę programu SUPPORT: przeszkoleni wolontariusze, emeryci i nieformalni opiekunowie mogą wzmocnić krąg opieki, ale wyłącznie w ograniczonych, nadzorowanych, nieklinicznych rolach powiązanych z eskalacją do profesjonalistów. Pakiet roboczy 3 (WP3) powinien obejmować rozpoznawanie sytuacji kryzysowych, łagodzenie napięć i przekazywanie opieki; pakiet roboczy 4 (WP4) powinien wspierać łatwego podziału zadań i systemów ostrzegania.
2.2 Struktura opieki	Holandia posiada mieszaną i zdecentralizowaną strukturę opieki. Gminy organizują wsparcie w ramach ustawy Wmo w domu, w tym wsparcie na rzecz uczestnictwa w życiu społecznym oraz opieki nieformalnej; ubezpieczyciele zdrowotni finansują pielęgniarstwo i opiekę osobistą w domu na mocy ustawy Zvw; ustawa Wlz obejmuje osoby z trwałym zapotrzebowaniem na stały nadzór lub całodobową opiekę w pobliżu [10, 11].	Wdrażanie powinno opierać się na partnerstwie lokalnym. Gminy, wijkverpleging, pracownicy socjalni, sieci ds. demencji, GGZ, platformy wolontariackie oraz organizacje społeczne mają większe znaczenie dla projektów pilotażowych niż sama polityka centralna. W ramach WP5 należy pozycjonować Surplus/Visier jako lokalnych pośredników.
2.3 Emeryci i wolontariusze	IGJ stwierdza, że podmiot świadczący opiekę ponosi odpowiedzialność za działania wolontariuszy, gdy są oni angażowani w zadania opiekuńcze [12]. Od wolontariuszy pracujących z osobami wymagającymi szczególnej troski, takimi jak osoby starsze lub dzieci, wymaga się posiadania zaświadczenia o niekaralności (VOG) lub oczekuje się tego od nich w znacznym stopniu; rzad oferuje bezpłatny program uzyskiwania zaświadczenia VOG dla takich wolontariuszy [13]. Limity wynagrodzenia wolontariuszy zwolnionego z podatku w 2026 r. wynoszą 5,75 EUR/godzinę dla wolontariuszy w wieku powyżej 21 lat, 220 EUR/miesiąc i 2 200 EUR/rok [14].	Program SUPPORT nie powinien przedstawiać wolontariuszy jako zastępców personelu. Powinien on tworzyć sformalizowane ścieżki szkoleniowe: weryfikację kandydatów/VOG, sprawdzenie podstawowych kompetencji, umowę o poufności, wytyczenie granic zadań, nadzór i dokumentację. WP4 powinien obejmować uprawnienia oparte na rolach oraz jasne wskazówki dotyczące tego, „kiedy należy wezwać specjalistę”.

3. Kwalifikacje i ścieżki szkoleniowe

Obszar szkolenia	Zweryfikowane ustalenia i podstawy oparte na najlepszych praktykach	Implikacje dla WP3/WP4
3.1 Szkolenie zawodowe	Formalna praca w opiece zazwyczaj opiera się na kwalifikacjach MBO/HBO w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej, takich jak Verzorgende IG, pielęgniarstwo, praca socjalna oraz opieka nad osobami niepełnosprawnymi i z zaburzeniami zdrowia psychicznego. W przypadku demencji i onbegrepen gedrag holenderska praktyka oparta na dowodach naukowych obejmuje metodę ABC: personel uczy się obserwować działania/zachowania, badać przyczyny, czyli „czynniki wyzwalamace”, oraz analizować konsekwencje przed dostosowaniem podejścia [15]. Organizacja „Zorg voor Beter” podkreśla, że szkolenie powinno łączyć wiedzę, świadomość i zmianę zachowania [16].	W ramach WP3 należy stosować szkolenia oparte na praktyce: krótki wykład teoretyczny, obserwację przypadków, analizę w stylu ABC, odgrywanie ról oraz refleksję pod nadzorem. Główne treści: zrozumienie zachowań wynikających z dezorientacji, komunikacja skoncentrowana na osobie, łagodzenie napięć, opieka uwzględniająca traumę, struktura dnia, granice, dokumentacja i kierowanie do specjalistów.



Co-funded by
the European Union



3.2 Szkolenia dla nieformalnych opiekunów	Inicjatywy krajowe i organizacji pozarządowych zapewniają bezpłatne lub łatwo dostępne szkolenia dotyczące demencji, w tym szkolenia online dotyczące zmiany zachowań, szkolenia w zakresie postępowania z osobami z demencją oraz praktyczne szkolenia publiczne, takie jak „GOED omgaan met dementie” [17,18]. Zasoby te są przydatne, ponieważ opierają się na scenariuszach i są łatwo rozpoznawalne, a nie mają charakteru akademickiego.	W przypadku osób niebędących profesjonalistami pakiet roboczy WP3 powinien łączyć mikrouczenie, jednostronnicowe materiały drukowane, przykłady wideo oraz ćwiczenia praktyczne w trybie bezpośrednim. Części internetowe powinny obejmować rozpoznawanie objawów i podstawową wiedzę; warsztaty powinny dotyczyć komunikacji, scenariuszy agresji/odmowy, regulacji stresu oraz lokalnych ścieżek skierowań.
3.3 Modele międzypokoleniowe i integracyjne	Ośrodki spotkań dla osób z demencją i ich opiekunów są uznawane za dobrą praktykę w Holandii: są to placówki o niskim progu dostępu, działające w ramach społeczności lokalnej i prowadzone przez stały zespół profesjonalistów i wolontariuszy [19]. W ramach upowszechniania programu „Ośrodki Spotkań 3.0” wykorzystano narzędzia DementTalent, Dementelcoach oraz STAR Online dla opiekunów; strona projektu VUmc informuje o pozytywnych i opłacalnych wynikach, w tym o mniejszych zaburzeniach zachowania i nastroju wśród uczestników programu DementTalent oraz mniejszym obciążeniu opiekunów [20].	Program SUPPORT powinien opierać się na działaniach oparte na wzajemnej wartości, a nie na jednostronnej „pomocy”. Elementy międzypokoleniowe powinny być zorganizowane wokół znaczących rutynowych czynności, talentów, kontaktów społecznych i bezpiecznego uczestnictwa, przy zapewnieniu profesjonalnego wsparcia w razie potrzeby.
3.4 Etyka i prawo w opiece	Odpowiednie ramy prawne w Holandii obejmują ustawę Wzd dotyczącą opieki przymusowej nad osobami z demencją/schorzeniami psychogeriatrycznymi lub niepełnosprawnością intelektualną [21]; WGBOW odniesieniu do	WP3 wymaga oddzielnego modułu dotyczącego etyki i prawa : zgoda, zdolność do podejmowania decyzji, godność.
Obszar szkolenia	Zweryfikowane ustalenia i podstawa najlepszych praktyk	Konsekwencje dla WP3/WP4
	informacje, zgoda i prawa pacjentów [22]; Wkkgz w zakresie jakości, skarg i wyciągania wniosków z incydentów [23]; oraz przepisy RODO/AVG dotyczące danych dotyczących zdrowia jako danych osobowych szczególnej kategorii [24]. Ramy te mają szczególne znaczenie, gdy osoby niebędące profesjonalistami korzystają ze wspólnych aplikacji, notatek, zdjęć, funkcji lokalizacji lub zgłoszeń kryzysowych.	poufność, granice zgłaszania zdarzeń oraz bezpieczne eskalowanie. W ramach WP4 należy stosować zasadę minimalizacji danych, dostęp oparty na rolach, procedury uzyskiwania wyrażnej zgody, możliwość audytu oraz opcjonalne, a nie domyślne śledzenie lokalizacji.

4. Narzędzia cyfrowe w opiece

Obszar	Zweryfikowane ustalenia i analiza	Implikacje dla SUPPORT
4.1 Poziom cyfryzacji	Holandia jest krajem zaawansowanym cyfrowo: według danych CBS w 2025 r. 84% osób posiadało co najmniej podstawowe umiejętności cyfrowe, co stanowi najwyższy odsetek w UE [25]. Jednak według Pharos 35% dorosłych Holendrów ma trudności ze znalezieniem, zrozumieniem i oceną informacji dotyczących zdrowia, a prawie co piąta osoba w wieku powyżej 12 lat ma ograniczone umiejętności cyfrowe [26a, 26b].	Krajowa gotowość cyfrowa nie eliminuje ryzyka związanego z dostępnością. Użytkownikami platformy SUPPORT są starsi wolontariusze, nieformalni opiekunowie znajdujący się w sytuacji stresowej oraz beneficjenci z zaburzeniami funkcji poznawczych. Pakiet roboczy WP4 musi być „domyślnie łatwy w obsłudze”: poziom języka holenderskiego B1, ikony, niewielka liczba opcji do wyboru, duże przyciski oraz materiały pomocnicze do wydrukowania.
4.2 Istniejące praktyki w zakresie e-zdrowia i opieki hybrydowej	Raport „Monitor Digitale Zorg 2024” wykazał wzrost wykorzystania i dostępności aplikacji do opieki cyfrowej, takich jak portale pacjentów, telemonitoring i e-konsultacje [27,28]. W ramach opieki środowiskowej (wijkverpleging) w 2024 r. powszechnie stosowane są technologie wspomagające przyjmowanie leków oraz osobiste alarmy, a pielęgniarki środowiskowe (wijkverpleegkundigen) stosują się stosunkowo pozytywnie do opieki cyfrowej [29]. Wewnętrzna metodologia WP2 projektu SUPPORT wskazuje Goededag w Paradijsvogelwoningen jako odpowiednie narzędzie do organizacji dnia i przekazywania obowiązków: planowanie, zadania, przegląd obecności i procedury związane z klientami w jednym przepływie pracy [S1].	Narzędzie WP4 nie powinno naśladować portalu szpitalnego. Powinno wspierać hybrydową pracę w zakresie opieki społecznej: strukturę dnia, wspólne zadania, krótkie przekazania, sygnały dotyczące samopoczucia, wskazówki „co robić teraz” oraz eskalację. Przykład Goededag powinien zostać omówiony podczas spotkania TPM/walidacji jako holenderski przypadek referencyjny.
4.3 Bariery	Główne bariery nie mają wyłącznie charakteru technicznego. Zweryfikowane źródła wskazują na brak umiejętności korzystania z technologii cyfrowych i wiedzy na temat zdrowia, kwestie prywatności i zaufania, fragmentację systemów Wmo-Zvw-Wlz oraz systemów dostawców usług, czas personelu, niejasny podział odpowiedzialności między opiekunami formalnymi i nieformalnymi oraz ryzyko, że opieka cyfrowa ograniczy osobisty kontakt [26a-29].	Wymagania funkcjonalne dla WP4: (1) ekran główny z czterema ikonami: Dzisiaj, Co teraz?, Udostępnij, Nagły wypadek; (2) baza wiedzy „just-in-time” dotycząca agresji, odmowy współpracy, błędów i dezorientacji; (3) wspólna oś czasu oparta na rolach; (4) wyraźne monity dotyczące zgody/prywatności; (5) karty kryzysowe dostępne w trybie offline/do wydruku; (6) brak funkcji wymagających ciągłego profesjonalnego monitorowania, chyba że zapewniono odpowiednie zasoby.

5. Ostateczna synteza dla SUPPORT

- Główna luka kadrowa: niedobór personelu profesjonalnego oraz rosnąca złożoność opieki sprawiają, że niezbędny jest nadzorowany, rozszerzony krąg opiekuńczy, jednak role wolontariuszy i emerytów muszą być jasno określone i powiązane z profesjonalistami.
- Główna luka kompetencyjna: zarówno profesjonalni, jak i nieprofesjonalni opiekunowie potrzebują praktycznego szkolenia w zakresie zachowań niezrozumiałych/zaburzonych: rozpoznawania, komunikacji, łagodzenia napięć, organizacji dnia, radzenia sobie ze stresem, granic prawnych/etycznych oraz kierowania do odpowiednich służb.
- Główna luka cyfrowa: Holandia jest cyfrowo dojrzała na poziomie populacji, ale wśród użytkowników SUPPORT znajdują się opiekunowie o mniejszej pewności w korzystaniu z technologii oraz osoby objęte opieką z zaburzeniami funkcji poznawczych. W ramach WP4 należy zatem priorytetowo traktować użyteczność, przejrzystość, prywatność i koordynację opieki, a nie zaawansowane funkcje.
- Najlepsze praktyki do uwzględnienia w WP3: analiza zachowań niezrozumiałych w stylu ABC oraz holenderskie nieformalne uczenie się dostosowane do potrzeb osób z demencją, w połączeniu z ćwiczeniami scenariuszowymi w trybie bezpośrednim.
- Najlepsze praktyki do uwzględnienia w WP4: model cyfrowej organizacji dnia i przekazywania obowiązków stosowany w Goededag/Paradijsvogelwoningen, uzupełniony doświadczeniami z zakresu alertów dotyczących leków i alarmów osobistych z praktyki pielęgniarstwa środowiskowego (wijkverpleging).
- Grupy, którym należy nadać priorytet w wywiadach indywidualnych (IDI) i ankietach: personel VVT/pielęgniarstwa środowiskowego, pracownicy socjalni, personel GGZ/opieki środowiskowej, nieformalni opiekunowie osób z demencją lub przeżywających kryzys psychospołeczny, starsi wolontariusze/emeryci, przedstawiciele gminnych podmiotów działających w ramach ustawy Wmo, eksperci ds. cyfrowego zdrowia oraz opiekunowie o ograniczonej pewności w korzystaniu z technologii cyfrowych.

Bibliografia. Wykorzystane zweryfikowane źródła

[1] Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2025). „Prognoza demograficzna: więcej osób starszych niż młodych”.
<https://www.cbs.nl/en-gb/news/2025/51/population-forecast-more-elderly-than-young-people>

[2] De Staat van Volksgezondheid en Zorg / Monitor Langdurige Zorg (CBS/CIZ) (2025). „Wskazanie Wlz”.
<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/zorg-met-verblijf-indicatie>

- [3] Vektis (2025). „Factsheet Wijkverpleging”. <https://www.vektis.nl/nieuws/factsheet-wijkverpleging>
- [4] RIVM (2024). „Podwojenie liczby osób cierpiących na demencję i artrozę do 2050 r.” <https://www.rivm.nl/en/news/doubling-of-people-with-dementia-and-arthritis-by-2050>
- [5] Policja (2025). „Roczne dane policji: utrzymuje się wzrost liczby przypadków zakłócania porządku publicznego przez osoby o zaburzeniach orientacji”. <https://www.politie.nl/nieuws/2025/januari/16/00-jaarcijfers-politie-stijging-overlast-personen-met-verward-gedrag-houdt-aan.html>
- [6] Instytut Trimbos. „Osoby o niezrozumiałym zachowaniu”. <https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/mensen-met-onbegrepen-gedrag/>
- [7] Rząd holenderski. „Pomoc dla rosnącej liczby opiekunów nieprofesjonalnych”. <https://www.rijksoverheid.nl/themas/familie-zorg-en-gezondheid/mantelzorg/hulp-voor-toenemend-aantal-mantelzorgers>
- [8] CBS (2024). „Ile osób pełni rolę opiekuna nieformalnego?” <https://longreads.cbs.nl/nederland-in-cijfers-2024/hoeveel-mensen-zijn-mantelzorger/>
- [9] Model prognostyczny opieki i pomocy społecznej (VWS/ABF Research i partnerzy). Panel prognoz dotyczących rynku pracy; zob. również Rijksoverheid „Przeciwdziałanie niedoborom kadrowym w opiece i pomocy społecznej”. <https://prognosemodelzw.nl/> ; <https://www.rijksoverheid.nl/themas/familie-zorg-en-gezondheid/werken-in-de-zorg/personeelstekort-in-zorg-en-welzijn-tegengaan>
- [10] Rząd Holandii. „Długoterminowa opieka domowa”. <https://www.government.nl/themes/family-health-and-care/care-and-support-at-home/long-term-care-at-home>
- [11] Zorginstituut Nederland. „Dostęp do opieki w ramach ustawy Wlz”. <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/t/toegang-tot-wlz-zorg>
- [12] Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). „Przepisy prawne i odpowiedzialność wolontariusza”. <https://www.igj.nl/onderwerpen/themas-in-het-toezicht/inzet-personeel-in-de-zorg/samenwerken-met-vrijwilligers/wetgeving-en-verantwoording-ordelijkheden>
- [13] Rząd krajowy. „Zasady dotyczące wolontariuszy i organizacji wolontariackich”. <https://www.rijksoverheid.nl/kennis/training-abc-methodiek-onbegrepen-gedrag-ouders>
- [14] Urząd Skarbowy. „Wykonuję pracę wolontariacką i otrzymuję za to wynagrodzenie – czy muszę płacić podatek?” <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/werk-en-inkomen/content/ik-doe-vrijwilligerswerk-en-krijg-daarvoor-betaald>
- [15] Vilans (2025). „Metoda szkoleniowa ABC dotycząca postępowania w przypadku niezrozumiałych zachowań u osób starszych cierpiących na demencję”. <https://www.vilans.nl/kennis/training-abc-methodiek-onbegrepen-gedrag-ouders>
- [16] Zorg voor Beter (2024). „Szkolenia dotyczące postępowania z zachowaniami problemowymi”. <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/dementie/scholing/trainingen-omgaan-met-probleemgedrag>
- [17] Dementie.nl / Alzheimer Nederland. Materiały szkoleniowe online dotyczące demencji i zmian w zachowaniu. <https://www.dementie.nl/>
- [18] Samen Dementievriendelijk. Bezpłatne internetowe materiały szkoleniowe dotyczące postępowania z osobami cierpiącymi na demencję. <https://samendementievriendelijk.nl/>
- [19] Movisie. „Ośrodki spotkań dla osób z demencją i ich opiekunów”. <https://www.movisie.nl/interventie/ontmoetingscentra-mensen-dementie-hun-verzorgers>
- [20] ZonMw oraz Amsterdam UMC/VUmc. „Centra spotkań 3.0 / DementTalent, Dementelcoach i STAR Online”. <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/verspreiding-en-implementatie-van-drie-nieuwe-op-maat-interventies-dementalent> ; <https://www.vumc.nl/research/overzicht/academische-werkplaats-hulp-bij-dementie-na-de-diagnose-1/onderzoeken/ontmoetingscentra-3.0-verspreidings-en-implementatieimpuls-vimp-1.htm>
- [21] Przymus w opiece / Rząd krajowy. „Ustawa o opiece i przymusie”. <https://www.dwangindezorg.nl/wzd>
- [22] RIVM. „Ustawa o umowie o leczeniu medycznym (WGBO)”. <https://www.rivm.nl/cpt/kwaliteit-wet-en-regelgeving/wetgeving/wgbo>
- [23] Rząd krajowy. „Ustawa o jakości, skargach i sporach w opiece zdrowotnej (Wkkgz)”. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>
- [24] Urząd ds. Ochrony Danych Osobowych. „Wykorzystywanie i udostępnianie / przetwarzanie danych dotyczących zdrowia”. <https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/themas/gezondheid/gezondheidsgegevens-gebruiken-en-delen>
- [25] CBS (2026). „Holenderskie firmy w pierwszej trójce w UE pod względem cyfryzacji; holenderska ludność ma najlepsze umiejętności cyfrowe w UE”. <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2026/14/dutch-firms-in-top-three-in-eu-for-digitalisation-dutch-population-has-best-digital-skills-in-the-eu> [26a] Pharos. „Niski poziom umiejętności czytania i pisania oraz ograniczone kompetencje zdrowotne”. <https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>
- [26b] Pharos. „Umiejętności cyfrowe”. <https://www.pharos.nl/factsheets/digitale-vaardigheden/>
- [27] Nivel/RIVM/NeLL (2025). „Monitor opieki cyfrowej: stan opieki cyfrowej w 2024 r.” <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/monitor-digitale-zorg-stand-van-zaken-digitale-zorg-2024>
- [28] RIVM (2025). „Arkuszy informacyjny Monitor opieki cyfrowej 2024. Stan opieki cyfrowej”. <https://www.rivm.nl/documenten/monitor-digitale-zorg-2024-stand-van-zaken>
- [29] Nivel/RIVM (2025). „Monitor opieki cyfrowej: opieka cyfrowa w ramach opieki środowiskowej”. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/monitor-digitale-zorg-digitale-zorg-binnen-de-wijkverpleging>
- [30] Rząd holenderski (2023). „Krajowa wizja i strategia systemu informacji zdrowotnej”. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2023/03/31/nationale-visie-en-strategie-gezondheidsinformatiestelsel>
- [S1] Źródło wewnętrzne konsorcjum SUPPORT. WP2 Metodologia działań, sekcja 1.2, przykład Goededag/Paradijsvogelwoningen. Wewnętrzny dokument projektowy dostarczony przez Stichting Surplus / konsorcjum SUPPORT.

Opracowano dla Stichting Surplus / konsorcjum SUPPORT | Badania źródłowe, poziom krajowy | Zweryfikowano 6 maja 2026 r.

Załącznik C

Raport z badań źródłowych dotyczących Polski.

1. Przegląd sytuacji w kraju

Kraj: Polska **Liczba ludności:** 38,36 mln

Główne ustalenia (wraz z źródłami)	Krótką analiza (2–3 zdania)	Implikacje dla szkoleń (WP3)	Implikacje dla narzędzi cyfrowych (WP4)
Szacowana liczba osób wymagających opieki: • Około 21% populacji to osoby w wieku 65+ • Około 2,91 mln osób (7,6%) żyje z niepełnosprawnością • Spożycie alkoholu: Szacuje się, że 4–5 mln osób spożywa alkohol w sposób szkodliwy dla zdrowia, a 1–1,2 mln wymaga leczenia (Rudnicki, 2024) • Używanie narkotyków: Co roku około 29 500 osób rozpoczyna leczenie z powodu problemowego zażywania narkotyków (szacunki krajowe) Szacowana liczba opiekunów: Co najmniej 4 miliony osób regularnie świadczy nieformalną opiekę w Polsce. Głównymi opiekunami są członkowie rodziny.		Podobnie jak w Polsce, główną grupą docelową modelu szkolenia hybrydowego będą opiekunowie nieformalni. Głównym implikacją dla WP3 jest skupienie się na bardziej podstawowych informacjach dotyczących codziennej opieki, a nie na kwestiach organizacyjnych. Ważnymi obszarami szkolenia dla polskich uczestników będzie radzenie sobie ze złożonością dynamiki rodzinnej, zwłaszcza w zakresie wyznaczania granic między członkiem rodziny a opiekunem oraz kierowania do istniejących źródeł wsparcia.	Podobnie jak w Polsce, główną grupą docelową modelu szkolenia hybrydowego będą opiekunowie nieformalni; aplikacja powinna skupiać się na funkcjach, które mogą wspierać osobę indywidualną, a nie koordynować pracę grupową. Powinna ona zapewniać bezpieczeństwo podczas pracy w pojedynkę, np. poprzez przycisk alarmowy, oraz dostarczać wskazówki krok po kroku w sytuacji kryzysowej. Należy podkreślić, że opiekunowie należą do starszej grupy wiekowej, dlatego będą potrzebować prostego i ... układu oraz większych, wyraźnych czcionek.

2. Struktura systemu opieki i kontekst

Wskaźnik	Kluczowe ustalenia wraz ze źródłami i krótką analizą (3–4 zdania)	Implikacje dla projektu SUPPORT (WP3 i WP4)
2.1 Luki kadrowe i główne wyzwania	Niedobory kadrowe: W Polsce odnotowuje się znaczny niedobór pracowników opieki długoterminowej, a liczba wolnych stanowisk wynosi ponad 7674. Kraj ten ma jeden z najniższych wskaźników zatrudnienia w sektorze opieki długoterminowej wśród krajów OECD, a poziom zatrudnienia szacuje się na pięć razy niższy od średniej (OECD, 2024). Około 70% opieki świadczone jest w domu. Świadczenie opieki opiera się w dużej mierze na pracy nieodpłatnej, zwłaszcza kobiet w wieku powyżej 50 lat, oraz na nieformalnych oczekiwaniach społecznych, a nie na formalnych systemach Dostęp do formalnej opieki pozostaje ograniczony, ponieważ tylko około 13% osób starszych korzysta z formalnych usług opieki długoterminowej (OECD, 2025). Główne wyzwania: Osoby zawodowo zajmujące się opieką borykają się z wyzwaniami strukturalnymi: • Niskie wynagrodzenia: około 70% pracowników opieki społecznej zarabia niewiele więcej niż płaca minimalna • Długie godziny pracy: średnio 39,1 godziny tygodniowo, powyżej średniej UE (Eurostat, 2023) • Niedobór personelu w placówkach opieki stacjonarnej (DPS) • Nierówności regionalne, szczególnie widoczne na obszarach wiejskich • ograniczona formalizacja i słabe struktury wsparcia dla opiekunów nieformalnych Warunki te przyczyniają się do emigracji pracowników opieki (Sowada i in., 2019; Domagała i in., 2022) oraz wypalenia opiekunów, szczególnie wśród opiekunów nieformalnych (Stojak i in., 2019; Szlenk-Czyżerska i in., 2023)	- Wyrażna potrzeba zapewnienia regularnego, ustrukturyzowanego wsparcia oraz możliwości szkoleniowych dla opiekunów nieformalnych. Dostosowanych do potrzeb osób w wieku powyżej 50 lat - Konieczność przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu i utrzymania kadr poprzez zapewnienie odpowiednich materiałów oraz priorytetowe traktowanie dbania o siebie, regulacji emocjonalnej i równowagi między życiem zawodowym a prywatnym.
2.2 Struktura opieki Dominujący model: w dużym stopniu	W Polsce funkcjonuje zdecentralizowany, mieszany model opieki, w którym obowiązki są rozdzielone między samorządy lokalne (gminy), organizacje pozarządowe (NGO) oraz prywatnych usługodawców. Dominują usługi opieki domowej. Kluczowe kwestie: • Wysoki popyt i długie listy oczekujących na profesjonalne usługi.	Wpływ na strategię wdrożeniową (WP5): Czy należy skupić się na polityce centralnej, czy na partnerstwach lokalnych? Wdrażanie powinno priorytetowo traktować partnerstwa lokalne i interwencje na szczeblu gminnym, a nie scentralizowane podejścia polityczne.

centralizacja (państwo) czy decentralizacja?	Brak jednolitych krajowych standardów usług	
2.3 udział włączenie Emeryci /Wolontariusze Przepisy oraz regulacji udział	Chociaż wolontariat jest prawnie uznany na mocy ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (2003 r.), nie zapewnia on wynagrodzenia, składek emerytalnych ani świadczeń z ubezpieczenia społecznego, a także ulg podatkowych czy systemów rekompensat. Wolontariat pozostaje w dużej mierze nieformalny i słabo uregulowany (Źródło: Eurocarers; Gov.pl). Ponadto kultura długoterminowego, regularnego wolontariatu nie jest w Polsce zbyt silna.	Potwierdzenie potrzeby rozszerzenia siły roboczej (np. poprzez emerytów/wolontariuszy). Istotne elementy prawne i strukturalne stanowią bariery dla sformalizowania ról wolontariuszy i emerytów w opiece. Promowanie zaangażowania tej grupy mogłoby częściowo wypełnić lukę w ; jednak ich musiałoby podlegać regulowane i nadzorowane, aby zapobiec natychmiastowego wypalenia zawodowego.

3. Kwalifikacje i ścieżki szkoleniowe

3.1 Przegląd

Formalne zatrudnienie jako pracownik opieki społecznej zazwyczaj wymaga tytułu licencjata z zakresu pracy socjalnej lub dziedzin pokrewnych (np. psychologii, pedagogiki). Jednak w rzeczywistości sektor ten w dużym stopniu opiera się na asystentach opieki bez wyższego wykształcenia, którzy przechodzą szkolenia zawodowe i krótkie kursy.

Co istotne, opiekunowie rodzinni nie muszą posiadać żadnych formalnych kwalifikacji ani odbywać kursów – mogą po prostu rozpocząć świadczenie opieki. Dostęp do świadczeń zależy od oficjalnych ocen stopnia zależności, a nie od przeszkolenia

Celem tej sekcji jest zidentyfikowanie istniejących, **sprawdzonych modeli szkoleniowych**, które można wdrożyć lub rozszerzyć w ramach WP3.

Szkolenia są	Kluczowe ustalenia wraz ze źródłami	Opis najlepszych praktyk	Implikacje dla projektu SUPPORT (WP3 i WP4)
--------------	-------------------------------------	--------------------------	---

3.1 Szkolenie zawodowe	Kształcenie zawodowe w Polsce jest dostępne (brak)	Przykłady dobrych praktyk: Kurs „Siostra PCK” organizowany przez Polski Czerwony Krzyż	Jakie elementy programu formalnego powinny zostać uwzględnione w szkoleniu SUPPORT? Należy położyć nacisk na praktyczną naukę opartą na umiejętnościach
Szkolenie	w wielu przypadkach wymagane jest wykształcenie średnie), może być finansowane ze środków publicznych lub współfinansowane, zorientowane na praktykę.	Są one skierowane do osób bezrobotnych i nieformalnych opiekunów wchodzących do sektora opieki bez formalnych kwalifikacji medycznych. Zazwyczaj kosztują one 1 200–2 000 PLN, ale często są w całości finansowane ze środków publicznych i bezpłatne dla uczestników Główne atuty: - silny nacisk na umiejętności praktyczne i gotowość do podjęcia pracy - Uwzględnienie aspektów komunikacyjnych i psychologicznych - obowiązkowe praktyki zawodowe	- zapewnienie dostępności i elastycznych ścieżek rekrutacji - uwzględnienie ścieżek finansowania ze środków publicznych - włączenie elementów szkolenia opartego na praktyce

3.2 Szkolenia nieformalne	Szkolenia dla nieformalnych opiekunów są organizowane na szczeblu lokalnym (gminy, organizacje pozarządowe, szpitale) i często są bezpłatne lub wspierane przez programy finansowane przez UE. Nie ma tu podejścia strukturalnego, takie możliwości szkoleniowe pojawiają się rzadko i nie opierają się na jednym programie nauczania.	Przykłady dobrych praktyk: Większość przykładów „dobrych praktyk” w zakresie szkoleń dla opiekunów rodzinnych w Polsce wynika ze współpracy samorządów lokalnych z inicjatywami Unii Europejskiej. Programy finansowane przez UE przyczyniły się do powstania zespołów opieki domowej oraz modeli szkoleń dla opiekunów na obszarach wiejskich. Opieka długoterminowa na obszarach wiejskich w Polsce.	Metodologia: Jakie metody (np. webinaria, warsztaty, materiały drukowane) okazały się skuteczne w pracy z opiekunami nieprofesjonalnymi? Najbardziej udane inicjatywy są powiązane z: - finansowaniem unijnym (np. Europejskim Funduszem Społecznym) - Obejmują one kompleksowe, regularne możliwości szkoleniowe połączone z praktycznym wsparciem, takim jak opieka zastępcza dla opiekunów - współpracą samorządów lokalnych z organizacjami pozarządowymi Wnioski dotyczące WP3: - należy opierać się na modelach społecznościowych i wspieranych przez UE
3.3 Międzypokoleniowe	Międzypokoleniowe ośrodki aktywności stanowią	przykłady programów opieki, które łączą różne pokolenia	Metodologia: Jak wspierać integrację międzypokoleniową w ramach programu szkoleniowego SUPPORT? Zamiast sporadycznych kontaktów należy tworzyć przestrzenie i zorganizowane
/ integracja	zostały opracowane w miastach takich jak Warszawa.	lub uwzględnia osoby borykające się z barierami. <i>Senior+ czy Aktywni+</i> promują zaangażowanie międzypokoleniowe, łącząc osoby starsze z młodszymi wolontariuszami poprzez wspólną naukę i działania społeczne.	działania. Opieraj integrację na działaniach, które pozwalają na wzajemną wartość, a nie na jednostronnej dynamice „pomocy”. W miarę możliwości należy ograniczać hierarchię oraz budować wzajemny szacunek i zaufanie po obu stronach.
3.4 Etiopia cs/Law w opiece	Kluczowe dokumenty i publikacje dotyczące wyzwań etycznych i prawnych w opiece.		Treść: Wymóg stworzenia odrębnego modułu poświęconego etyce/prawu w kontekście cyfrowym. Wyniki wskazują na silną potrzebę włączenia elementów etycznych i prawnych do programu szkoleniowego SUPPORT.

	Najnowsze analizy naukowe wskazują na pojawiające się wyzwania etyczne w opiece długoterminowej. Do kluczowych wyzwań etycznych należą: • Zgoda na udzielenie informacji medycznych i autonomia. Wyzwania pojawiają się podczas wspierania osób z zaburzeniami funkcji poznawczych		Zalecane treści: • godność w opiece • świadoma zgoda (w tym w przypadkach ograniczonej zdolności do podejmowania decyzji) • ochrona i granice zawodowe • poufność i ochrona danych (w tym w kontekście cyfrowym)
--	--	--	---

	zaburzenia (np. demencja) • Granie odpowiedzialności Szczególnie niejasne w nieformalnych środowiskach opieki, gdzie członkowie rodziny pełnią rolę głównych opiekunów • Nierówny dostęp do opieki Różnice regionalne i długie listy oczekujących budzą obawy dotyczące sprawiedliwości i równości • Obciążenie i dobrostan opiekuna		
--	--	--	--

	i ich dobro stan Napię cie etyczn e międz y polega niem na niefor malny ch opieku nach a brakie m system owego wsparc ia • Ochro na danyc h i poufn ość Kwest ia ta nabier a coraz większ ego znacze nia wraz z cyfryz acją dokum entacji medyc znej • („Fronti ers in Public Health ” , 2025) .		
--	--	--	--

4. Narzędzia cyfrowe w opiece

Obszar szkoleniowy	Najważniejsze wnioski	Krótką analiza (4–5 zdań)
4.1. Poziom cyfryzacji	Główny krajowy sektor opieki zdrowotnej przeszedł cyfryzację i oficjalnie korzysta z elektronicznego systemu dokumentacji i rejestracji pacjentów. Kraj zajął 6. miejsce w UE w badaniu wskaźników e-zdrowia „Digital Decade” z 2025 r., osiągając poziom dojrzałości systemu na poziomie 92%, w porównaniu ze średnią unijną wynoszącą 83%. Systemy medyczne są zdigitalizowane na poziomie krajowym, jednak codzienna opieka i wsparcie behawioralne dla rodzin są nadal znacznie słabiej rozwinięte. Oznacza to, że opiekunowie często mają dobry dostęp do formalnej administracji opieki zdrowotnej, ale otrzymują mniejsze wsparcie w radzeniu sobie z trudnymi zachowaniami w domu.	Chociaż Polska poczyniła postępy w zakresie systemów e-zdrowia, cyfryzacja w sektorze opieki pozostaje - ograniczona i nierównomierna - skupia się przede wszystkim na administracji i dokumentacji medycznej Główne narzędzia dostępne dla opiekunów dotyczą przede wszystkim dokumentacji medycznej i są dostępne wyłącznie w nowoczesnych (najczęściej prywatnych) placówkach opiekuńczych. Większość polskich opiekunów <i>potrafi</i> korzystać z internetu, ale tylko część z nich posiada pewność w posługiwaniu się technologiami cyfrowymi oraz odpowiednie przeszkolenie, niezbędne do pełnego wykorzystania nowoczesnych narzędzi e-opieki, zwłaszcza w zakresie opieki behawioralnej.
4.2. Przykłady narzędzi e-zdrowia.	Skuteczny program szkoleniowy dla opiekunów nieformalnych/rodzinyh/wolontariuszy (organizowany przez organizację pozarządową, fundację itp.). - Samorządy lokalne wprowadziły platformy e-opieki (np. systemy teleopieki i miejskie portale wsparcia), które obejmują: systemy powiadamiania o sytuacjach kryzysowych dla osób starszych, narzędzia do zdalnego monitorowania portale internetowe umożliwiające opiekunom dostęp do informacji i usług - Caritas Polska wdrożyła programy nauczania mieszanego dla opiekunów nieformalnych, które obejmują: materiały edukacyjne online (podstawowe wytyczne dotyczące opieki, opieka nad osobami z demencją, higiena) - zdalne konsultacje z profesjonalistami w dziedzinie opieki - cyfrowe narzędzia koordynacyjne służące do organizowania usług wsparcia w zakresie opieki domowej Finansowany przez UE projekt „Opieka długoterminowa na obszarach wiejskich” (projekty w ramach EFS) w Polsce. Wykorzystano cyfrowe narzędzia koordynacyjne oraz szkolenia dla zespołów opieki domowej, a także zapewniono wsparcie opiekunom nieformalnym poprzez zdalne doradztwo i sieci lokalne.	Narzędzia cyfrowe wdrożone dotychczas w polskim systemie opieki wydają się nieprecyzyjne i odpowiadają jedynie na powierzchowne potrzeby. Są to raczej ogólne narzędzia zdrowotne i administracyjne, a nie rozwiązania dostosowane specjalnie do potrzeb opiekunów, ich dobrego samopoczucia i edukacji.



4.3. Bariery	Do głównych barier należą: - niski poziom umiejętności cyfrowych, ponieważ opiekunami są głównie osoby starsze - regionalne dysproporcje w zakresie infrastruktury ograniczone środki finansowe na innowacje cyfrowe	
---------------------	--	--

Załącznik D.

Raport z badań źródłowych dotyczących Włoch

1. Przegląd sytuacji w kraju

Kraj: Włochy

Liczba ludności: na początku 2026 r. populacja Włoch wynosiła około 59 milionów osób. Około 25% z nich ma ponad 65 lat, a ponad 2,5 miliona ma ponad 85 lat (źródło: ISTAT – oficjalny włoski instytut statystyczny. www.istat.it/en/press-release/demographic-indicators-year-2025/)

Najważniejsze ustalenia (wraz ze źródłami)	Krótka analiza	Implikacje dla szkoleń (WP3)	Implikacje dla narzędzi cyfrowych (WP4)
Szacowana liczba osób wymagających opieki: We Włoszech około 1,2 miliona osób cierpi na demencję, z czego ponad połowa to osoby dotknięte chorobą Alzheimera. Ponadto prawie 900 tysięcy osób cierpi na łagodne zaburzenia neuropoznawcze i łagodne zaburzenia poznawcze (źródło: włoskie Ministerstwo Zdrowia, Światowy Dzień Alzheimera 2025). Ogólna liczba osób starszych wymagających długoterminowej opieki przekracza 4 miliony; grupa ta obejmuje między innymi osoby cierpiące na demencję i poważne zaburzenia poznawcze (źródło: Raport OASI 2025). Mówiąc o zachowaniach dezorientacyjnych, należy uwzględnić również inne grupy obywateli, takie jak osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków, jednak bardzo trudno jest oszacować ich potrzeby w zakresie opieki. Oficjalne statystyki nie podają jednej konkretnej liczby	Tak zwany stan splątania występuje częściej w starszym wieku i może być spowodowany kilkoma czynnikami, w tym zatruciem alkoholem i narkotykami, urazem głowy, gorączką, nowotworem mózgu, zaburzeniami równowagi płynów lub elektrolitów, demencją, udarem mózgu, infekcjami, brakiem snu, niskim poziomem cukru we krwi lub tlenu, niedoborami żywieniowymi, drgawkami, hipotermią lub stosowaniem niektórych leków (źródło: szpital badawczy Humanitas). Tylko niewielka część tych schorzeń ma tendencję do przechodzenia w stan przewlekły i wymaga pomocy innych osób. Stany splątania prowadzące do konieczności długoterminowej opieki są zatem w dużej mierze związane z populacją osób starszych oraz z osobami dotkniętymi uzależnieniem od alkoholu lub narkotyków, dla których konieczne są ścieżki powrotu do zdrowia o różnym czasie trwania, w zależności od stopnia nasilenia uzależnienia i związanych z nim	Włoskie dane wskazują na zróżnicowaną grupę docelową, ponieważ nie tylko formalna Opiekunowie potrzebują odpowiedniego szkolenia: należy uwzględnić opiekunów rodzinnych, płatnych asystentów rodzinnych (zarejestrowanych i/lub niezarejestrowanych), pracowników służb socjalnych i służby zdrowia, wolontariuszy, a być może także emerytów. Podstawowe moduły powinny obejmować: rozpoznawanie objawów dezorientacji i sygnałów ostrzegawczych; demencję i stan MCI; komunikację i łagodzenie napięć; bezpieczne rutyny domowe; korzystanie z usług; dbanie o własne zdrowie przez opiekunów; kwestie etyczne, prywatność i zgodę; a także podstawowe umiejętności cyfrowe, aby być przygotowanym do korzystania z narzędzi e-zdrowia. Pomimo faktu, że problemy związane z uzależnieniami dotyczą raczej potencjalnej opieki w fazach ostrych niż w stanach, które mają tendencję do przechodzenia w stan przewlekły, warto byłoby rozważyć możliwość	Narzędzia WP4 powinny być skuteczne, ale proste i przystępne również dla osób niebędących profesjonalistami. Muszą być dostępne w kilku językach, aby zaspokoić potrzeby wielu migrantów mieszkających i pracujących we Włoszech jako asystenci rodzinni. Ponadto niezbędna jest dostępność dla starszych opiekunów i użytkowników o niskim poziomie umiejętności cyfrowych, ponieważ bardzo często opiekunowie rodzinni są w tym samym wieku co osoby, którymi się opiekują. WP4 mogłoby zawierać opcjonalne pola obserwacyjne dotyczące czynników ryzyka związanych z substancjami psychoaktywnymi, bez przypisywania diagnoz: nagła zmiana zachowania, podejrzenie odurzenia, interakcje między lekami lub substancjami, nieobecności na wizytach, kontakty w sytuacjach kryzysowych oraz notatki dotyczące skierowań. Narzędzie musi unikać

osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków wymagających ciągłej opieki. Według włoskiego Ministerstwa Zdrowia około 780 tysięcy osób w wieku powyżej 15 lat to osoby nadużywające alkoholu, które klinicznie „wymagają leczenia”, podczas gdy około 65 tysięcy osób uzależnionych od alkoholu pozostawało pod opieką placówek zajmujących się problemami alkoholowymi w 2023 r. Ponadto w Rocznym sprawozdaniu dla parlamentu z 2025 r. dotyczącym uzależnień od narkotyków we Włoszech mowa jest o około 134 tysiącach osób, które w 2024 r. pozostawały pod opieką placówek zajmujących się uzależnieniami, a około 24 tysiące przebywało w społecznościach terapeutycznych lub akredytowanych prywatnych placówkach sektora społecznego. Ta ostatnia grupa stanowi najbliższy dostępny wskaźnik zastępczy dla osób wymagających intensywnej, ciągłej lub stacjonarnej/półstacjonarnej opieki. ● Szacowana liczba opiekunów: Według włoskiego Ministerstwa Zdrowia około 6 milionów osób jest bezpośrednio zaangażowanych w opiekę nad osobami cierpiącymi na demencję, jeśli uwzględnić opiekunów rodzinnych. Jednak jeśli przeanalizujemy dokumentację dotyczącą uznawania i ochrony opiekunów z 2026 r. (opartą na skonsolidowanych danych ISTAT z 2019 r.), ponad 7 milionów opiekunów rodzinnych posiada uprawnienia do sprawowania opieki nad członkami rodziny przynajmniej raz w tygodniu; około 8 milionów zapewnia opiekę w szerszym zakresie. Ponadto stałe opiekunki i opiekunowie rodinni stanowią kluczowy element siły roboczej, a DOMINA odnotowała w 2025 r. duży i starzejący się rynek pracy w sektorze opieki domowej oraz oszacowała liczbę stałych opiekunek i opiekunów rodzinnych na około 413 tysięcy w 2024 r. Pomimo tej pozornie niewielkiej liczby wszyscy wiedzą, że stała opieka stanowi jedynie niewielką część, ponieważ większość	schorzeń, które mogą z tego wynikać. We Włoszech istnieje bardzo duże i rosnące zapotrzebowanie na opiekę, wynikające ze starzenia się społeczeństwa, demencji, łagodnych zaburzeń poznawczych (MCI), poważnej słabości fizycznej/braku samowystarczalności, ryzyka ostrego splątania/delirium, problemów ze zdrowiem psychicznym/wrażliwości społecznej oraz dezorientacji w codziennym życiu. Aby zrozumieć, jak wygląda sytuacja, należy podkreślić, że włoski system opieki w znacznym stopniu opiera się na rodzinach i prywatnej opiece domowej, a formalna opieka stacjonarna zaspokaja jedynie część zapotrzebowania.	należy uwzględnić w modułach szkoleniowych pewne „wskazówki” dla opiekunów i wolontariuszy mających do czynienia z osobami uzależnionymi od alkoholu i narkotyków, dotyczące rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych, ułatwiania bezpiecznej komunikacji w trakcie odurzenia lub odstawienia itp.	nie zastępuje profesjonalnej oceny i powinno wspierać szybki kontakt z Ser.D, służbami ratunkowymi oraz lokalnymi sieciami socjalno-zdrowotne.
--	--	--	---

pracy wykonywana jest przez opiekunów niezarejestrowanych, których liczby oczywiście nie da się dokładnie oszacować. W 2023 r., zgodnie z raportem Ministerstwa Zdrowia dotyczącym alkoholu, 442 ośrodków/grup zajmujących się uzależnieniem od alkoholu prowadziło terapię dla osób nadużywających alkoholu, natomiast w odniesieniu do narkotyków nielegalnych w Rocznym sprawozdaniu dla parlamentu z 2025 r. dotyczącym uzależnień mowa jest o 570 aktywnych ośrodkach Ser.D (włoski skrót oznaczający Służbę Zapobiegania i Leczenia Uzależnień), niestety bez podania liczby osób pracujących w tych placówkach.			



2. Struktura systemu opieki i kontekst

Wskaźnik	Kluczowe ustalenia wraz ze źródłami i krótką analizą (3–4 zdania)	Implikacje dla projektu SUPPORT (WP3 i WP4). W odniesieniu do wskaźnika 2.2 proszę rozważyć wpływ na strategię wdrożeniową (WP5) projektu: czy należy skupić się na polityce centralnej, czy na partnerstwach lokalnych?
2.1 Luki kadrowe i kluczowe wyzwania	Włochy borykają się ze strukturalnym niedopasowaniem popytu na opiekę do dostępnych usług formalnych. Według danych ISTAT na dzień 1 stycznia 2024 r. w kraju funkcjonowało 12 987 placówek opieki społecznej i opieki społeczno-zdrowotnej o charakterze stacjonarnym, dysponujących około 426 000 łóżek i przyjmujących 385 871 pensjonariuszy, przy czym występowała znaczna nierównowaga terytorialna: 10,5 łóżka na 1 000 mieszkańców w regionie północno-wschodnim w porównaniu z 3,4 w regionie południowym. Skąd biorą się tak duże różnice terytorialne? Ponieważ we Włoszech za organizację i zarządzanie finansowe służbą zdrowia odpowiadają regiony, co może powodować znaczne różnice. Południe Włoch od zawsze pozostawało w tyle we wszystkich sektorach. W placówkach opieki stacjonarnej zatrudnionych jest prawie 395 000 jednostek personelu, w tym pracownicy etatowi, wolontariusze i urzędnicy służby cywilnej, ale nie obejmuje to znacznie większego obciążenia związanego z opieką domową. Łączne obciążenie związane z demencją, łagodnymi zaburzeniami poznawczymi (MCI), niepełną samowystarczalnością oraz opieką rodzinną wskazuje, że niedobory kadrowe należy rozwiązywać poprzez modele hybrydowe, oparte na społeczności lokalnej i wspierane technologiami cyfrowymi. Kolejne wyzwanie kadrowe dotyczy usług związanych z uzależnieniami. Opieka nad osobami uzależnionymi od alkoholu obejmowała w 2023 r. 442 placówki/grupy i 4 457 jednostek personelu, z których większość była tylko częściowo zaangażowana w działalność związanej z alkoholem (źródło: włoskie Ministerstwo Zdrowia). Opieka nad osobami uzależnionymi od narkotyków jest organizowana głównie poprzez usługi Ser.D (publiczne) oraz akredytowane wspólnoty terapeutyczne. Wspólnoty te są w większości przypadków prywatne, ale zazwyczaj są powiązane z Narodową Służbą Zdrowia, która pokrywa pełne koszty utrzymania systemu oraz opłaty za pobyt mieszkańców.	Program SUPPORT powinien skupiać się na praktycznym podnoszeniu kwalifikacji „rozszerzonych zespołów opiekuńczych”: pracowników formalnych, asystentów rodzinnych, opiekunów rodzinnych, wolontariuszy i emerytów. Szkolenie powinno obejmować zakres obowiązków i kryteria eskalacji, tak aby osoby niebędące profesjonalistami wiedziały, co mogą bezpiecznie robić i kiedy należy wezwać profesjonalną pomoc. WP4 powinno zmniejszyć obciążenie związane z koordynacją, a nie zastępować kontakt międzyludzki. Program SUPPORT nie powinien szkolić opiekunów w zakresie „leczenia” uzależnień. Zamiast tego powinien pomagać im w rozpoznawaniu sytuacji ryzyka, bezpiecznej komunikacji, dokumentowaniu obserwacji, angażowaniu specjalistów oraz unikaniu stygmatyzacji. Szkolenie powinno łączyć opiekę nad osobami wykazującymi zachowania dezorientacyjne z usługami w zakresie uzależnień, usługami w zakresie zdrowia psychicznego oraz miejskimi służbami socjalnymi.
2.2 Struktura opieki Dominujący model: wysoce scentralizowany (państwo wy) czy zdecentralizowany?	Włochy posiadają Krajową Służbę Zdrowia, kierowaną przez Ministerstwo Zdrowia, ale jak już wspomniano, organizacja opieki zdrowotnej i społecznej jest wysoce zdecentralizowana. Regiony planują i zarządzają usługami zdrowotnymi i usług socjalno-zdrowotnych, podczas gdy gminy i lokalne okręgi socjalne odgrywają kluczową rolę w pomocy społecznej. Ustawa uchwalona w 2022 r. określa krajowe standardy terytorialnej opieki zdrowotnej, w tym domów społeczno-socjalnych, szpitali społeczno-socjalnych, opieki domowej i terytorialnych centrów operacyjnych, ale wdrażanie odbywa się na szczeblu regionalnym/lokalnym (źródło: PNRR Salute, reforma terytorialnej opieki zdrowotnej). Kolejna ustawa dotycząca polityki wobec osób starszych oraz reformy opieki długoterminowej, uchwalona w 2023 r. po pandemii Covid-19, promuje zintegrowany dostęp, wielowymiarową ocenę oraz spersonalizowane planowanie opieki, jednak również w tym przypadku wymaga ona wdrożenia na szczeblu regionalnym i lokalnym, które znacznie się opóźnia. W przypadku uzależnień struktura opieki jest również zdecentralizowana: krajowa polityka i ramy prawne współistnieją z regionalnymi organizacjami zdrowia, lokalnymi służbami Ser.D, służbami zajmującymi się problemami alkoholowymi, akredytowanymi wspólnotami terapeutycznymi, gminami oraz podmiotami trzeciego sektora	W przypadku strategii wdrożeniowej WP5 Włochy potrzebują lokalnych partnerstw bardziej niż samego centralnego wsparcia. Polityka krajowa tworzy ramy, ale projekty pilotażowe i wdrażanie powinny angażować lokalne okręgi zdrowotne, gminy, okręgi socjalne, ośrodki ds. zaburzeń poznawczych i demencji, domy opieki, organizacje wolontariackie oraz stowarzyszenia opiekunów. Jednocześnie we Włoszech wdrażanie działań związanych z uzależnieniami powinno priorytetowo traktować lokalne partnerstwa z lokalnymi okręgami zdrowotnymi (zwanymi ASL lub USL, w zależności od regionu), służbami ds. uzależnień (o nazwie Ser.D), służbami ds. alkoholizmu, wspólnotami terapeutycznymi, oddziałami ratunkowymi oraz gminami, a nie

	inicjatyw. Jednak również w tym przypadku opieka i pomoc rodzinna odgrywają zdecydowanie dominującą rolę.	niż poleganie wyłącznie na krajowych kanałach politycznych.
2.3 Udział emerytów /wolontari uszy Przepisy i regulacje	Wolontariusze i emeryci mogą wspierać integrację społeczną, pomoc w orientacji, transport, działania społecznościowe oraz wsparcie w zakresie zadań o niskim stopniu ryzyka, nie mogą jednak zastępować wykwalifikowanego personelu medycznego i pracowników opieki społecznej. Kodeks trzeciego sektora reguluje działalność organizacji wolontariackich oraz obowiązki ubezpieczeniowe wolontariuszy, natomiast kwestie uznania i wsparcia dla opiekunów są regulowane na poziomie krajowym i regionalnym. W przypadku płatnych asystentów rodzinnych krajowe wytyczne szkoleniowe z 2025 r. określają wspólne standardy kompetencji oraz walidacji/certyfikacji, nie czyniąc jednak kwalifikacji warunkiem dostępu do pracy w gospodarstwie domowym. Stwarza to organizacjom typu SUPPORT możliwość szkolenia osób niebędących profesjonalistami, przy zachowaniu jasnych zabezpieczeń, granic ról, zasad prywatności oraz protokołów kierowania do odpowiednich instytucji. Udział wolontariuszy i podmiotów społecznych ma szczególne znaczenie w przypadku uzależnień. Raport Ministerstwa Zdrowia dotyczący alkoholu opisuje podejścia oparte na społeczności lokalnej, takie jak szkolenia CAT/ARCAT oraz ekologiczno-społeczna metoda Hudolina, w tym 50-godzinny kurs uwrażliwiający skierowany do członków Klubu i społeczności, a także regionalne projekty profilaktyczne angażujące szkoły, rodziny, gminy, stowarzyszenia sportowe i społeczne oraz środowiska związane z życiem nocnym (źródło: włoskie Ministerstwo Zdrowia).	W odniesieniu do działań szkoleniowych w ramach WP3 wskazane byłoby uwzględnienie ograniczeń ról wolontariuszy i emerytów, obowiązki opiekuńcze związane z bezpieczeństwem, kwestie ubezpieczeniowe, ochronę dzieci, prywatność, poufność oraz procedury eskalacji w sytuacjach awaryjnych. W ramach WP4 należy zapewnić, by wolontariusze nie podejmowali decyzji medycznych; zamiast tego powinni skupiać się na obserwacji, dokumentacji i komunikacji z profesjonalistami lub członkami rodziny. Projekt SUPPORT może przełożyć to na szkolenia oparte na społeczności lokalnej, podczas których wolontariusze, emeryci i nieprofesjonalni opiekunowie nauczą się rozpoznawać wczesne sygnały ostrzegawcze, utrzymywać bezpieczną relację oraz wiedzieć, kiedy i gdzie skierować osobę wymagającą pomocy, nie przyjmując na siebie odpowiedzialności klinicznej.

3. Kwalifikacje i ścieżki szkoleniowe

a. Przegląd

Celem tej sekcji jest zidentyfikowanie istniejących, **sprawdzonych modeli szkoleniowych**, które można zaadaptować lub rozszerzyć w ramach WP3 projektu SUPPORT.

Obszar szkolenia opiekunów	Kluczowe ustalenia wraz ze źródłami	Opis najlepszych praktyk	Implikacje dla projektu SUPPORT (WP3 i WP4)
3.1 Szkolenie zawodowe opiekunów	Formalna opieka długoterminowa we Włoszech obejmuje regionalne profile zawodowe, takie jak OSS (operator społeczno-zdrowotny), pracownicy socjalni, pedagodzy, pielęgniarki i inne zawody regulowane. W odniesieniu do asystentów rodzinnych Ministerstwo Pracy przyjęło w 2025 r. krajowe wytyczne w celu zdefiniowania standardowych efektów szkolenia dla asystentów wspierających osoby starsze osób niesamodzielnych w domu. Wytyczne te są istotne, ponieważ tworzą wspólny punkt odniesienia w zakresie kompetencji dla kadry, która często ma charakter nieformalny, składa się z migrantów, jest zatrudniona prywatnie i może nie być regularnie zarejestrowana. W przypadku opieki związanej z uzależnieniami formalne szkolenia są zazwyczaj wbudowane w ścieżki kształcenia w zakresie opieki zdrowotnej, socjalno-zdrowotnej i usług związanych z uzależnieniami, a nie w ramach jednej krajowej kwalifikacji dla opiekunów. Część Krajowego Planu Profilaktyki poświęcona uzależnieniom promuje szkolenia dla specjalistów, Europejski Program Nauczania w zakresie Profilaktyki (EUPC), krótkie porady oraz szkolenia multidyscyplinarne i międzysektorowe.	Rozporządzenie międzyresortowe zatwierdzone przez rząd włoski 9 września 2025 r. określa wytyczne dotyczące ustanowienia standardów szkoleniowych dla pracowników opieki. W oparciu o ten nowy akt prawny wdrożono już ogromną liczbę najlepszych praktyk szkoleniowych, wymagających minimalnego programu szkoleniowego obejmującego 70 godzin, skupiającego się na umiejętnościach technicznych, językowych, cyfrowych i związanych z bezpieczeństwem (źródło: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej). W zależności od organizacji prowadzącej dany kurs oraz wykorzystywanych w tym celu instrumentów finansowych, czasami kurs może wiązać się z opłatą za uczestnictwo, jednak większość z nich jest bezpłatna i finansowana w ramach EFS+, ale wyłącznie dla osób bezrobotnych. Przykłady dobrych praktyk to: - Kurs dla opiekunów organizowany przez ASL Roma 1 i Comunità di Sant'Egidio: 300 godzin, w tym 180 godzin szkolenia stacjonarnego i 120 godzin praktyki zawodowej, a także wstępny test z języka włoskiego i minimalne wymagania dotyczące frekwencji. - FILOS Formazione oferuje w Turynie i Novarze kurs rozpoczynający się w czerwcu 2026 r., który obejmuje 140 godzin szkolenia stacjonarnego + 60 godzin praktyki zawodowej. Wiele innych ośrodków szkoleniowych w Piemencie, takich jak En.A.I.P.	Z strategicznego punktu widzenia nie miałyby sensu, aby w ramach projektu SUPPORT tworzone formalny program szkoleniowy, który powielalby programy już oferowane przez organizacje szkoleniowe działające w tej dziedzinie, finansowane ze specjalnie przeznaczonych funduszy europejskich. Projekt SUPPORT ma bowiem na celu przyjęcie podejścia modułowego, inspirowanego programami formalnymi, ale krótszego i bardziej elastycznego: podstawowe procedury opieki, obserwacja zmian poznawczych/behawioralnych, komunikacja, bezpieczeństwo, kierowanie do odpowiednich służb, dokumentacja i narzędzia cyfrowe. Następnie w ramach WP4 można przekształcić treści formalne w cyfrowe obiekty mikrouczenia się, listy kontrolne i scenariusze z przewodnikiem. W odniesieniu do uzależnień i zachowań dezorientacyjnych w ramach projektu SUPPORT można rozważyć włączenie krótkiego formalnego modułu poświęconego podstawowym pojęciom dotyczącym skutków spożycia alkoholu/narkotyków, odróżnieniu stanu odurzenia od objawów odstawiennych, diagnozie podwójnej, zapewnieniu bezpieczeństwa, ścieżkom skierowań, progom sytuacji kryzysowych, prywatności oraz dokumentacji.

		oferować podobne kursy, zawsze bezpłatne i zawsze zarezerwowane dla osób bezrobotnych. Proszę wymienić tutaj kluczowe elementy mocnych stron: - Treści o charakterze multidyscyplinarnym. - Silny komponent praktyczny. - Nacisk na komunikację i bezpieczną mobilizację. - Możliwość zastosowania w grupach mieszanych, składających się z opiekunów rodzinnych i wolontariuszy.	
3.2 Nieformalne szkolenia dla opiekunów	We Włoszech opiekunowie nieformalni odgrywają kluczową rolę: jak już wspomniano, ponad 7 milionów opiekunów rodzinnych zapewnia cotygodniową opiekę swoim bliskim, a około 6 milionów osób jest bezpośrednio zaangażowanych w opiekę nad osobami z demencją. Szkolenia dla tej grupy są zazwyczaj krótkie, praktyczne i powiązane z instytucjami zdrowia publicznego, stowarzyszeniami lub lokalnymi służbami. Kurs ISS/Osservatorio Demenze dla członków rodzin osób z demencją ma na celu zebranie potrzeb rodzin oraz przekazanie kompetencji i strategii służących poprawie dobrostanu opiekunów i osób z demencją. Szkolenia nieformalne powinny również być skierowane do rodzin i nieformalnych opiekunów osób z zaburzeniami świadomości związanymi z uzależnieniem (dość często są to osoby, które w przeszłości zmagają się z uzależnieniem), zwłaszcza w sytuacjach, gdy osoba ta przechodzi od pozornej autonomii do stanów kryzysowych. Włoski system opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu obejmuje grupy samopomocy i wzajemnej pomocy,	Dostępne są przykłady dobrych praktyk: - IV kurs ISS/Osservatorio Demenze dla członków rodzin osób cierpiących na demencję (2026), bezpłatny i skierowany do opiekunów rodzinnych. - Materiały wideo ASL Roma 1 oraz kurs dla opiekunów z praktycznymi pokazami dotyczącymi przemieszczania, korzystania z wózka inwalidzkiego, ułożenia w łóżku oraz typowych błędów, których należy unikać. - Wiele lokalnych stowarzyszeń zajmujących się chorobą Alzheimera i demencją oferuje spotkania dla opiekunów, infolinie oraz materiały psychoedukacyjne. Spośród tych możliwości przeznaczonych dla można wyróżnić kilka skutecznych metod: - Krótkie warsztaty i webinaria. - Praktyczne pokazy. - Przewodniki w formie drukowanej/proste instrukcje. - Grupy wsparcia i kawiarnie dla osób z chorobą Alzheimera. - Krótkie filmy, z których można korzystać w domu. Niestety, istnieje bardzo niewiele inicjatyw o rzeczywistym znaczeniu, a te, które istnieją, mają zasięg ograniczony geograficznie; potrzebne jest szersze świadczenie usług, aby pomóc również osobom mieszkającym poza głównymi obszarami miejskimi. Wyzwania związane z dotarciem do rodzin mieszkających na obszarach śródlądowych	Chociaż szkolenia dla opiekunów rodzinnych są skierowane do osób poszukujących pracy, projekt SUPPORT mógłby wypełnić wyraźną lukę – szczególnie we Włoszech – w zakresie krótkich, praktycznych i skutecznych szkoleń dla opiekunów rodzinnych, którzy ponoszą większość ciężaru opieki nad bliskimi cierpiącymi na zaburzenia poznawcze i inne schorzenia powodujące dezorientację. Działania w ramach projektu SUPPORT w pakiecie roboczym 3 mogą okazać się przydatne, jeśli połączą warsztaty stacjonarne połączone z asynchronicznym mikroucznieniem. Najbardziej udane inicjatywy dotyczące konkretnych codziennych problemów, lokalnej orientacji na usługi oraz dobrego samopoczucia opiekunów. Jeśli chodzi o pakiet roboczy 4 (WP4), sytuacja we Włoszech sugerowałaby uwzględnienie jako przykładu cyfrowej biblioteki szkoleniowej zawierającej krótkie filmy, listy kontrolne do wydrukowania oraz proste ścieżki postępowania typu „co zrobić, jeśli...” w sytuacjach dezorientacji, pobudzenia, odmowy opieki oraz przeciążenia opiekunów. Należy pamiętać, że osoby zapewniające opiekę domową członkom rodziny z zaburzeniami funkcji poznawczych są często w podeszłym wieku lub mają ograniczone umiejętności cyfrowe. Nawet w przypadku stosowania hybrydowych metod szkoleniowych wykorzystujących narzędzi e-zdrowia na urządzeniach podłączonych do Internetu, aplikacje muszą być proste i intuicyjne, przy jednoczesnym większym

	takie jak Club Alcologici Territoriali, Anonimowi Alkoholicy oraz działania uświadamiające społeczność.	o słabym połączeniu komunikacyjnym z głównymi ośrodkami miejskimi podkreślają potrzebę zapewnienia usług szkoleniowych w zakresie technologii cyfrowych oraz wykorzystania narzędzi e-zdrowia.	wykorzystanie wspomnianych powyżej krótkich filmów.
--	--	---	--

3. 3 Współpraca międzypokoleniowa/integracja	Włochy mają odpowiednie praktyki integracyjne w zakresie demencji oparte na społeczności lokalnej. Społeczności przyjazne osobom z demencją (Dementia Friendly Communities), promowane przez Federazione Alzheimer Italia, mają na celu tworzenie miast i dzielnic, w których osoby z demencją są rozumiane, szanowane, wspierane i mogą uczestniczyć w życiu społeczności. Inicjatywy te angażują obywateli oraz takie podmioty, jak sklepy, apteki, szkoły, przestrzenie publiczne i lokalne służby, pokazując, że opieka to nie tylko zadanie profesjonalistów, ale także kompetencja społeczności. Najskuteczniejszym narzędziem wsparcia międzypokoleniowego pozostaje jednak, również w tym przypadku, rodzina. Rzeczywiście często zdarza się, że młodzi ludzie opiekują się swoimi dziadkami, rozwijając w ten sposób osobistą świadomość potrzeby odwzajemnienia się tym, którzy byli przy nich w ich wczesnych latach życia. Tego rodzaju wymiana międzypokoleniowa pomaga również młodym ludziom uświadomić sobie, co może ich osobiście dotknąć, gdy sami się zestarzeją. W profilaktyce uzależnień we Włoszech często wykorzystuje się kanały międzypokoleniowe i społeczne: szkoły, samorządy lokalne, osoby, które w przeszłości zmagaly się z uzależnieniem, rodziców,	Przykłady: - inicjatywy na rzecz społeczności przyjaznych osobom z demencją oraz działania uświadamiające i szkoleniowe dla społeczeństwa obywatelskiego. - Lokalne „kawiarnie Alzheimera”, ośrodki spotkań i działania integracyjne promowane przez lokalne stowarzyszenia i gminy. - Szkolne i społeczne programy uświadamiające, w ramach których młodzież uczy się, jak z szacunkiem postępować z osobami cierpiącymi na demencję lub inne schorzenia powodujące dezorientację.	Aby zachęcić do integracji międzypokoleniowej, szkolenia w ramach projektu SUPPORT powinny łączyć starszych wolontariuszy/emerytów z młodszymi uczestnikami posiadającymi umiejętności cyfrowe. Sugerowany format: mieszane zespoły edukacyjne, odgrywanie ról, nadzorowane zadania społeczne, system cyfrowych partnerów, opowiadanie historii o doświadczeniach związanych z opieką oraz praktyczne ćwiczenia z zakresu komunikacji opartej na szacunku. Pakiet roboczy WP4 powinien uwzględniać funkcje ułatwień dostępu oraz opcje wsparcia międzypokoleniowego, np. rolę „cyfrowego partnera”. Program SUPPORT powinien starannie angażować młodych wolontariuszy, nie jako zastępczych opiekunów, ale jako cyfrowych partnerów, osoby szerzące świadomość wśród rówieśników oraz łączników społecznych, pod nadzorem profesjonalistów lub przeszkolonych osób dorosłych.
	nauczyciele, stowarzyszenia sportowe, organizacje młodzieżowe.		

3.4 Etyka/prawo w opiece	Opieka nad osobami zdeorientowanymi lub z zaburzeniami funkcji poznawczych wiąże się z kwestiami zgody, prywatności, autonomii, bezpieczeństwa, zarządzania ryzykiem i ochrony prawnej. Służby socjalne i zdrowotne mogą uruchomić procedury prawne, gdy konieczna jest ochrona. W przypadku narzędzi cyfrowych kluczowe znaczenie mają RODO, poufność danych zdrowotnych oraz świadoma zgoda. Wolontariusze i nieformalni opiekunowie potrzebują jasno określonych granic i nie powinni wykonywać zadań z zakresu opieki zdrowotnej podlegających regulacjom, chyba że posiadają odpowiednie kwalifikacje prawne, jednak wiemy, że obecność w domu niezarejestrowanych opiekunów jest dość powszechna. Etyka i prawo w opiece nad osobami uzależnionymi wymagają zwrócenia szczególnej uwagi na stygmatyzację, poufności, świadomej zgody, zapewnienia bezpieczeństwa oraz granic interwencji nieprofesjonalnej. Opiekunowie powinni rozumieć, że podejrzenie odurzenia, objawy odstawienne, ryzyko przedawkowania, ryzyko przemocy lub poważne splątanie mogą wymagać wezwania pogotowia lub skierowania do specjalisty.	Elementy dobrych praktyk: We Włoszech stosuje się takie narzędzia, jak pełnomocnik wspierający (w języku włoskim rola ta nosi nazwę „amministratore di sostegno”) dla osób niezdolnych w pełni chronić swoich interesów. Powołanie kuratora następuje na mocy postanowienia sądu właściwego dla danego obszaru. Sędzia wybiera kuratora, przyznając pierwszeństwo osobie wskazanej przez beneficjenta (w drodze aktu notarialnego lub poświadczanego notarialnie dokumentu prywatnego). W przypadku braku takiego wskazania zazwyczaj wybierany jest członek rodziny (małżonek, partner, rodzice, dzieci itp.)	Działania szkoleniowe przewidziane w WP3 muszą uwzględniać potrzebę wprowadzenia modułu poświęconego kwestiom etycznym i prawnym, zawierającego proste scenariusze i schematy decyzyjne. Szkolenia powinny opierać się na studiach przypadków: błąkanie się, odmowa opieki, błędy w podawaniu leków, trudna sytuacja finansowa, zachowania agresywne, poufność informacji dotyczących zdrowia oraz sytuacji, w których należy skontaktować się ze służbami ratunkowymi lub socjalnymi. W ramach WP4 należy wdrożyć zasadę „prywatności od samego początku” (privacy-by-design): minimalne gromadzenie danych, ekrany zgody, dostęp oparty na rolach, informacje o ochronie prywatności napisane prostym językiem. Narzędzie e-zdrowia powinno wspierać obserwację i komunikację, a nie samodzielne podejmowanie decyzji klinicznych. Zgoda i minimalizacja danych muszą być wbudowane w każde narzędzie cyfrowe. Szkolenie w ramach SUPPORT powinno obejmować jasne wytyczenie granic ról: obserwacja, bezpieczna komunikacja, dokumentacja, zachęcanie poszukiwania pomocy i uruchamianie usług; nie należy stawiać diagnoz, wywierać nacisku, prowadzić detoksykacji, podawać leków bez recepty ani zastępować opieki serwicyjnej/medycznej.
--------------------------	--	---	---

4. Narzędzia cyfrowe w opiece

Obszar szkolenia	Kluczowe wnioski	Krótką analiza	Projekt Implica
4.1. Poziom cyfryzacji	Włochy rozbudowują infrastrukturę cyfrowej opieki zdrowotnej poprzez system elektronicznej dokumentacji medycznej 2.0 oraz Krajową Platformę Telemedyczną (źródło: PNRR Salute). Jest to	Opisane postępy cyfrowe wciąż trwają i dopiero z upływem czasu okaże się, czy ta reforma strukturalna, promowana przez rząd włoski, przeloży się na wymierne korzyści dla społeczeństwa. Poziom umiejętności cyfrowych społeczeństwa musiałby bowiem ulec poprawie, aby umożliwić dostęp do tych narzędzi cyfrowych, a w	WP3 s bezpiecz ne korzysta nie telekons ultacji, jak korzysta ć z usług

	ma na celu umożliwienie obywatelom wglądu w dane kliniczne oraz dostępu do usług telemedycznych, ratunkowych i farmaceutycznych, a także korzystania z osobistej sekcji w notebooku zawierającej informacji dotyczących opieki zdrowotnej.	Obecnie nie jest jasne, jakie publiczne inicjatywy szkoleniowe zostaną wdrożone, aby to osiągnąć. Gdyby znaczna część społeczeństwa pozostała wykluczona z powodu przepaści cyfrowej, wynik tych działań na rzecz cyfryzacji mógłby być odwrotny do zamierzonego. Projekt SUPPORT może wyeliminować to ryzyko praktycznej luki poprzez stworzenie przyjaznych dla użytkownika narzędzi, które będą uzupełniać, a nie powielać, oficjalne platformy.	w ramach pilotażowego projektu „Secure Care-Su-
4.2. Przykłady narzędzi e-zdrowia.	Nie jest to właściwie przykład narzędzia e-zdrowia wdrożonego z powodzeniem, ale mimo to: ASL Roma 1 i Comunità di Sant'Egidio zapewniają szkolenia dla opiekunów oraz publicznie dostępne filmy demonstracyjne dotyczące praktycznych zadań opiekuńczych, umożliwiając opiekunom powtórzenie procedur po szkoleniu stacjonarnym. Ponadto kursy i webinaria ISS/Osservatorio Demenze również pokazują wartość dostępu online dla opiekunów rodzinnych i profesjonalistów.	We Włoszech istnieje wiele programów pilotażowych i aplikacji cyfrowych oferowanych przez firmy programistyczne specjalizujące się w telemedycynie i zdalnym wsparciu dla opiekunów. Nie ma jednak sformalizowanych ani oficjalnych przykładów udanych programów szkoleniowych dla opiekunów nieformalnych, rodzinnych lub wolontariuszy (organizowanych przez organizację pozarządową, fundację, ośrodek szkoleniowy itp.) opartych na elementach e-zdrowia. Najistotniejszym kierunkiem rozwoju e-zdrowia we Włoszech jest integracja elektronicznej dokumentacji medycznej (FSE 2.0) oraz telemedycyny w celu zapewnienia ciągłości opieki nad osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe (źródło: AGENAS). Na poziomie szkoleń dla opiekunów dobre praktyki mają częściej charakter hybrydowy niż w pełni cyfrowy: kursy łączą zajęcia stacjonarne z demonstracjami wideo, formularzami online, seminariami internetowymi i cyfrowymi materiałami edukacyjnymi	SUPPO narzędzi e do obserwacji objawów, w, szkoleni e z zakresu bezpieczeństwa, szkoleni e z zakresu struktury i interpretacji obserwacji – nie jako „ścieżka uzależnienia” SU, szybkie przesyłanie danych oraz sekcja samopomocy
4.3. Bariery	Główne bariery obejmują fragmentaryczne wdrażanie na poziomie regionalnym; przepaść cyfrową wśród osób starszych i migrantów pełniących rolę asystentów rodzinnych; niski poziom wiedzy na temat zdrowia i umiejętności cyfrowych; brak czasu wśród opiekunów rodzinnych; obawy dotyczące prywatności; brak wspólnych protokołów między opiekunami formalnymi i nieformalnymi; oraz ograniczone zaufanie do technologii w sytuacjach związanych z zachowaniem i funkcjami poznawczymi. Opieka stacjonarna i domowa również znacznie różnią się w zależności od terytorium. Dodatkowe bariery dla osób uzależnionych obejmują stygmatyzację, zaprzeczanie problemowi lub wahania motywacji, niskie zaufanie do usług współwystępujące	Technologia dostosowana do potrzeb osób zdezorientowanych i odpowiednich opiekunów może być ważna, ale oczywiście nie jest w stanie rozwiązać żadnego problemu. We Włoszech jej wdrożenie zależy od zaufania, lokalnego poparcia, prostoty oraz postrzeganej przydatności w codziennej opiece. Narzędzia muszą być zaprojektowane z myślą o użytkownikach niebędących profesjonalistami i muszą działać nawet wtedy, gdy dostęp do internetu, znajomość języka lub pewność w korzystaniu z technologii cyfrowych są ograniczone. Narzędzia cyfrowe są przydatne tylko wtedy, gdy zmniejszają obciążenie i zwiększają powiązania z rzeczywistymi usługami. Nadmierny nadzór lub osądzający język mogą podważyć zaufanie.	Podstawowe narzędzia a cyfrowe zapewniające bezpieczeństwo prywatności, umożliwiający diagnozowanie lokalną, o prostym interfejsie, obsługujące wiele języków z różnymi opcjami